



Les patients vivants avec le VIH (PVVIH) acceptent-ils les généralistes dans la vraie vie?

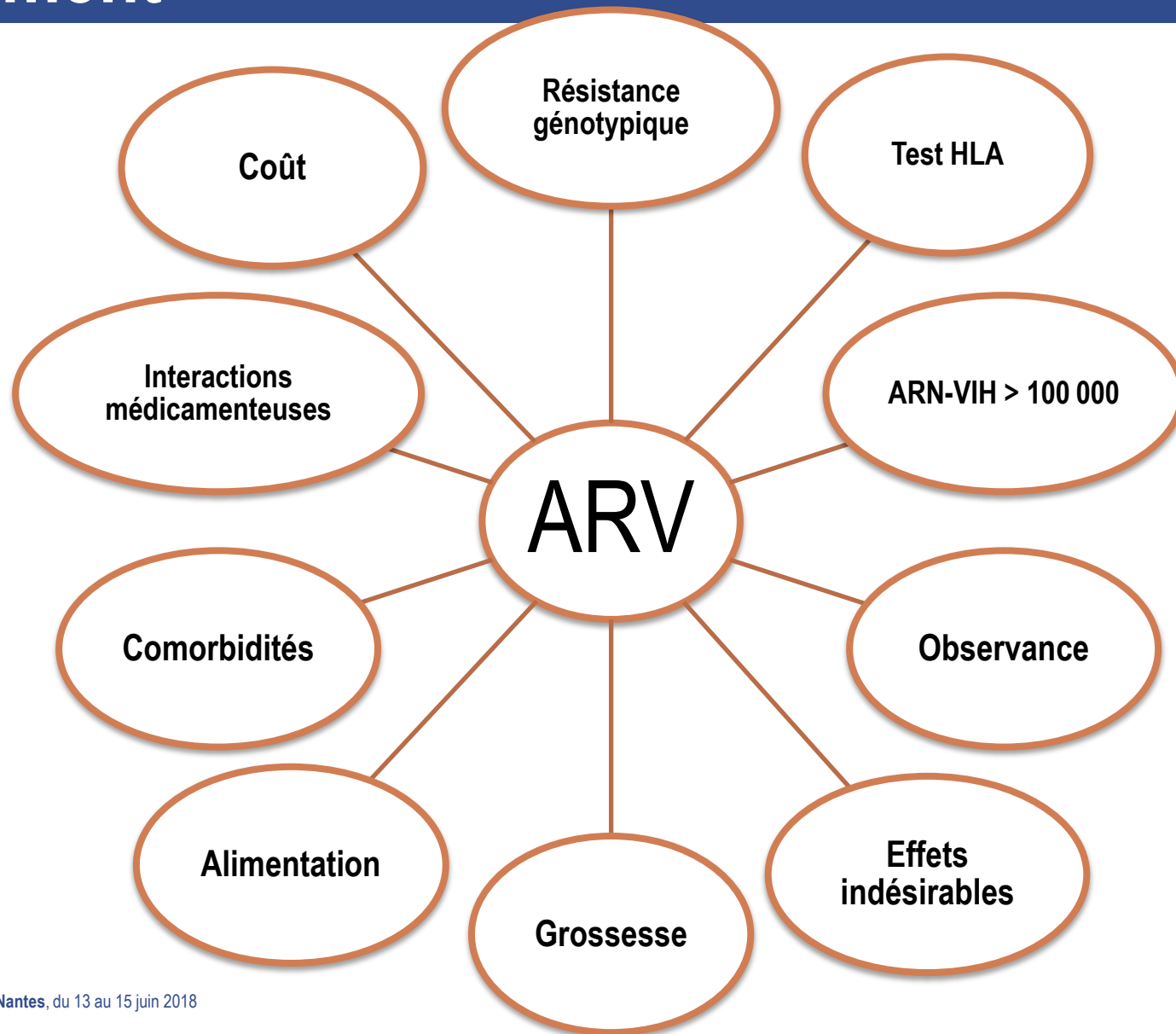
Mélanie Catroux, Marie-Charlotte Roger, Magali Garcia, David Plainchamp, Cendrine Godet, Antoine Dupuis, Gwenaël Le Moal, France Roblot

Service de Maladies infectieuses
Département des agents infectieux
CHU Poitiers

Déclaration d'intérêts

- **Aucun**

Considérations à prendre pour décider d'un traitement



• Rapport Morlat 2017 et 2018

Si, à l'issue de l'analyse d'une **situation individuelle**, plusieurs associations décrites dans le tableau 2 peuvent être retenues chez un patient donné, le coût du traitement doit être considéré dans la **prise de décision** et les **associations les moins chères** doivent être privilégiées. Dans tous les cas, le **choix** du traitement antirétroviral de 1^{ère} ligne doit être **explicité et discuté** avec le patient auquel il est prescrit. Le tableau 3 est destiné à éclairer le prescripteur sur le coût annuel des traitements qu'il prescrit.

Le groupe d'experts recommande [BIII]:

- *de favoriser, lors de la réflexion en vue d'un switch, la prescription des associations d'ARV les moins coûteuses, lorsqu'à l'issue d'un choix basé sur les critères d'efficacité, de tolérance et de facilité de prise, plusieurs options restent possibles*
- *de proposer aux PVVIH, dont la situation individuelle le permet, des switches dans un objectif de réduction des coûts, sous réserve :
 - 1) *d'expliciter clairement au patient la motivation du changement et les éventuelles contraintes de prise en résultant,*
 - 2) *de recueillir sa pleine adhésion à cette attitude.**
- *de mettre en place des actions sensibilisant les différents acteurs (PVVIH, médecins, pharmaciens, soignants) au coût des traitements ARV et des études ayant pour objectif de démontrer la non-infériorité de traitements moins onéreux.*

NB: *une substitution vers des ARV génériques amenant à augmenter le nombre de comprimés n'est pas recommandée chez les patients en situation de précarité*

Objectif

- **Evaluation de l'acceptabilité des génériques en vraie vie**



PERCEPTION



PRESCRIPTION



OBSERVANCE
TOLERANCE

Matériel et Méthodes

3 questions

- Si un générique peut vous être prescrit, êtes vous d'accord pour le prendre ?
- Si non, pourquoi ?
- Si oui, êtes vous d'accord pour passer de 1 à 2 comprimés ou de 1 à 3 comprimés en une prise ?

Prospectif
CHU Poitiers
01/11/17 → 31/01/18
Au cours consultation

PVVIH

- Contrôlés depuis plus de 6 mois
- Ne nécessitant pas de modification ARV

Backbone + 3ème agent



Générique de backbone

STR

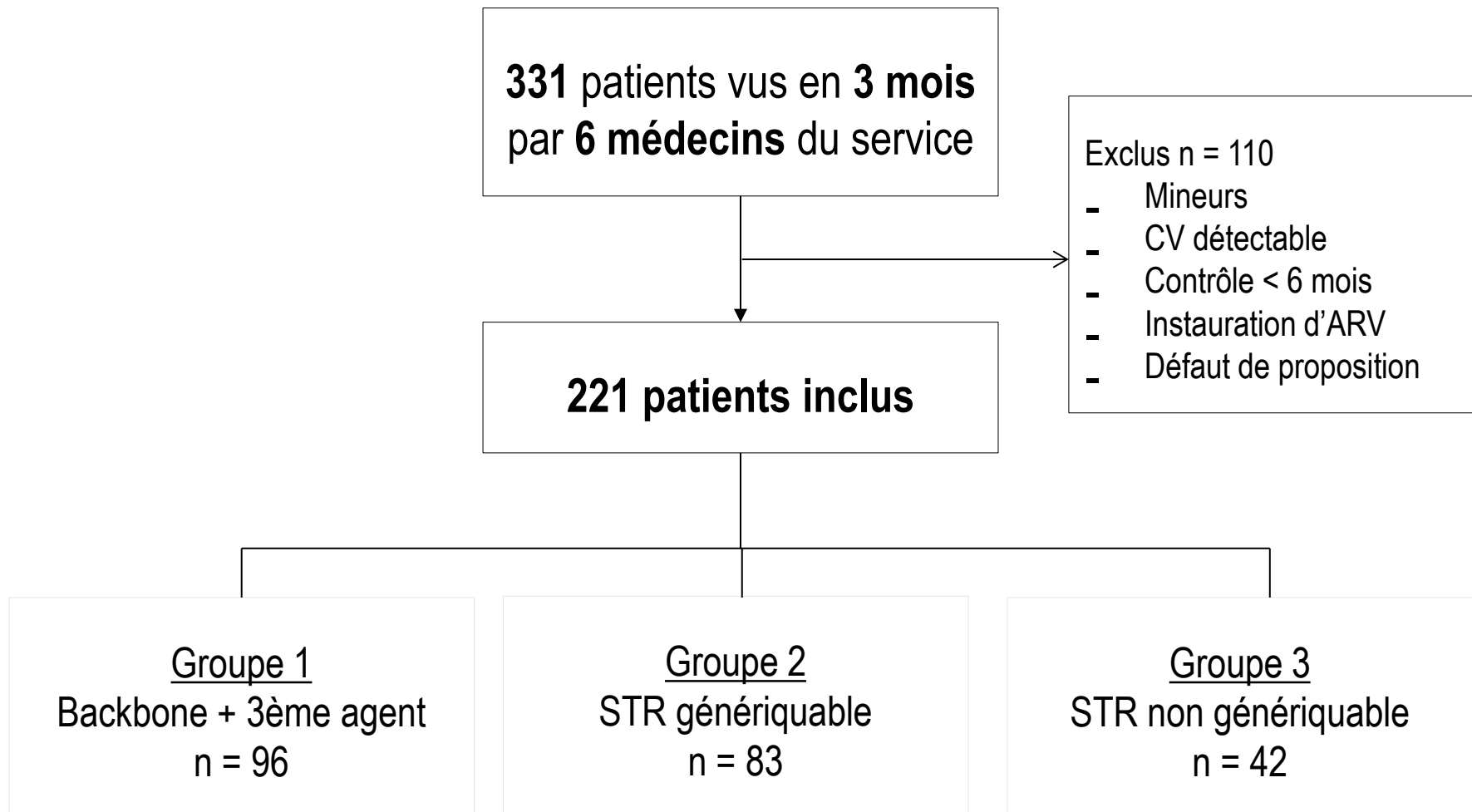


MTR

Combinaison d'ARV
sans passage au
générique possible

Appel patient entre 3 et 6 mois après étude pour suivi

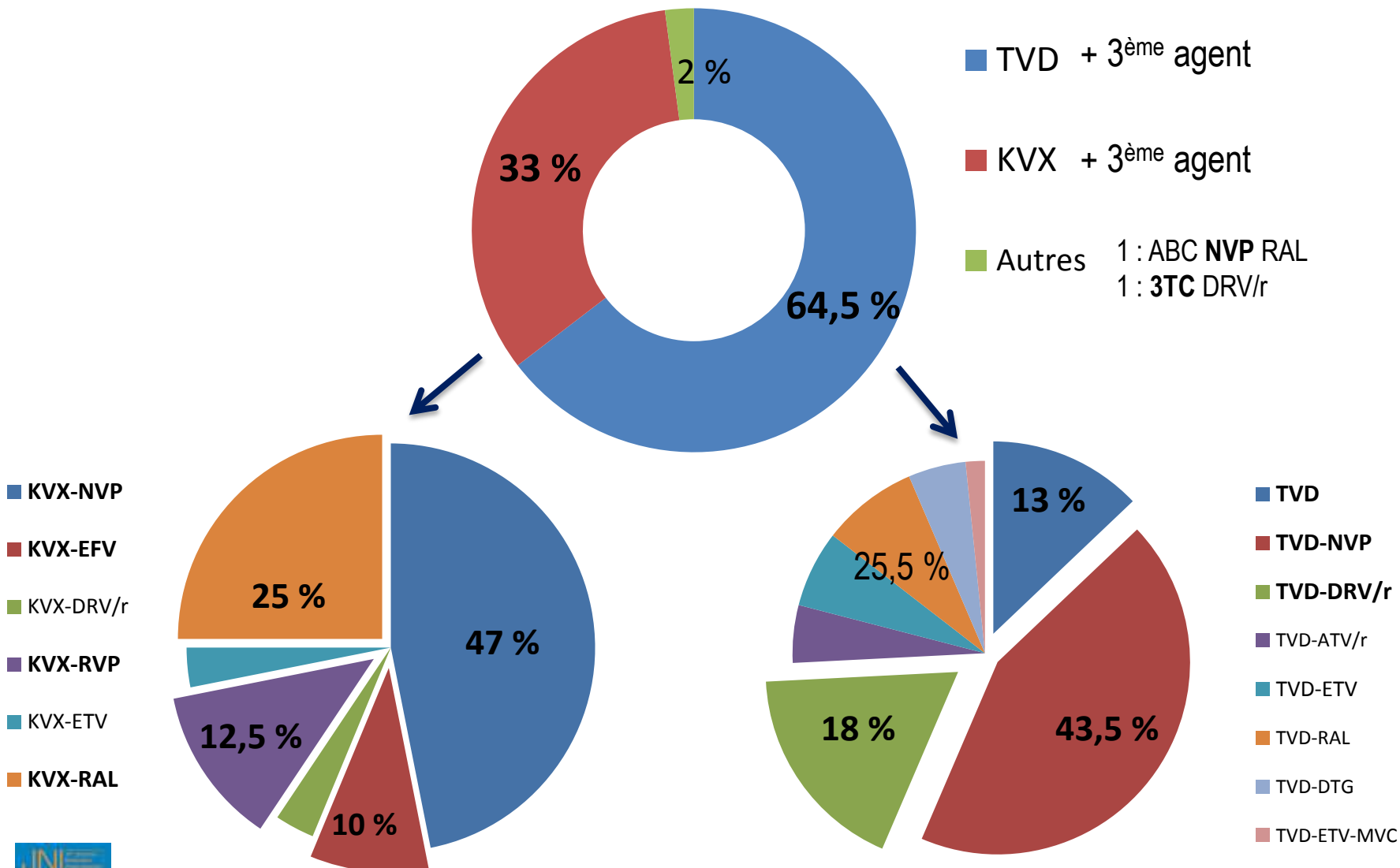
Résultats



Résultats

	Backbone + 3^{ème} agent (n = 96)	STR pouvant être remplacé par MTR (n = 83)	ARV non généralisable (n = 42)	Total (n = 221)
Age	54,4 [27- 87]	50,2 [28 - 77]	49,5 [25 - 79]	51,9 [25 - 87]
Sexe ratio	1.7	1.4	4.25	1.8
<u>Mode de contamination</u>				
- HSH	30 (31 %)	23 (28 %)	17 (40 %)	70 (32 %)
- Hétérosexuel	43 (45 %)	46 (55 %)	15 (36 %)	104 (47 %)
- Autres	23 (24 %)	14 (17 %)	10 (24 %)	47 (21 %)
<u>Pays d'origine</u>				
- France	70 (73 %)	56 (68 %)	30 (72 %)	156 (71 %)
- Afrique	19 (20 %)	21 (25 %)	9 (21%)	49 (22 %)
- Autres	7 (7 %)	6 (7 %)	3 (7 %)	16 (7 %)
Nb de lignes de TT (ARV)	4.8 [1-16]	5 [1-20]	5 [1-14]	5,1 [1 – 20]
Nb de prise par jour (tous)	1,5 [1-3]	1,3 [1 – 3]	1,2 [1 – 3]	1,3 [1 – 3]
Nb de comprimés (tous)	4 [1 – 14]	2,4 [1 – 15]	2,3 [1 – 8]	3,1 [1 – 15]

Traitements du groupe 1 (n = 96)



Traitements du groupe 2 (n = 83)

STR

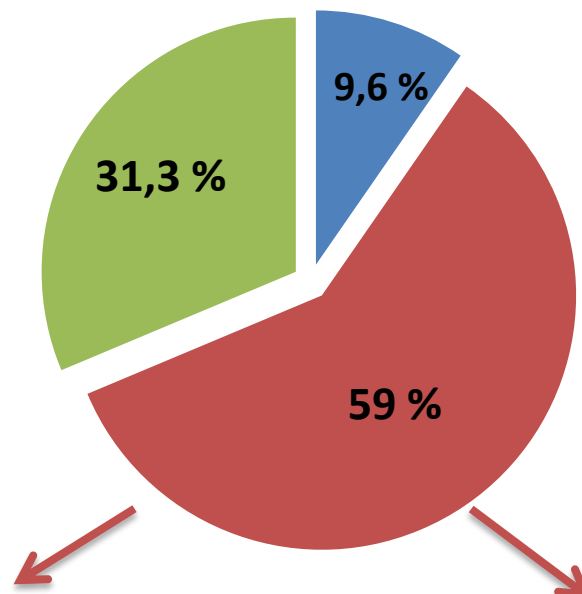


MTR

EFV/TDF/FTC générique

TDF/FTC + RPV

ABC/3TC + DTG



■ Atripla ■ Eviplera ■ Triumeq

EFV	RPV	ABC
TDF	TDF	3TC
FTC	FTC	DTG

Non pour les génériques
N = 44 (53 %)

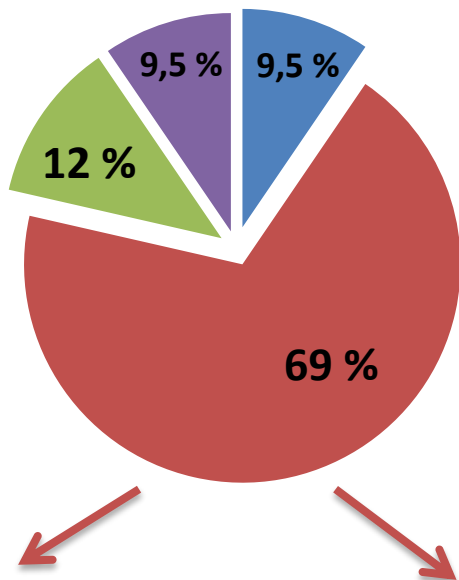
Oui pour les génériques
N = 39 (47 %)

Trop de comprimés : 32/44 (73 %)
Peur inobservance : 9/44 (20 %)
Peur tolérance : 2/44 (4,5 %)
Refus du générique : 1/44 (2 %)



61,4 % aucun autre traitement que ARV

Traitements du groupe 3 (n = 42)



- RPV-DTG
- GENVOYA
- STRIBILD
- ODEFSEY

Non pour les génériques
N = 16 (38 %)

Oui pour les génériques
N = 26 (62 %)

Trop de comprimés : 11/16 (69 %)
Peur inobservance : 2/16 (12,5 %)
Manque de confiance : 3/16 (19 %)



Qui accepte le changement ?

	Refus MTR (n = 44)	Accepte MTR (n = 39)	p
Age moyen (ans)	45,7	55,3	< 0,001
Sexe H/F	18/26	30/9	0,001
Mode de contamination			
- HSH	8	15	0,008
- Hétérosexuel	30	16	0,015
- Toxicomanie	1	4	0,18
Pays de naissance			
- France	22	34	< 0,001
- Afrique	20	1	7,31
- Autres	3	3	0,7
Durée moyen de contamination (ans)	14,8	17,4	0,19
Stade CDC maladie			
- A	29	22	0,49
- B	9	13	0,21
- C	6	4	0,74
Nombre moyen de lignes d'ARV	5,4	5,1	0,35
Nombre moyen de traitements	2	2,8	0,11

Coûts économisés

- **Groupe backbone générique (n = 96)**
 - Coût annuel avant étude : 788 480 euros
 - Coût annuel après étude : 500 408 euros
 - **ECONOMIE** annuelle estimée à **288 072 euros**
3000 euros/patient/an
- **Groupe STR → MTR (n = 83)**
 - Coût annuel avant étude : 744 248 euros
 - Coût annuel après étude : 643 836 euros
 - **ECONOMIE** annuelle : 39 passages au MTR : **100 412 euros**
2575 euros/patient/an

135 patients : 388 484 EUROS

Discussion-Conclusion

- **PVVIH ne s'opposent pas nécessairement aux génériques surtout dans le cadre d'une réduction des coûts (Engerlhard E Drugs 2016)**
- **Passage aux génériques est une vraie économie de santé : 388 484 EUROS**
- **Attention aux personnes « précaires »**
- **Evaluer maintenant la tolérance et l'efficacité (observance) sur le long terme**

Merci ...

