

VIH: DE LA THÉORIE AU TERRAIN



Responsable du plus grand centre belge de référence en termes de patients, le Professeur Stéphane De Wit (CHU Saint-Pierre, Bruxelles) nous livre sa vision sur les aspects économiques et de financement de l'infection VIH en Belgique.

Les négociations pharmaco-économiques avec l'Inami constituent une des difficultés majeures pour les professionnels de la santé. «Ces discussions sont toujours complexes qu'elles concernent le remboursement de certains médicaments, la création de nouvelles conventions ou encore le mode de prise en charge des patients. Et nous ne devons pas nous attendre à l'avenir à ce que les choses deviennent plus simples: nous nous orientons malheureusement vers de probables nouvelles restrictions, comme cela a déjà été le cas par le passé.»

ADAPTER LES RÈGLES

La question économique qui est soulevée n'est pas sans fondement. En effet, les personnes aujourd'hui séropositives pour le VIH ne sont en rien similaires aux personnes qui ont contracté le VIH au début de l'épidémie. Les besoins sont différents, ce qui devrait justifier des changements de réglementation. «Il faut en effet réfléchir à mieux définir des groupes spécifiques de patients, en évitant de mettre tout le monde dans le même panier, tendance que l'on retrouve malheureusement dans la convention actuelle. Il existe une catégorie de patients qui sont infectés depuis plus de 10 ans. Ces patients ont probablement davantage de besoins qu'un jeune qui vient d'être dépisté.»

CHANGEMENT DE PARADIGME

L'autre constat du Pr De Wit concerne la variété des traitements qui seront disponibles dans le futur. «Il est évident que le pipeline des nouvelles molécules se tarit doucement. On n'attend plus de modifications majeures de traitement hormis les formes injectables. Encore faudra-t-il définir quelles seront les conditions de remboursement et à quels patients elles s'adresseront.

La pression est de plus en plus forte pour que nous nous tournions vers les médicaments génériques, certes une des solutions pour limiter les budgets;

mais n'oublions pas qu'il existe des médicaments originaux qui ont baissé leur prix ou encore de nouvelles combinaisons à deux molécules au lieu de trois. L'enjeu pour nous est en effet de limiter les coûts sans altérer la qualité des soins.

Les génériques ont sans aucun doute leur place dans cette stratégie de maîtrise des dépenses. Il n'y a a priori pas d'obstacle à remplacer une molécule originale par un générique si ce dernier est moins cher chez un patient qui n'a pas de contre-indication à son utilisation. De même, pour la PrEP, les génériques ont toute leur place», précise S. De Wit.

CURATIF: PLUSIEURS PISTES!

Il faut tout d'abord se rendre compte qu'une augmentation des dépenses dans l'avenir est quasi inévitable puisque les patients doivent être traités à vie, qu'ils vivent plus longtemps et que 800 nouveaux patients sont actuellement diagnostiqués chaque année dans notre pays.

«Sur le plan curatif, la plupart des médicaments génériques ne correspondent plus aux pratiques actuelles, mis à part le ténofovir-emtricitabine. Mais, comme je le disais, le contexte est susceptible de changer à l'avenir avec le tarissement des brevets des médicaments plus récents. Les génériques prendront donc davantage de place.

Concernant la problématique du découplage des combinaisons (càd de passer d'une pilule unique à 2 pilules par jour, pour pouvoir utiliser les génériques), Stéphane De Wit se montre relativement optimiste: «Cela mérite vraiment une analyse fine - auprès des patients et des médecins - pour évaluer l'acceptabilité de passer de 1 à 2 pilules pour des raisons sociétales. Les données récentes semblent montrer qu'en Europe, environ un patient sur deux serait prêt à faire cette démarche. On ne dispose pas de cette information spécifiquement pour la Belgique, mais c'est un projet d'investigation que nous allons proposer.

Dans tous les cas, cette démarche devra s'inscrire dans un dialogue constructif entre le médecin et son patient. Et c'est peut-être au niveau du médecin que la résistance sera la plus forte, liée à l'impression d'un retour en arrière. Concernant les patients, il est probable que l'acceptation de ce découplage sera plus aisée chez des patients bien intégrés socialement et bénéficiant d'un certain niveau d'éducation. En revanche, la personne en situation précaire sera peut-être moins apte à gérer ce changement.»

DU BIEN-FONDÉ DES INVESTISSEMENTS RÉALISÉS

Grâce à une politique de soins dynamiques, la Belgique se situe à la pointe des pays européens en termes de réduction de la transmission du VIH: les statistiques montrent d'année en année une baisse constante des nouveaux cas et particulièrement depuis l'introduction de la PrEP. L'objectivation de la régression ou de l'amélioration des comorbidités est par contre plus complexe.

Il en va bien entendu de la responsabilité des médecins d'utiliser les ressources disponibles de la façon la plus rationnelle: «S'il existe des alternatives, pourquoi ne pas choisir l'option la moins chère?», explique le Pr De Wit. «Cela ne signifie pas qu'il faut désinvestir. Chaque fois qu'il y a eu désinvestissement dans la lutte contre le VIH, le prix payé était largement supérieur aux gains potentiels. Aujourd'hui, la Belgique a atteint les objectifs des 3 fois 90 (diagnostic-traitement-charge virale indétectable) et nous sommes en bonne voie pour atteindre les objectifs 2025: 95-95-95. Le Plan national a permis des avancées majeures, notamment dans certains groupes. Cependant, il reste des carences dans le dépistage et les opportunités de diagnostic que l'on manque», conclut Stéphane De Wit.

Patrick Mairesse