



## SITUATION EN FRANCE

### ANALYSE DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE DES CENTRES D'INFORMATION ET DE SOINS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

Dr. F. BOULAY \*, G. BEZ \*

#### INTRODUCTION

L'épidémie d'infections par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) frappe inégalement les différentes régions françaises alors que les budgets hospitaliers progressent annuellement selon un taux directeur national. Il devient alors indispensable d'évaluer l'activité médicale et les coûts hospitaliers du V.I.H. par un système d'information adapté et médicalisé.

L'analyse médico-économique qui permet un tel système apporte des réponses aux préoccupations d'efficacité, d'efficience et d'équité tant des médecins hospitaliers que des gestionnaires :

- le médecin peut, à travers ces informations, comparer et évaluer les différents **stratégies** et les **résultats** obtenus dans le diagnostic et le traitement des différentes pathologies ;
- l'économiste doit médicaliser son analyse quand il s'agit de **gérer, planifier** ou **financer** les institutions de soins en tenant compte de l'importance relative et de l'évolution des pathologies traitées à l'hôpital.

#### MATÉRIEL ET MÉTHODES

En l'absence de système d'information hospitalier intégré, un dispositif particulier au V.I.H. a été élaboré pour les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (C.I.S.I.H.), ces centres de référence, au nombre de 23, ont été désignés par le ministre chargé de la Santé, parmi les centres hospitaliers régionaux. Le résumé de sortie standardisé (R.S.S.) accompagné d'une fiche de consommations standardisée (F.C.S.) [actes, médicaments et produits sanguins en qualité et quantité] est relevé pour chaque hospitalisation liée au V.I.H. (complète ou hôpital de jour) de façon anonyme et sous responsabilité médicale après information et consentement des malades. Le nombre de lymphocytes T 4, l'inclusion à un protocole épidémiologique ou thérapeutique et la notion de première hospitalisation pour le même diagnostic, informent sur la sévérité du cas et les conditions de prise en charge. Une classification diagnostique de type CIM-9, des thésaurus d'actes et de thérapeutiques ainsi que des règles de codage ont été définies. Des techniciens ont été spécialement formés à cette saisie d'informations. Un logiciel de recueil, d'échange, de gestion et d'analyse statistique et financière des données a été distribué sur micro-ordinateur PC-AT.

Cette analyse des processus de soins hospitaliers dans les infections par le V.I.H. repose à la fois sur l'analyse de la base des données médico-économiques recueillies (3 415 hospitalisations classiques et 1 877 séances d'hôpital de jour) et sur une consultation d'experts des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (C.I.S.I.H.). Ces données ont été collectées sur l'ensemble de l'année 1988, sur 15 C.I.S.I.H. Une analyse de la représentativité et de la qualité des données est en cours. L'exploitation de la base de données s'est faite selon :

- différentes variables soit médicales (diagnostics principaux ou secondaires, types d'actes ou de médicaments, nombre absolu de lymphocytes T 4, mode de sortie, décès), soit économiques (durée de séjour, nombre d'unités d'œuvre, dépenses d'actes ou de médicaments) ;
- deux axes principaux d'investigation : les différentes formes de la maladie et les structures hospitalières (C.I.S.I.H.).

#### RÉSULTATS

Une première analyse en terme de durée de séjour permet d'identifier les **principaux modes de prise en charge** dans les C.I.S.I.H. Les séjours de durée égale à 1 jour et les séances d'hôpital de jour représentent une part très importante (N = 3 194, 60,4 %) de l'activité enregistrée dans cette base de données et sont constitués de bilans (N = 1 472, 27,7 %) et de surveillance (N = 1 115, 21,1 %). Les hospitalisations pour durée supérieure à 1 jour (N = 2 108, 39,8 %) permettent de reconnaître les grands types de pathologies traitées : maladies de l'appareil respiratoire (N = 280, 5,3 %), maladies des organes hématopoïétiques (N = 236, 4,5 %), maladies du système nerveux (N = 202, 3,8 %).

D'un point de vue clinique, des **processus de soins fréquents et bien identifiés** ont été étudiés : le bilan initial et le suivi des sujets asymptomatiques et porteurs d'une lymphadénopathie généralisée persistante. L'analyse par institution hospitalière (C.I.S.I.H.) montre des différences soit de pratiques, soit de types de malades, qu'il convient d'explorer :

- **différences de pratiques** : si l'on étudie les hospitalisations d'un jour pour « bilan » des personnes asymptomatiques ou atteintes de lymphadénopathie généralisée persistante, le nombre moyen d'unités d'œuvre B (biologie), K (actes médico-chirurgicaux) et Z (actes d'imagerie) ainsi que le coût total des actes, est très variable suivant les C.I.S.I.H. : de 1 130 F à 2 890 F avec un coût total des actes de 1 800 F en moyenne pour l'ensemble des données (tabl. 1). Le tableau 2 montre la nature des actes biologiques et non biologiques réalisés au cours de ces bilans de séropositivité dans les C.I.S.I.H. C 2 et C 5. Seuls les actes réalisés quasi systématiquement ont été indiqués : ainsi, dans le C.I.S.I.H. C 5 une radiographie pulmonaire n'est réalisée que dans 24 % de ces bilans. La pratique du C.I.S.I.H. C 2 est proche des recommandations de la Ligue française de prévention des maladies infectieuses (*Quotidien du médecin*, 1989, n° 4246, p. 16-17) dont le bilan initial est composé de 5 actes (hémogramme, plaquettes, V.S., T 4-T 8, antigénémie P 24), soit un total de 203 B (soit 254 F au coût du B hospitalier) ;
- **différence de types de malades pris en charge** : si l'on étudie les hospitalisations d'un jour (en hôpital de jour ou non) consacrées à un « suivi », la part relative de malades atteints de SIDA et de personnes asymptomatiques (y compris, atteintes de lymphadénopathie généralisée persistante) est très variable suivant les centres (tabl. 3). Le pourcentage de stades « Sida avéré » varie de 33 % (C.I.S.I.H. C 1) à 100 % (C.I.S.I.H. C 6) sans relation évidente avec le nombre de SIDA déclarés : le C.I.S.I.H. C 5 a par exemple déclaré moitié moins de SIDA que le centre C 1.

Ces « suivis » d'un jour de différents stades de l'infection V.I.H. sont évidemment différents quant à la nature des consommations et des coûts associés :

- dans le C.I.S.I.H. C 4, le suivi d'un jour de 173 malades « Sida avéré » représente une dépense moyenne de 597 F dont 526 F d'actes et 71 F de médicaments. Dans la base de données, le coût moyen de ces stades « Sida avéré » hors de suivis d'un jour est de 947 F ;
- dans le C.I.S.I.H. C 1, le suivi d'un jour de 112 personnes asymptomatiques ou lymphadénopathiques est d'une nature différente (essentiellement de surveillance biologique) avec une dépense moyenne de 1 197 F dont 1 163 F pour les actes biologiques. À titre de comparaison, ces

\* Direction des hôpitaux, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale.

suis d'un jour d'asymptomatiques dans la base de données ont un coût moyen de 1 086 F. Enfin, la Ligue française de prévention des maladies infectieuses a récemment recommandé un bilan de surveillance de 541 F tous les 6 mois et 935 F annuel (au coût du « B » hospitalier).

Lorsque l'on examine les hospitalisations pour une manifestation aiguë ou une complication, il devient nécessaire d'envisager les **différentes formes cliniques (et « économiques ») de la pathologie** considérée. Dans le cas des pneumocystoses, la revue de la littérature et la consultation d'experts nous a conduits à distinguer en première analyse, les hospitalisations pour :

- pneumocystoses avec d'autres infections (notion d'infections multiples);
- pneumocystoses avec d'autres complications du SIDA : tumeur(s) maligne(s), encéphalopathie V.I.H., cachexie V.I.H...;
- pneumocystoses simples inaugurales.

Comme le montre l'analyse de 82 séjours (tabl. 4), ces diverses présentations de la pneumocystose se distinguent tant sur le plan de la sévérité clinique (notions de complications et d'infections multiples, mortalité hospitalière) que de la charge économique (durée moyenne de séjour - D.M.S. - unités d'œuvre B, Z, K et coût). On constate en cas d'infections multiples le plus grand nombre d'actes (en particulier, d'imagerie) et en cas de formes compliquées, les durées de séjour plus longues et le coût des thérapeutiques (en particulier, l'Interféron) plus élevé.

Tableau 1

**Nombre moyen d'unités d'œuvre B (biologie), K (actes médico-techniques) et Z (imagerie), ainsi que le coût moyen total des actes au cours de 988 bilans d'un jour de sujets asymptomatiques ou lymphadénopathiques, réalisés dans 5 C.I.S.I.H. différents (C 1, C 2, C 3, C 4 et C 5) de la base de données (Base).**

	C.I.S.I.H.					Base
	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	
Nombre de bilans	222	170	206	92	77	988
Actes :						
Total B	1 393	848	1 394	1 315	1 870	1 292
Total K	0,9	1,1	0,9	13,0	29,8	6,4
Total Z	6,6	2,4	5,1	4,6	19,5	6,0
<b>Total actes (en F)</b>	<b>1 886</b>	<b>1 136</b>	<b>1 870</b>	<b>1 873</b>	<b>2 894</b>	<b>1 797</b>

Tableau 2

**Comparaison des actes réalisés quasi systématiquement, lors de bilans d'un jour de sujets asymptomatiques ou lymphadénopathiques dans les C.I.S.I.H. C 5 (N = 77) et C 2 (N = 170)**

C.I.S.I.H. C 5		Coût moyen des actes = 2 894 F				C.I.S.I.H. C 2		Coût moyen des actes = 1 136 F	
Hémogramme	Transaminases	Bêta 2 microglob.	Marqueurs hép. vir	Rech. cryptospor.	Hémogramme	Séro V.I.H. Elisa	T 4 T 8		
Plaquettes	Gamma GT	Immunoglob.	Séro <i>chlamydiae</i>	Radio pulm.	Plaquettes	Western Blot	Antigénémie P 24		
Iono urée glyc.	Phosphatases alc.	T 4 T 8	Microbio. crachats	Radio abdom.					
Électroph. prot.	Bilirubine	Western Blot	Microbio. urines	Écho abdom.					
Créatinine	Temps céphal. act.	Antigénémie P 24	Parasito. selles	Intradermo.					
				Test. transf. lymph.					

Un questionnaire adressé aux responsables médicaux de ces mêmes C.I.S.I.H. a permis de collecter des informations relatives aux processus de soins dans ces centres (bilan initial et suivi des sujets asymptomatiques, hospitalisation initiale pour pneumocystose, ...).

Pour des motifs de recours aux soins aussi simples que le bilan initial ou le suivi des personnes asymptomatiques ou atteintes de lymphadénopathie généralisée persistante, des différences de prise en charge hospitalière sont constatées. Selon l'enquête, le bilan initial de ces sujets asymptomatiques ou peu atteints peut se faire suivant les C.I.S.I.H. en consultation et/ou en hôpital de jour, voire dans un cas en hospitalisation classique (1 ou 2 jours) du fait de l'absence de structure plus légère. Le bilan paraclinique peut comprendre de 9 à 35 actes pour la plupart biologiques, c'est-à-dire un total de 66 à 1 860 lettres clés B, soit 825 à 2 325 F, au coût du B hospitalier.

Comme l'a fait la Ligue française de prévention des maladies infectieuses, des recommandations peuvent être élaborées à partir de ce type de données en terme de bilan, de périodicité et de formules de prises en charge chez les sujets asymptomatiques, porteurs d'une lymphadénopathie généralisée persistante et atteints de pneumocystose.

L'analyse des processus de soins hospitaliers doit se poursuivre tant au niveau national qu'au niveau des C.I.S.I.H. pour promouvoir dans le cadre de la médicalisation du système d'information (P.M.S.I.) :

- une réflexion sur l'utilisation des structures, sur les processus de soins et sur la formation des coûts hospitaliers pour les différentes pathologies V.I.H.;

Tableau 3

**Part relative des différents stades de l'infection V.I.H. au cours de 1 115 « suivis » d'un jour réalisés dans 5 C.I.S.I.H. (C 1, C 4, C 5, C 6 et C 7) de la base de données (Base). Les 3 formes cliniques sont définies selon la classification C.I.M.-9 des infections par le V.I.H. (circulaire n° 245 du 21 avril 1988).**

	C.I.S.I.H.					Base
	C 1	C 4	C 5	C 6	C 7	
Asymptomatiques lymphadéno-pathique 044.- et 043.0	112	24	15	0	14	276
Autres formes mineures 043.3	36	2	6	0	10	127
Sida avéré 044.-	74 (32 %)	173 (86,9 %)	102 (83 %)	71 (100 %)	26 (52 %)	712 (63,9 %)
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>199</b>	<b>123</b>	<b>71</b>	<b>50</b>	<b>1 115</b>

- une mise en pratique de l'effort de rationalisation avec :
  - information et formation de la communauté médicale et soignante,
  - mise en place de protocoles et de formules de prise en charge innovants,
  - système d'information fiable et évolutif;
- une évaluation continue grâce à des formules d'audit prenant comme point d'appui les données médico-économiques enregistrées dans le système d'information.

Ce type de travail permet aux partenaires hospitaliers de connaître, d'évaluer et de diffuser les prises en charge les plus rationnelles pour les malades, une évaluation complète (qualité et efficacité) nécessitant des études complémentaires.

Tableau 4

**Analyse préliminaire de 82 séjours de pneumocystoses selon différentes formes cliniques. Les coûts totaux sont la somme des dépenses médicales directes (actes et médicaments) et du reste des dépenses journalières liées à l'hospitalisation (sur la base d'une estimation du coût moyen de la journée « V.I.H. » de 1 500 F/jour).**

	Complications multiples	Infections multiples	Infections simples	Total
Nombre de malades	31	16	35	82
Nombre de décès	5	3	1	9
D.M.S. (jours)	28,1	24,3	18,0	22,7
Dépenses d'hospitalisation (en F)	42 150	36 450	27 000	34 050
Actes biologiques (en F)	3 920	4 890	3 830	4 270
Actes non biologiques (en F)	1 830	2 220	1 290	1 750
Dépenses d'actes (en F)	5 750	7 110	5 120	6 020
Dépenses de médicaments (en F)	18 470	3 530	1 880	5 740
* Hors I.F.N.	2 940*	2 900*	-	2 470*
<b>Coût total (en F)</b>	<b>66 370</b>	<b>47 090</b>	<b>34 000</b>	<b>45 810</b>
* Hors I.F.N.	50 840*	46 460*	-	42 540*

\* D.M.S. : Durée moyenne de séjour, I.F.N. : interféron.