



Aspects pharmaco-économiques de la prise en charge des patients VIH +

Gilles **PIALOUX**

Hôpital Tenon
AP-HP

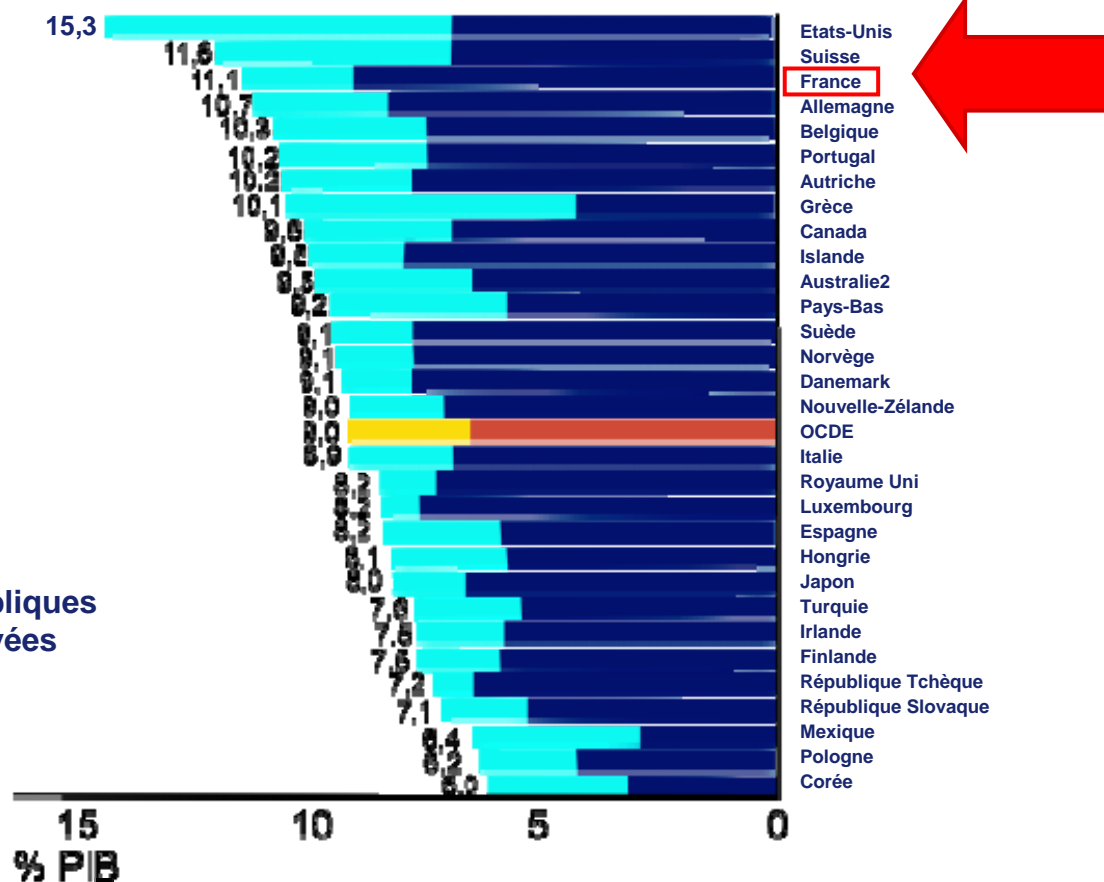


Bristol-Myers Squibb

**Quelques données issues
du rapport LARCHER
remis au Pdt de la République
Avril 2008**

Dépenses de santé par rapport au PIB

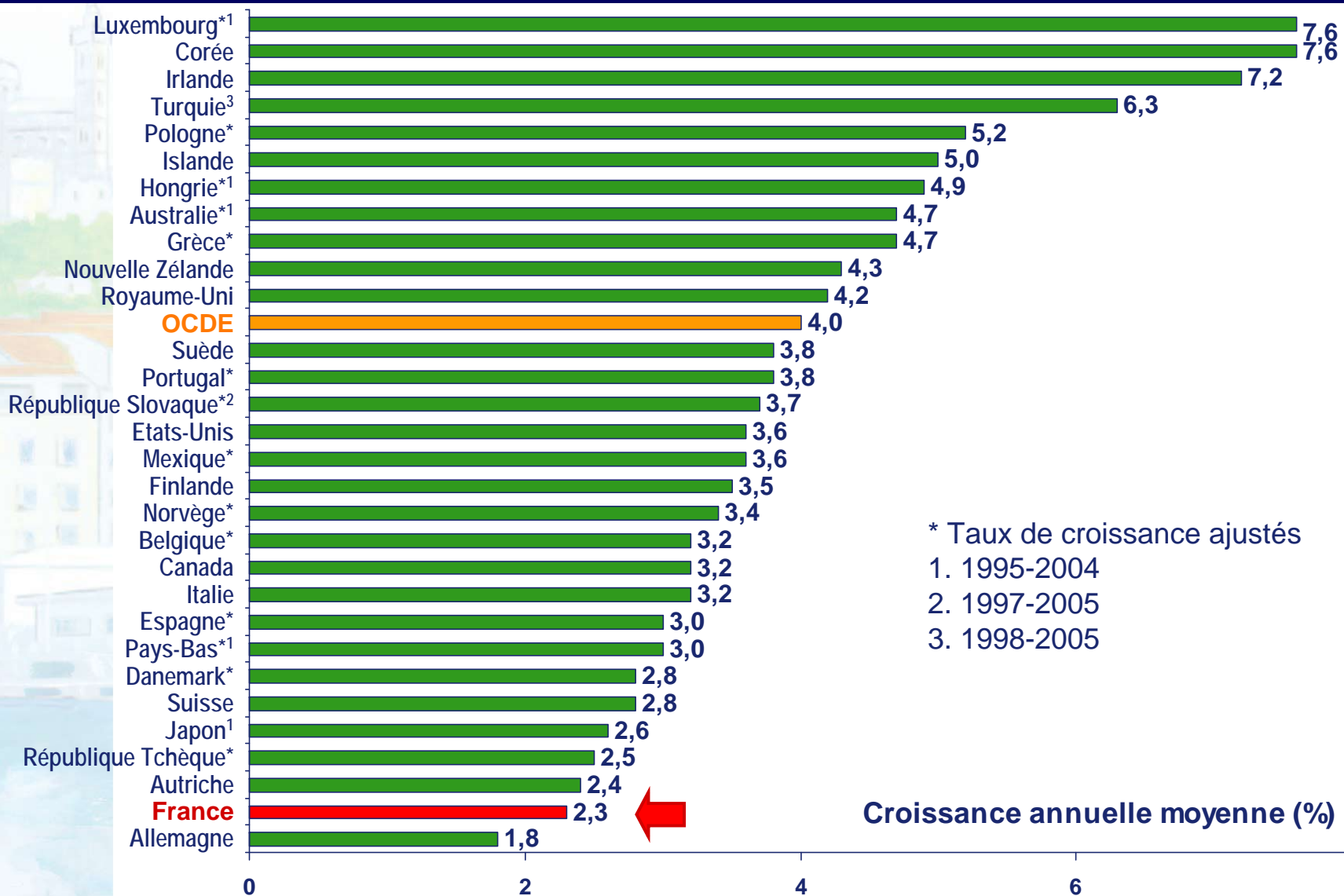
Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB en 2005



La part relativement élevée des dépenses publiques dans les dépenses de santé en France résulte essentiellement des dépenses de sécurité sociale, ce qui résulte du choix français de sécurité sociale. Dans d'autres pays de l'OCDE la santé est financée par l'état ou par les collectivités locales.

En France la part de l'hôpital dans les dépenses de santé est passée de 42,1 % à 34,5 % entre 1980 et 2003

Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitants, en termes réels, 1995-2005

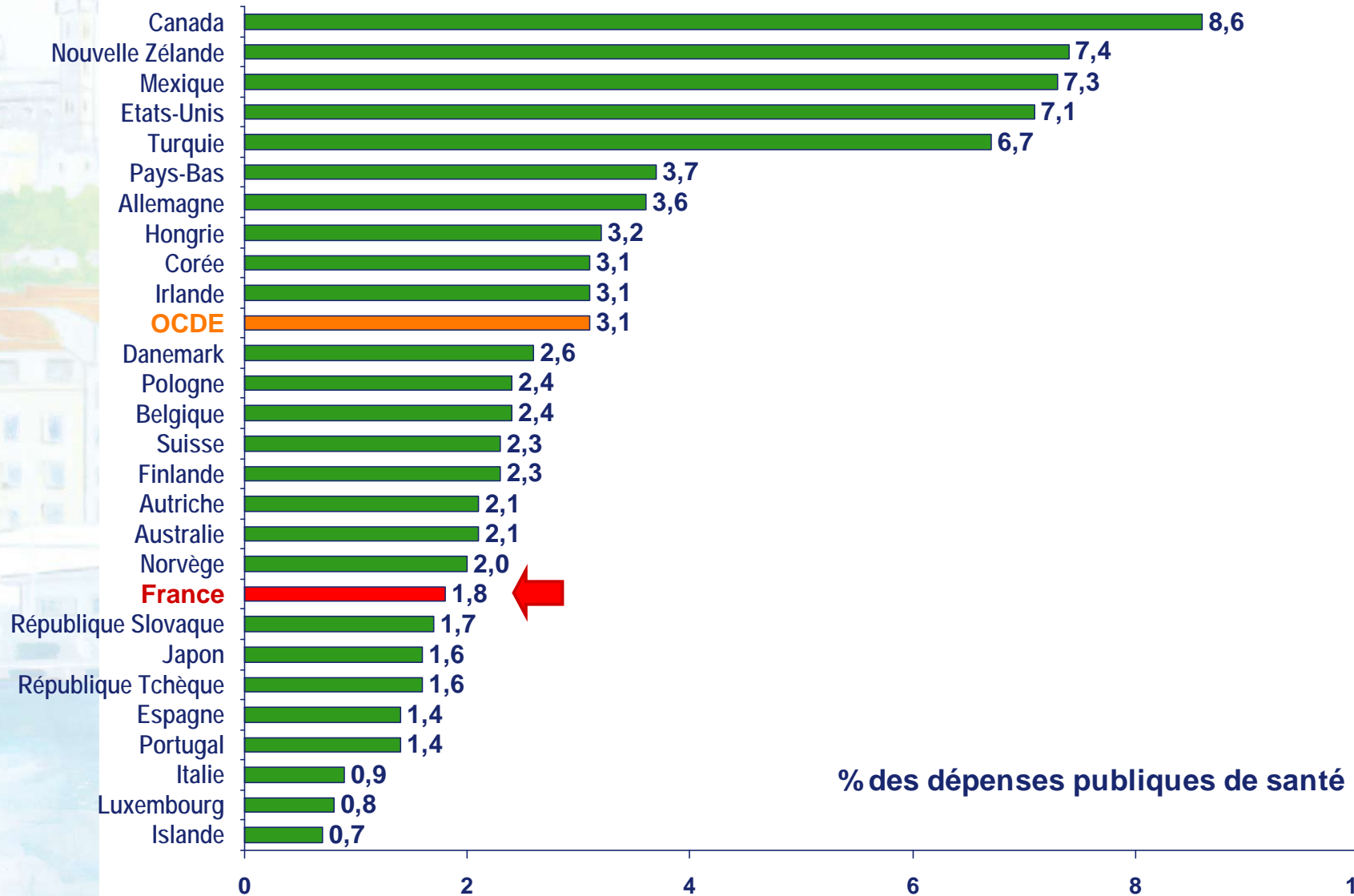


Source : Eco-Santé OCDE 2007.



Ou se situe la lutte contre le VIH ?

Part des dépenses publiques allouées à la santé publique et la prévention, 2005



% des dépenses publiques de santé

Part de prise en charge des activités médicales selon le statut de l'établissement, pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2005 (en%)

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif
Vasculaire interventionnel	43,2	8,3	48,6
Autres prises en charge	49,7	8,2	42,1
Gynécologie	57,6	7,5	34,9
Vasculaire périphérique	60,9	8,7	30,4
Uro-néphrologie	63,5	6,8	29,6
Tissu	63,9	8,6	27,5
ORL, Stomatologie	65,6	6,6	27,8
Cardiologie	68,6	7,3	24,1
Digestif	70,5	7,3	22,3
Orthopédie, Rhumatologie	70,7	6,8	22,5
Nouveau-nés	73,5	5,5	20,9
Ophthalmologie	75,7	4,4	19,9
Hématologie	77,8	14,8	7,4
Pneumologie	81,9	7,7	10,4
Brûlures	86,0	2,4	11,6
Endocrinologie	86,2	7,5	6,4
Système nerveux	87,4	6,6	6,0
Maladies infectieuses (hors VIH)	88,0	6,4	5,6
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	91,3	6,1	2,6
Maladie VIH	99,1	0,8	0,1
Total	66,1	8,0	25,9

Note de lecture : 61 % de l'activité médicale en vasculaire périphérique est prise en charge par le secteur public, contre 30 % par le secteur privé à but lucratif et 9 % par le secteur privé à but non lucratif.

* Il n'est pas présenté dans ce tableau le pôle d'activité "chimiothérapie, radiothérapie et transfusion".

Champ : France métropolitaine

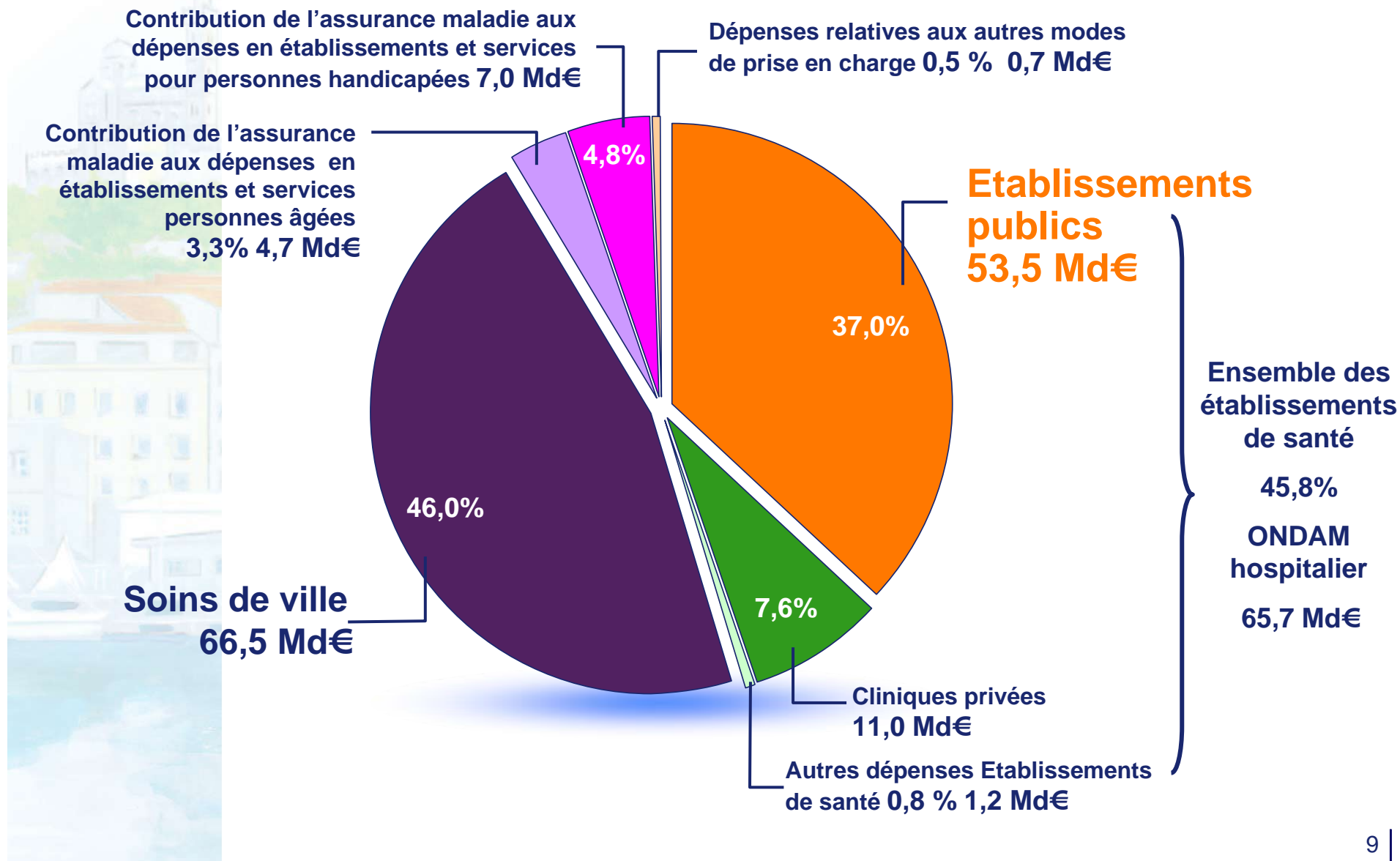
Source : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques



L'hôpital public objet de tous les maux ???

Dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

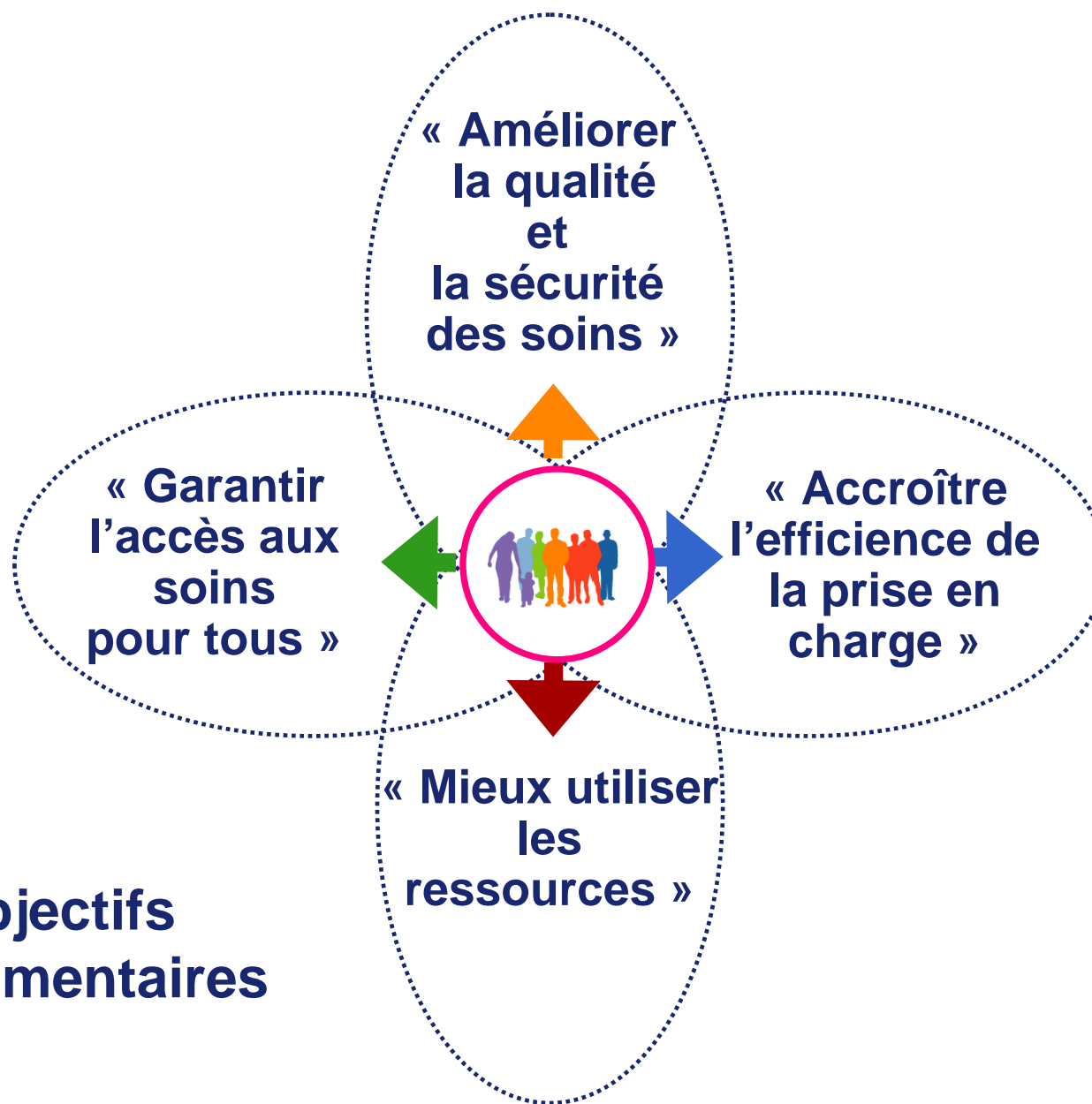
Dépenses prévisionnelles 2007 : 144,6 Md€





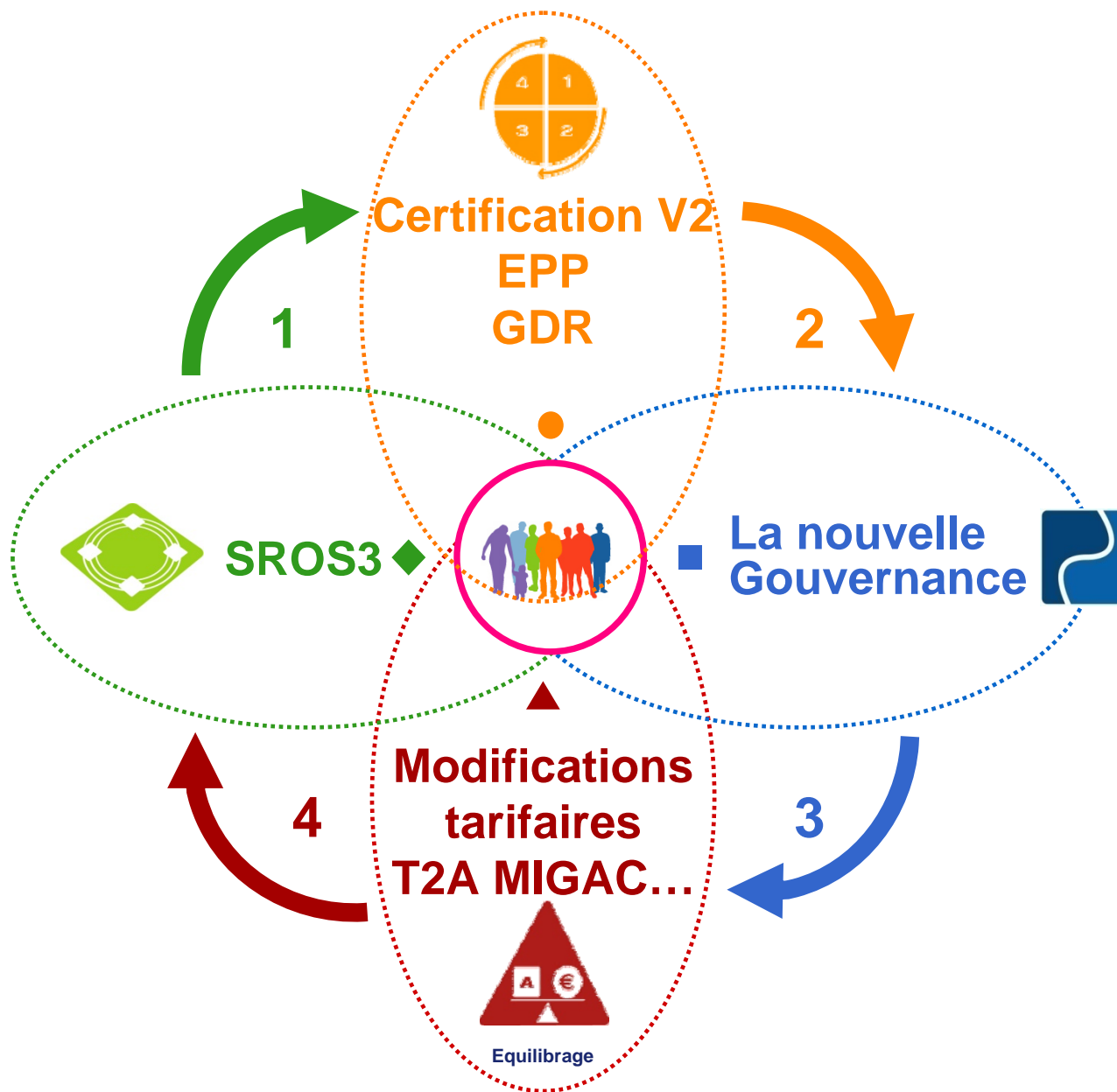
La lutte contre le VIH confrontée aux réformes de l'Hôpital

Les réformes



**4 objectifs
complémentaires**

4 réformes complémentaires pour l'hôpital

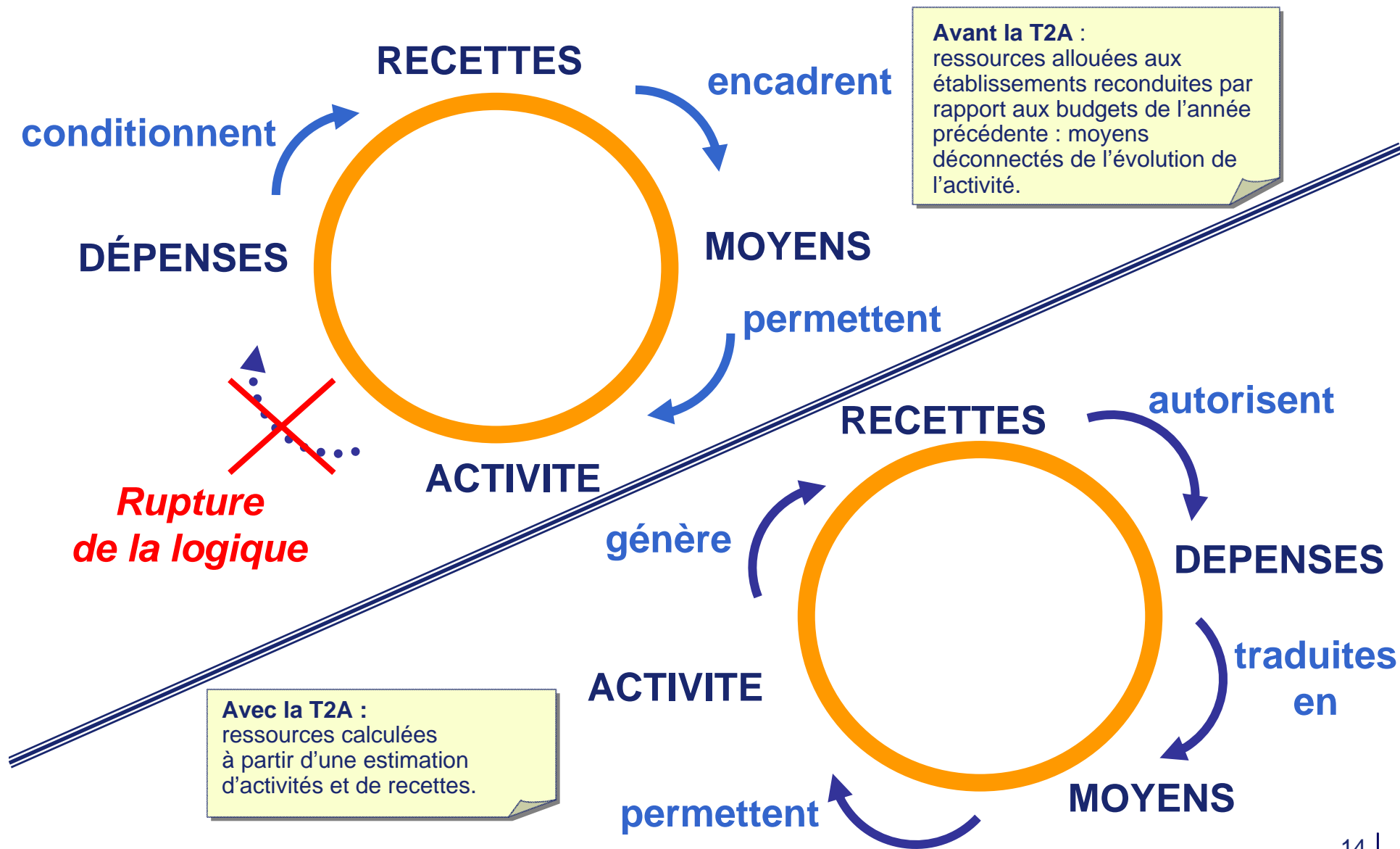




La tarification à l'activité (T2A) 2008 = 100 %

(réforme de l'allocation de ressources
des établissements de santé)

Les principes de base de la réforme tarifaire



LOGIQUE ECONOMIQUE SIMPLE : PÔLE + T2A



Fonctionnement et organisation optimale du Pôle sont un préalable, car recettes et T2A supposent l'efficacité. Mais la sélection des patients « rentables » est plus facile que la recherche de l'efficacité...

Le Pôle permet théoriquement une pondération et une fluidité des affectations des ressources ... Mais aussi un retour à un « budget global » pour les emplois dans le Pôle (plus de tableau des emplois)...

Les différentes modalités de financement

Financements directement liés à l'activité

PRESTATIONS D'HOSPITALISATION

GHS

SEJOURS
EXTREMES
EN DUREE
HAUT - BAS

SUPPLEMENTS
REA - SI - SC - NN

AUTRES PRESTATIONS D'HOSP^o
séances, HAD, consultations et actes externes...

PAIEMENTS EN SUS (DES GHS)

MEDICAMENTS
ONEREUX

DISPOSITIFS
MEDICAUX

Autres financements (dotations)

MISSIONS D'INTERET
GENERAL
ET AIDE A LA
CONTRACTUALISATION
(MIGAC)

MIG

AC

Financements mixtes

FORFAITS ANNUELS

FAU

CPO

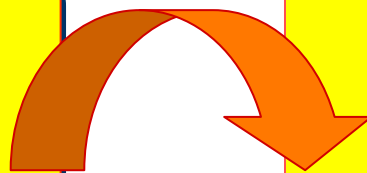
FAG

LE PAIEMENT AU TARIF PAR SEJOUR

G.H.M.

Groupes Homogènes
de Malades

PMSI



G.H.S.

Groupes Homogènes
de Séjours


T2A

LA DEFINITION DU GHM REPOSE SUR UNE NOTION DE VALORISATION MOYENNE et de CO-FACTEURS

Bronchite et asthme, âge de 18 à 69 ans sans complication et ou CMA = **1902 €**

Bronchite et asthme, âge de 18 à 69 ans avec complications et ou CMA = **3490 €**

Quid pour le VIH ?

- 
- Quels **actes** donc quelles recettes ?
 - Quels groupes « homogènes » ?
 - Quels « outliers » ?
 - Comment faire avec la **non-programmation** (60% plus cher) ?
 - Quelle prise en compte de la **précarité** (30% plus cher) ?
 - Quid des **migrants** (PASS) ?
 - Quelle confrontation dans les **Pôles** avec les spécialités «rentables » ?




**Pourtant il existe encore
des mesures « ciblées »**


Tarifs nationaux 2007 - publics et PSPH - <i>Détail des mesures ciblées</i>		montant pris en charge sur 10 mois	en %
Hématologie	Rémunération de suppléments de soins intensifs pour les lits chauds	31,8	38%
Périnatalogie hors plan	Alignement NN3 au tarif supplément réanimation pédiatrique et recalage échelle NN1/NN2/NN3	21,0	25%
Plan cancer	Augmentation du tarif de la prise en charge de la leucémie aigüe	8,7	10%
Prise en charge AVC	Création d'UNV avec financement de supplément de soins intensifs	7,7	9%
Plan grand âge	Ajout des démences à la liste des CMA	6,8	8%
Plan périnatalogie	Création du supplément de réanimation pédiatrique à un tarif supérieur à celui de la réanimation adultes	3,1	4%
Plan addictologie	Création d'un GHS adapté à la prise en charge des sevrages complexes	1,7	2%
Epilepsie	Epilepsie (bilan préchirurgical invasif pour épilepsie)	0,7	1%
Cancer :mesures hors plan	Augmentation de 1% des tarifs de quelques GHS de cancer	0,6	1%
TUNA	Traitement d'une hypertrophie prostatique par radiofréquence	0,4	0%
Brûlures étendues	Brûlures étendues (augmentation de 5,2% du tarif de ce GHS)	0,4	0%
TOTAL		82,9	100%
Tarifs nationaux 2007 - privés - <i>Détail des mesures ciblées</i>		montant pris en charge sur 10 mois	
GHS nouveaux nés (environ 30%)		21,0	
Plan cancer		2,5	
Tarifs de dialyse hors centre hors dialyse péritonéale		0,3	
Neurochirurgie de Parkinson		0,1	

Quid de la prise en charge du VIH ??


Les effets pervers TEA/Pôles à contrôler selon l'expérience de terrain (I)

- 
- Face à face **comptable** entre des logiques de soins différentes (ex chirurgie et VIH >> GHS, CMA, ex moyens fléchés, précarité, qualités des soins, DMS...)
 - Travail de Pôle à **effectif PM et PNM constant** mais création de postes administratifs
 - **Comptabilité >>>>> Soins**
 - Problème du non pris en compte entre T2A et MIGAC : **précarités**, observance, groupe de paroles, démarche qualité, aval des urgences...
 - GHS non réévalués en fonction des spécialités qui évoluent avec un poids important du non-médical
 - Confrontation comptable avec le **privé** mais quid du VIH ?

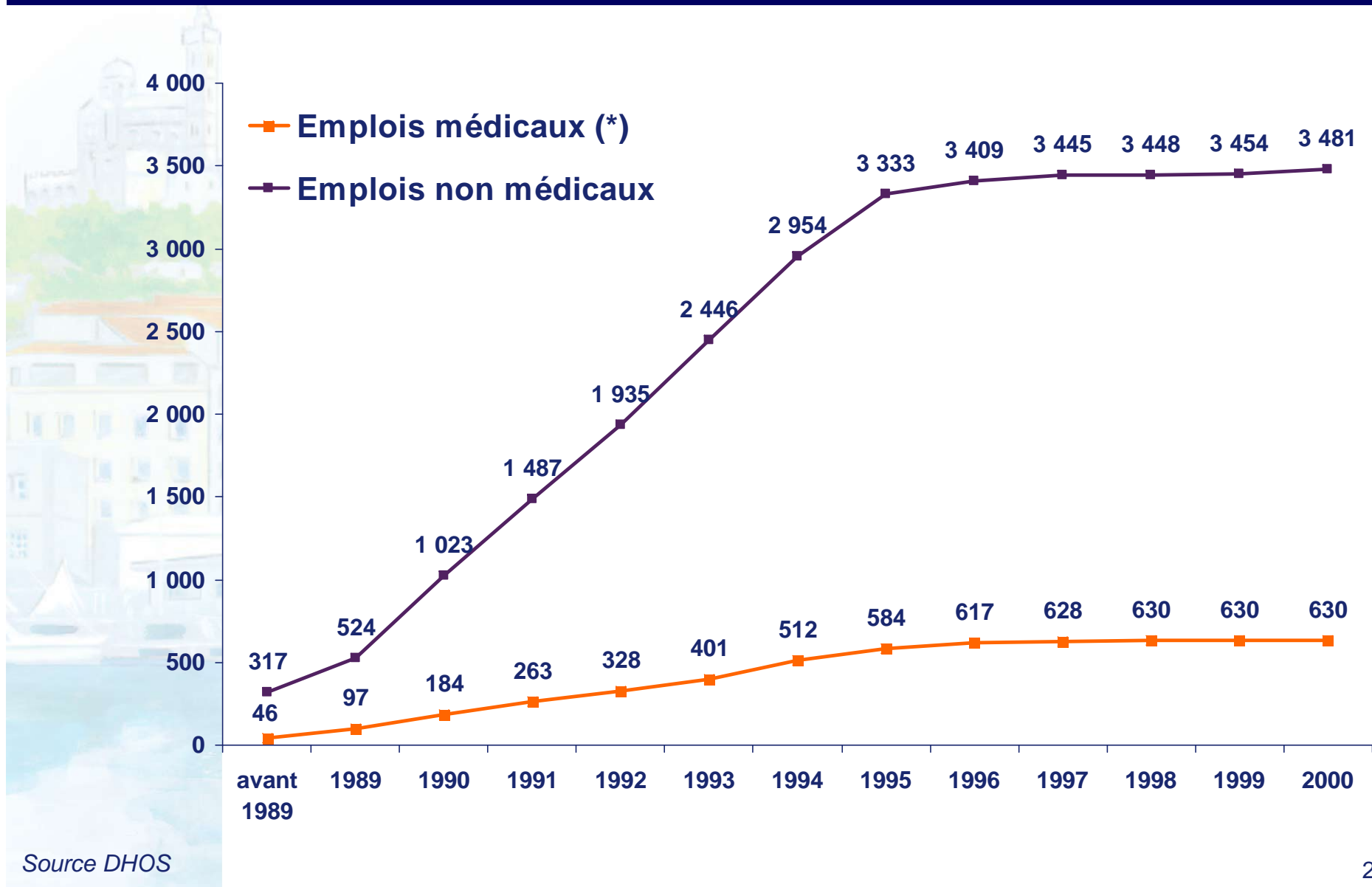
Les effets pervers à contrôler selon l'expérience de terrain (II)

- 
- Qualité des soins pénalisée ?
 - Réorientation vers des activités « rentables » mais cela existe-t-il en médecine non interventionnelle (ex cardio) ?
 - Enveloppe globale (et non plus tableau des emplois) dédiée aux POLES = chacun peut se servir ?
 - T2A ou TAR : Tarification à l'Activité ou Tarification aux Recettes ?
 - ...etc

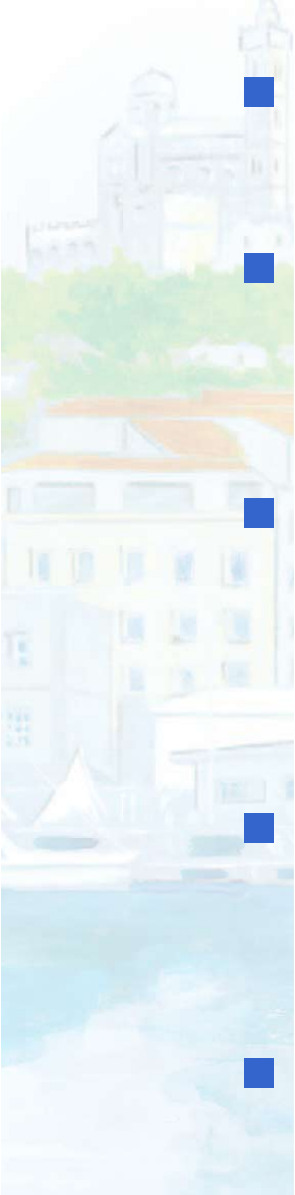
Une spécificité du VIH

- 
- Des agences spécialisées (ANRS,CNS...)
 - Des (ex) crédits fléchés
 - Des postes (beaucoup?) ont été dédiés (PH, TECs, MECs, psy...)
 - Une recherche clinique omniprésente
 - L'intrusion du non-médical
 - L'axe Nord-Sud
 - Virus privé et maladie publique
 - Le poids (décroissant) des associations
 - ...etc

Nombre cumulé d'emplois créés dans les hôpitaux au titre de la lutte contre le VIH



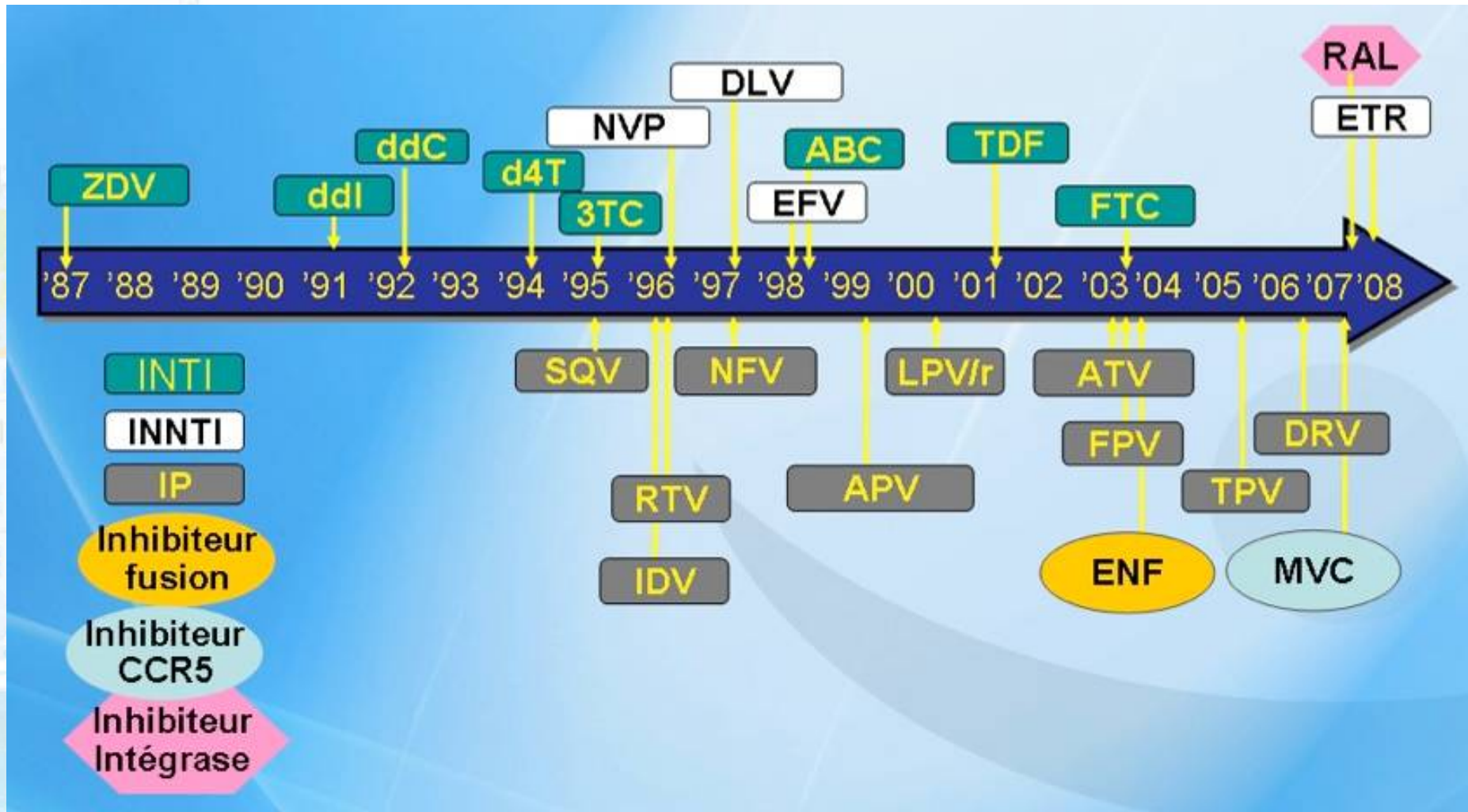
VIH et T2A (ou TAR ?)

- 
- Le VIH c'est l'hôpital (échec des Réseaux)
 - Prescrire des ARV est coût-efficace (au Nord comme au Sud) mais non « rentable »...
 - Le non-médical pèse sur les nouveaux marqueurs d'activité (DMS longue, poids du social, GHS inadaptés, MIGAC dépassées)
 - Des moyens alloués qui suscitent la convoitise à l'heure des Pôles
 - Des moyens pour les COREVIH mais quelle latitude ?



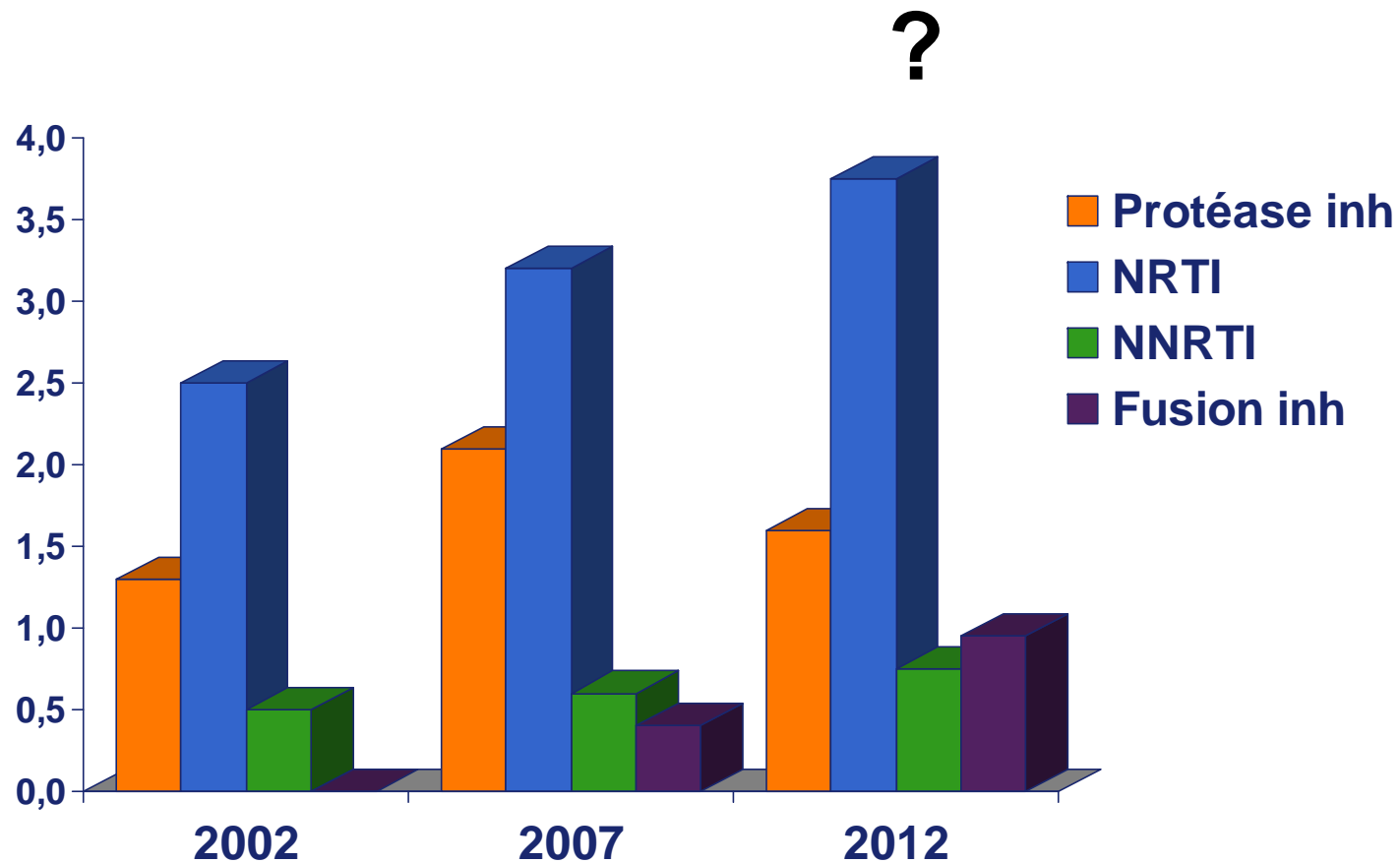
Quid des ARV ?

Arsenal ARV 2008



25 ARV différents appartenant à 6 classes thérapeutiques

Evaluation du marché des ARV en milliards de \$




Coût de Traitement Journalier des IP

(d'après PFHT janvier 2007 et posologies AMM, en €)
Mise à jour 2008; **E Billaud & S Guessant**)

IP	Poso / j	PFHT / UCD (€)	CTJ (€)	CTJ + rito (€)
A	4 + 2 rito	2,81	11,24	13,06
B	2 + 2 rito	5,90	11,80	13,62
C	4	3,75	15,00	15,00
D	2 + 1 rito	7,16	14,32	15,23
E	4 + 2 rito ou 3 + 1 ?	5,44	21,76	23,58
F	(2 + 2 rito) X 2	5,92	23,68	27,32

Plus jamais sans dimension \$!

- 
- Les recommandations d'experts
 - Les essais de non infériorité
 - Les stratégies antirétrovirales

Efficacy and Safety of Boosted Once-Daily Atazanavir and Twice-Daily Lopinavir Regimens in Treatment-Naïve HIV-1 Infected Subjects

CASTLE: 48-Week Results

J. M. Molina,¹ J. Andrade-Villanueva,² J. Echevarria,³ P. Chetchotisakd,⁴
J. Corral,⁵ N. David,⁶ M. Mancini,⁷ L. Percival,⁷ A. Thiry,⁷ D. McGrath⁷

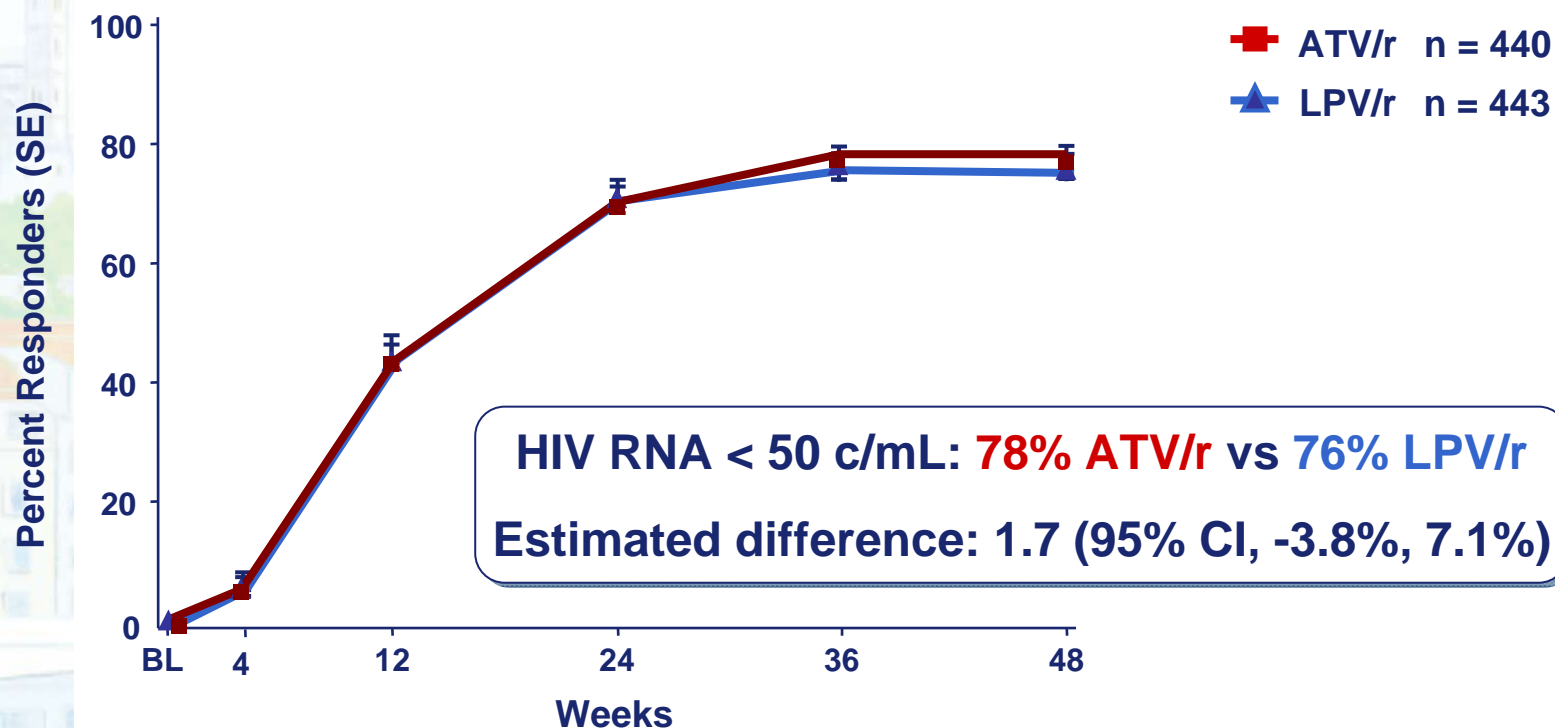
¹ Hopital Saint-Louis, Paris, France; ²Hospital Civil De Guadalajara, Guadalajara, Mexico;

³ Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Peru; ⁴Khonkaen University, Khonkaen, Thailand;

⁵ Hospital Interzonal Gral. De Agudos Oscar Alende, Buenos Aires, Argentina;

⁶ Brooklyn Medical Centre, Western Cape, South Africa; ⁷Bristol-Myers Squibb, Wallingford, CT, USA

Primary Efficacy End Point ITT-Confirmed Virologic Response



ATV/r has non-inferior antiviral efficacy compared with LPV/r

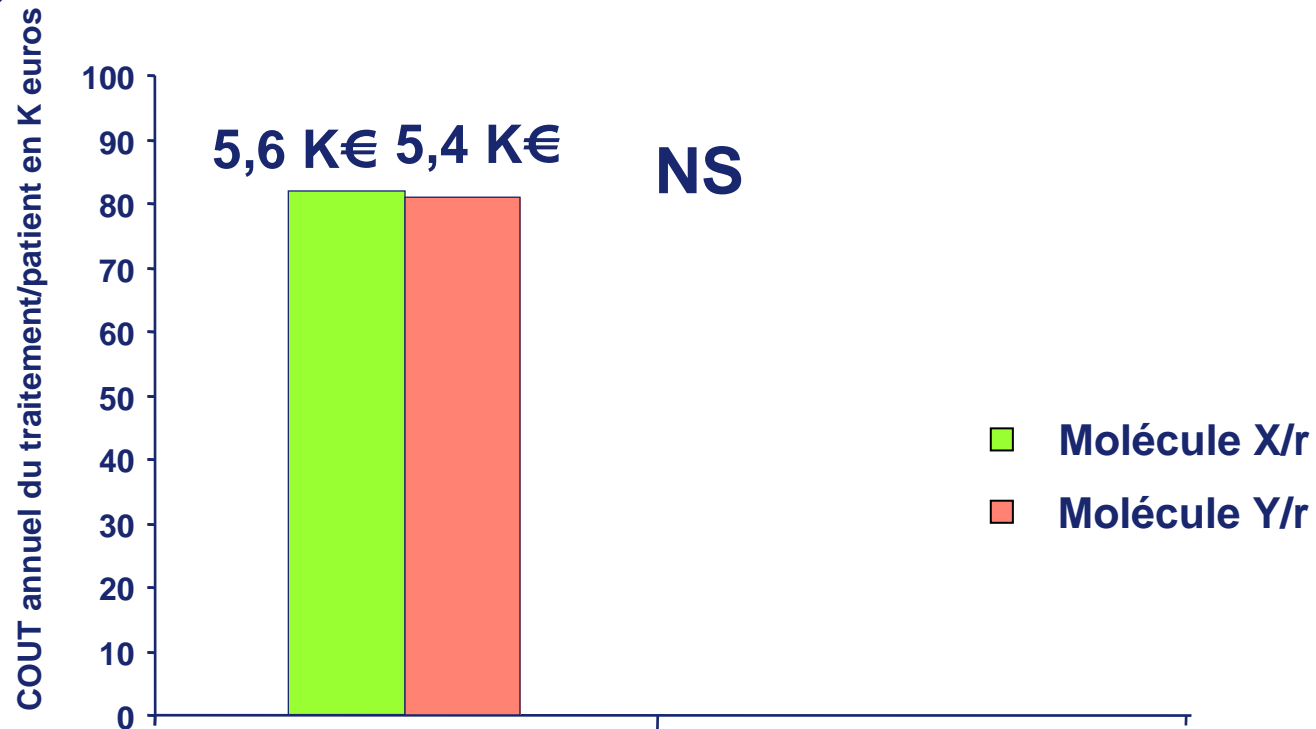
Supporting Analyses:

ITT-TLOVR: HIV RNA < 50 c/mL: ATV/r 78%, LPV/r 76%; 1.9 (-3.6, 7.4)

OT-VROC: HIV RNA < 50 c/mL: ATV/r 84%, LPV/r 87%; -3.5 (-8.7, 1.8)

Bientôt ...Economic End Point Response ?

Simulation



RAPPORT YENI

2006 (et en 2009 ??)

Associations à utiliser de préférence

Trithérapie avec IP (Choisir un médicament dans chaque colonne)			Commentaires ⁽¹⁾
Abacavir	Lamivudine		Abacavir + lamivudine : Kivexa®
Ténofovir	Emtricitabine		Ténofovir + emtricitabine : Truvada®
Zidovudine		Fosamprénavir/r ⁽²⁾	Zidovudine + lamivudine : Combivir®
		Lopinavir/r ⁽²⁾	Fosamprénavir/r : 700/100 mg × 2
		Saquinavir/r ⁽²⁾	Lopinavir/r : 400/100 mg × 2
			Saquinavir/r : 1 000/100 mg × 2
Trithérapie avec INNTI (Choisir un médicament dans chaque colonne)			
Abacavir	Lamivudine	Efavirenz	L'introduction conjointe d'abacavir et d'un INNTI expose au risque de ne pas permettre l'identification du médicament responsable en cas de survenue d'une éruption cutanée ou d'un syndrome d'hypersensibilité
Didanosine	Emtricitabine		
Ténofovir			
Zidovudine			

(1) Les principales précautions d'emploi des différents antirétroviraux sont réunies dans le tableau 4-II.

(2) Deux essais randomisés en cours (fosamprénavir/r versus lopinavir/r et saquinavir/r versus lopinavir/r permettront dans un avenir proche de mieux positionner ces trois IP.

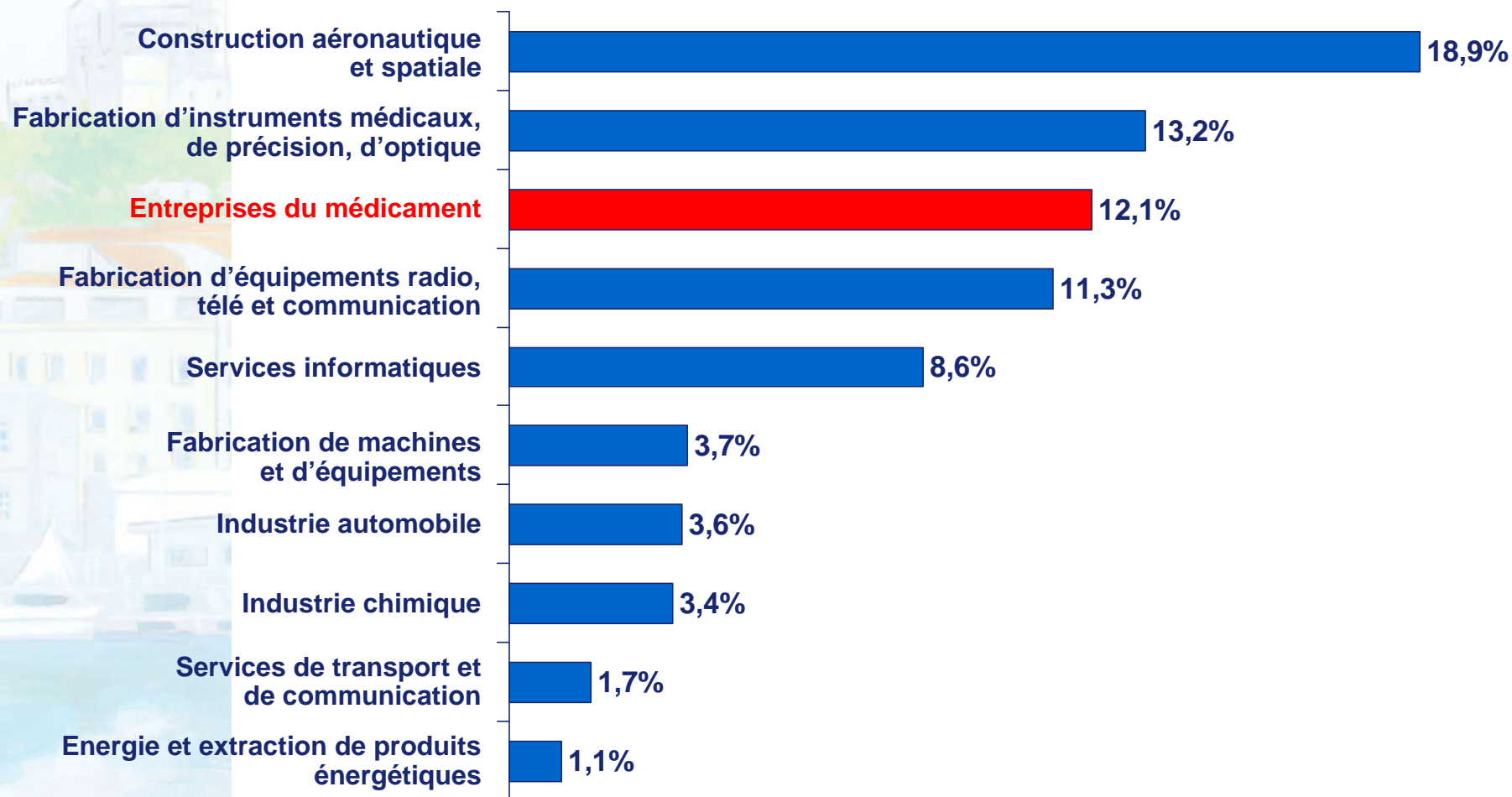
COUT
X €
Y €
Z €
W €
XX €



Pourquoi c'est si cher...

Les entreprises du médicament investissent 12% de leur CA dans la recherche

Part des dépenses de R&D dans le CA par branche d'activité économique en 2002





... mais gratuité au Sud !

PVD : quoi d'autre que la gratuité ?

- Mortalité accrue en cas de paiement direct VS moindre mortalité dans les programmes « gratuits »

	Hazard ratio (95% CI)	
	Unadjusted	Adjusted
Free access to treatment		
No	1	1
Yes	0.45 (0.13-1.54)	0.25 (0.08-0.78)
Use of generic drugs		
No	1	1
Yes	1.78 (0.52-6.13)	1.40 (0.45-4.39)
Routine monitoring of virological response		
No	1	1
Yes	1.43 (0.42-4.90)	2.38 (0.76-6.79)
Tuberculosis clinic on site		
No	1	1
Yes	2.42 (0.71-8.28)	3.76 (1.01-14.02)

Table 4: Associations between HAART programme characteristics in low-income countries and mortality

espoirs

- **« Alors que la prise en charge par l'hôpital des patients en situation de précarité est "plus longue et plus coûteuse" en raison de durées de séjour supérieures à la moyenne, le modèle actuel de la T2A "ne tient pas assez compte de la situation sociale des patients. C'est pourquoi "je veux accroître les ressources allouées aux établissements ayant une proportion importante de patients en situation de précarité (...)**

S'agissant des prises en charge "les plus lourdes", une nouvelle version des Groupes homogènes de malades (GHM), dite V11, entrera en vigueur pour la prochaine campagne tarifaire et permettra une meilleure prise en compte des niveaux de sévérité " .

Roselyne Bachelot - 27 mai 2008

Le traitement du VIH ?

Et si c'était un retour (souhaitable)
à *l'exceptionnalisme* pour cause
de Nouvelle Gouvernance,
de juste prescription
et de T2A(R) ?



Les étapes

1950

2015

1966

1983

2004

2007

CHU

Temps partiel

Plein temps hospitalier

Nouvelle gouvernance

Prix de journée

Budget global

T2A

Hospice

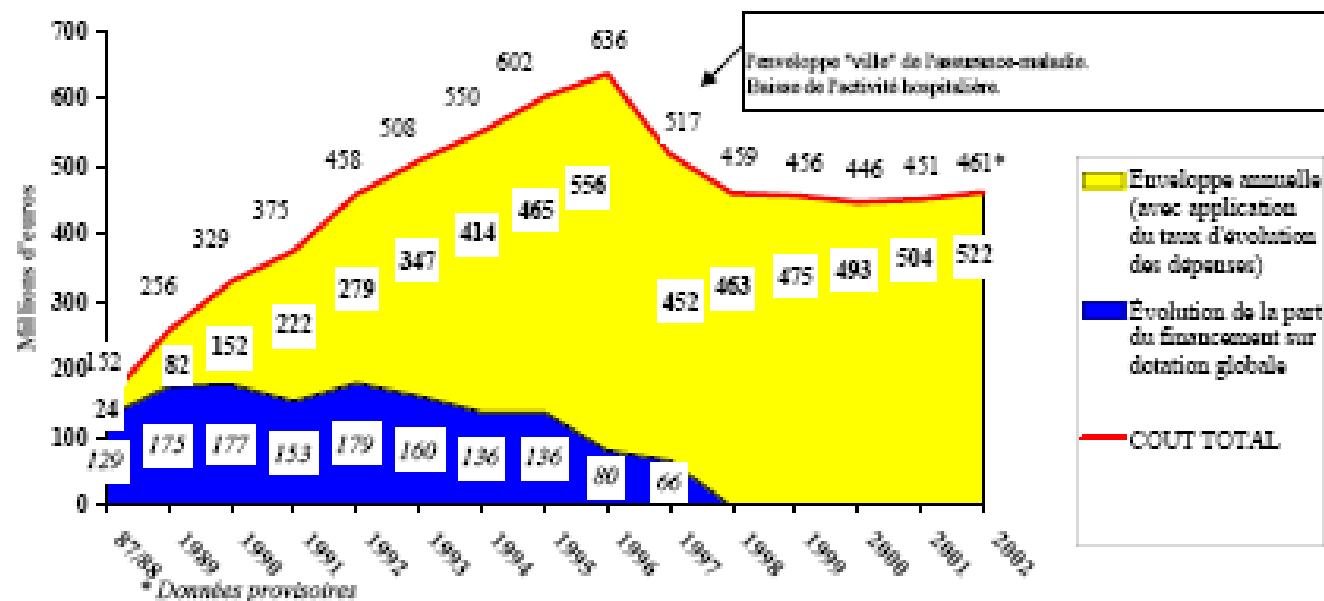
Pouvoir médical

Pouvoir administratif

Pouvoir des recettes?

[Retour Sommaire](#)

COUT TOTAL DE L'INFECTION PAR LE VIH A L'HOPITAL ET FINANCEMENT EN MILLIONS D'EUROS



Le graphique ci-dessus présente :
 valeur du haut : le coût total estimé de la prise en charge de l'infection à VIH dans les hôpitaux français (461 millions d'euros en 2002)
 valeur intermédiaire : la ressource budgétaire spécifique qui est attribuée aux hôpitaux pour faire face à l'épidémie (522 millions d'euros en 2002)
 valeur du bas : l'effort de redéploiement réalisé par les hôpitaux eux-mêmes. Cette contribution couvre principalement les charges fixes non liées à l'évolution de l'épidémie (66 millions d'euros en 1997).

Source : DHOS

Le traitement du VIH ?

- Et si c'était un retour (souhaitable ?) à l'exceptionnalisme pour cause de Nouvelle Gouvernance, de juste prescription et de T2A(R) ?