

Les enjeux économiques du sida

L'ensemble des ressources consacrées à la lutte contre le VIH (soins, prévention, aide sociale, dépistage, recherche) représente, pour la seule année 1993, 5,348 milliards de francs, soit environ 0,7 % de la dépense nationale de santé. Ce pourcentage indique que le sida, en tant que problème de santé publique, ne constitue pas aujourd'hui un enjeu financier majeur dans notre pays (Souteyrand, 1992). Cette situation pourrait cependant évoluer sous l'influence de différents paramètres, en particulier le développement de nouvelles thérapeutiques coûteuses et l'allongement de la durée de vie des malades qui en résultera.

L'émergence du sida a favorisé le développement d'innovations en matière de prise en charge - réseau ville/hôpital - et a accéléré certaines évolutions - soins à domicile, associations de malades, informations médicalisées... La dimension économique et sociale de la pathologie en est renforcée. La réflexion sur les enjeux économiques liés à l'infection par le VIH en France a été menée conjointement par les chercheurs en économie de la santé et par les administrations responsables de la prise en charge de cette pathologie, notamment par la Direction des hôpitaux. La base de données DMI 2, qui permet de recueillir une information sur les recours aux services de santé et la consommation médicale des patients hospitalisés, constitue une source d'information majeure sur cette question. D'autres travaux de recherche sont réalisés à partir d'une collecte d'informations spécifiques, principalement au sujet de patients ayant recours aux prestations des établissements hospitaliers (ANRS, 1994).

Nous limiterons ce propos aux analyses centrées sur la prise en charge des patients contaminés par le VIH. Les travaux sont articulés autour de deux thématiques

- les composantes du coût de la prise en charge;
- l'analyse de la diversité des modes de prise en charge.

Composantes du coût de la prise en charge

Les dépenses consacrées à la prise en charge médicale représentent près de 70 % de l'ensemble des dépenses liées à la lutte contre le sida (3 728 millions de francs). Les dépenses hospitalières en représentent la plus grande partie. Selon l'évaluation de la Direction des hôpitaux, elles s'élèvent à 1 % de la dépense hospitalière totale. En termes de nombre de malades, la file active hospitalière en 1993 représente 55 500 individus (dont 22 000 sont également pris en charge en secteur ambulatoire). 8 500 personnes sont prises en charge par le seul secteur de ville. Les dépenses en soins ambulatoires ne représenteraient que 115 millions de francs.

À l'hôpital, les dépenses consacrées aux médicaments antiviraux représentent 429 millions de francs, soit 12 % de la dépense hospitalière totale. Cette proportion est en augmentation par rapport à 1990 (10 % à l'époque).

En 1993, le coût total annuel de la prise en charge hospitalière d'un patient atteint par le VIH est évalué par la Direction des hôpitaux à:

- 29 000 francs pour les personnes séropositives asymptomatiques;
- 40 000 francs pour les personnes souffrant de formes mineures de pathologies liées à l'infection par le VIH;
- 141 000 francs pour les patients en phase de sida avéré.

Au cours des dernières années, les modalités de prise en charge de l'infection par le VIH ont évolué. Pour un ensemble de patients accueillis le même jour à l'hôpital du fait de leur contamination, la proportion de ceux pris en charge en hospitalisation complète a diminué, tandis que les prises en charge externes augmentent. Cette évolution est particulièrement marquée pour les personnes séropositives qui ne sont pas en phase de sida avéré. La durée moyenne de séjour des patients atteints de sida avéré est passée pour la même période de 18 à 14 jours (10 à 8 jours pour les patients séropositifs non atteints de sida avéré). Il en résulte sur l'année un temps d'hospitalisation plus court.

Le constat d'une prise en charge plus fréquemment externe renforce la nécessité d'explorer " la production domestique " de soins pour les patients porteurs du VIH. Des soins peuvent ainsi être prodigués par des personnes non professionnelles de la santé - entourage familial, volontaires d'association, patients eux-mêmes. Les résultats d'une enquête menée auprès de 100 patients en hospitalisation à domicile à l'assistance publique de Paris en 1990 ont montré que la participation des malades et de leur entourage est importante en volume et en technicité (Bungener, 1994). La comptabilisation, à leur coût professionnel, de gestes médicotéchniques répétés alourdirait considérablement la charge financière.

Diversité des trajectoires de soins et des pratiques médicales

L'analyse de la diversité des pratiques de prise en charge des patients porteurs du VIH a été entreprise dans différentes recherches (Bungener, 1993; Buchet et coll., 1991; Flori et Kerleau, 1994).

Ces recherches ont un double objectif décrire et évaluer l'hétérogénéité des modes de prise en charge et des pratiques médicales en tenant compte de la variabilité induite par la gravité des cas, puis tenter d'appréhender les déterminants de cette hétérogénéité.

L'analyse de 2 920 dossiers de patients hospitalisés dans 7 centres hospitaliers, entre le dernier trimestre 1992 et le premier semestre 1993, fait apparaître une grande hétérogénéité dans la prise en charge thérapeutique des patients (Flori et Kerleau, 1994). Le nombre de médicaments prescrits est plus élevé lors d'une hospitalisation complète, en comparaison d'une hospitalisation de jour et a fortiori d'une consultation externe. De la même manière, les patients atteints de sida avéré font l'objet, à chaque consultation, d'un plus grand nombre de prescription que les patients dans les phases les moins graves. Toutes choses égales par ailleurs - et en particulier la gravité des cas traités sur chaque site - le nombre moyen de prescriptions par centre est très variable (2,53 à 3,93). Des résultats analogues sont obtenus si l'on analyse le nombre moyen de prescriptions biologiques et non biologiques par patient.

Buchet et coll. (1991) démontrent, pour leur part, que les profils de trajectoire des patients, représentés par la succession des contacts avec le système de soin hospitalier et ambulatoire, sont très hétérogènes. En particulier, ces trajectoires diffèrent significativement selon le mode de contamination.

La compréhension des mécanismes conduisant à une telle diversité est une question qui préoccupe les chercheurs mais aussi les responsables de santé. En effet, la diversité des pratiques peut être à l'origine des dépenses et coûts de prise en charge et soulève des questions relatives au fonctionnement des services hospitaliers. Cette diversité pourrait par exemple être induite à la fois par une expérience variable de la maladie liée à l'ancienneté de l'implication des services dans le VIH et du nombre de cas suivis, et également par les caractéristiques sociales de la majorité des malades accueillis (Bungener, 1993).

En conclusion, ce type de résultats renforce la nécessité de mieux connaître le rapport coût/efficacité des différentes interventions et des différentes stratégies thérapeutiques mises en œuvre dans le cadre de l'infection par le VIH. Différents travaux, de type pharmaco-économique et essentiellement d'origine anglo-saxonne, ont été réalisés (Oddone et coll., 1993; Bozzette et coll., 1994; Simpson et coll., 1994). Cependant, les stratégies thérapeutiques développées dans le cadre de l'infection par le

VIH sont très évolutives nouvelles molécules, nouveaux traitements évalués dans le cadre d'essais thérapeutiques, qu'il s'agisse d'antiviraux ou de traitements préventifs ou curatifs des infections opportunistes, adaptation des posologies... Dans ce contexte, la publication des résultats des évaluations, alors même que les stratégies étudiées sont caduques, en rend les conclusions extrêmement fragiles.

BIBLIOGRAPHIE

- ANRS. Les recherches en économie de la santé. *ANRS-Information* 1994, 12: 20-25
- BOZZETTE S. PARKER R. HAY J. COST A. Analysis of approved antiretroviral strategies in persons with advanced human immunodeficiency virus disease and zidovudine intolerance. *Journal of Aids*, 1994, 7: 355-362
- BUCHET P. FLORI YA, TRIOMPHE A, DELFRAISSY JF. Le parcours des patients atteints par le VA entre l'hôpital et la ville - Déterminants des filières de soins. *Rapport de fin de recherche. DH, Université de Paris I* décembre 1991.
- BUNGENER M. Décision thérapeutique et gestion de l'infection par le VIH: une approche de la diversité des modalités de prise en charge. *Sciences Sociales et Santé*, vol. XI, N°3, octobre 1993: 5-48.
- BUNGENER M. Les soins à domicile des malades souffrant du sida: une décision consensuelle et une nécessaire coopération du patient et de son entourage. - Les personnes atteintes - des recherches sur leur vie quotidienne et sociale. *Collection Sciences Sociales et SIDA - ANRS*. Octobre 1994: 73-84.
- DIRECTION DES HOPITAUX (DH). *SUA. Les chiffres clés*, décembre 1994.
- FLORI YA, KERLEAU M. Analyse de l'hétérogénéité dans la prise en charge des malades infectés par le VIH - une méthode centrée sur le DMI2. *Rapport de fin de contrat de définition, INSERM U 357*, octobre 1994.
- ODDONE EZ, COWPER P et coll. Cost effectiveness analysis of early zidovudine treatment of HIV infected patients. *Br Med J* 1993, 307: 1322-1325
- SEROR V, LE GALES C. L'évaluation économique du dépistage du sida chez les femmes enceintes. *Rapport de recherche, INSERM U 357*, décembre 1994.
- SIMPSON K. HATZIANDREU EJ et coll. Cost effectiveness of antiviral treatment with zalcitabine plus zidovudine for AIDS patients with CD4+ counts less than 300/ μ l in 5 european countries. *PharmacoEconomics* 1994, 6: 553-562
- SOUTEYRAND Y. Le prix d'un virus. *Autrement, L'homme contaminé*, mai 1992.
- TRIOMPHE A, FLORI YA. Ambulatory case and evolution of the HIV. *Infection in France* octobre 1992.
- VIENS-BITKER C, BLUM BOISGARD et coll. Le Coût de l'infection à VIH: méthodes et résultats. *Rev Epidémiol Santé Publique* 1991, 39: 25-36.