

médecine/sciences 1995 ; 11 : 1165-6

Une expérience américaine de contrôle des dépenses de médicaments : effet de l'autorisation préalable sur l'usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens

L'envolée des coûts de santé ne concerne pas que la France : aux États-Unis les dépenses de médicaments par l'agence *Medicaid* (programme fédéral d'assistance médicale destiné aux plus démunis) ont été multipliées par quatre entre 1984 et 1993. Cette augmentation est le résultat du plus grand nombre de patients enrôlés dans le programme, mais aussi d'une plus forte médicalisation et de l'augmentation du coût unitaire des médicaments. Les économistes ont fait des propositions pour contrôler les dépenses, reprises dans un document de *Medicaid : Omnibus budget reconciliation act* de 1990.

Le premier moyen recommandé était la mise en place d'une obligation d'autorisation préalable de la caisse avant de délivrer certains médicaments, certes efficaces, mais pour lesquels existent des médicaments alternatifs, moins coûteux et équivalents. L'intérêt de cette procédure est que les coûts peuvent être diminués sans refuser aux malades l'accès au traitement. Quasiment tous les médicaments peuvent être remboursés par *Medicaid*, avec la restriction de l'autorisation préalable pour certains ; en revanche, les nouveaux médicaments ne font l'objet d'aucune mesure de restriction pendant les six mois suivant leur accep-

tation par la FDA (*Food and drug administration*).

Le programme *Medicaid* du Tennessee a établi dès 1989 l'autorisation préalable pour la couverture des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) n'existant pas sous forme générique* : ce choix était judicieux car il s'agit d'une classe de médicaments extrêmement utilisés dont les prix varient de 1 à 12, sans qu'une efficacité meilleure ait pu être montrée pour les produits les plus chers, comparés à l'ibuprofène générique. L'analyse par une équipe de Nashville (TN, USA) des effets de cette décision est publiée dans le *New England Journal of Medicine* [1].

Toutes les personnes dépendant de la caisse *Medicaid* du Tennessee ont fait partie de l'étude, soit 495 821 pour l'année-témoin, année précédant le début de l'étude, et 547 403 à la fin de l'étude (deux ans plus tard). Les caractéristiques de cette population (âge, sexe, groupe social) sont restées les mêmes. Pour l'année-témoin, *Medicaid* a déboursé 22,41 \$ par personne-année pour les AINS ; dès l'application de la procédure d'autorisation préalable, les

* Les médicaments génériques, au brevet tombé dans le domaine public, sont commercialisés sans nom de marque et, partant, beaucoup moins chers.

RÉFÉRENCES

1. Smalley WE, Griffin MR, Fought RL, Sullivan L, Ray WA. Effect of prior authorization requirement on the use of nonsteroidal antiinflammatory drugs by Medicaid patients. *N Engl J Med* 1995 ; 332 : 1612-7.

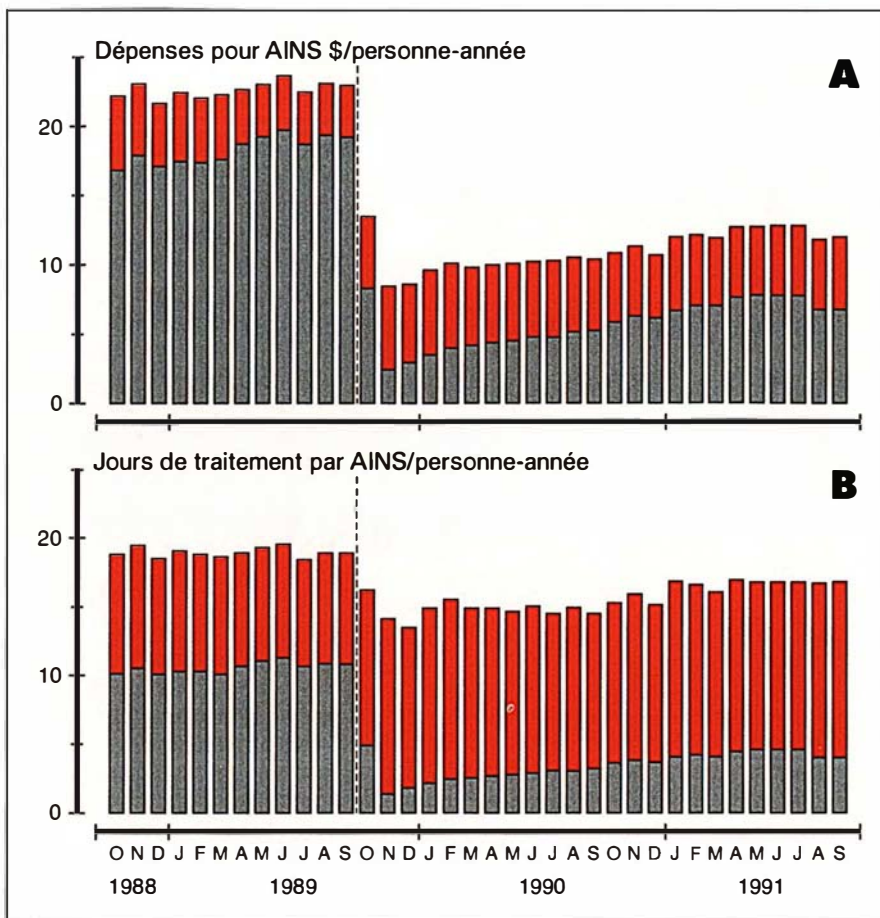


Figure 1. **Dépenses (A) et nombre de jours de traitement annuels (B) par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), l'année précédant l'étude (année-témoin) et les deux années qu'a duré l'étude.** Le trait pointillé montre le moment du début de l'étude, c'est-à-dire celui où les AINS non génériques ont dû faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à Medicaid. **A.** On observe une chute brutale (-65 %) des dépenses, par très forte diminution des dépenses pour produits non génériques (colonnes grises) et augmentation des dépenses pour produits génériques (colonnes roses). **B.** Le nombre de jours de traitement par les AINS a lui aussi décliné (-26 %) ; cette diminution concerne le traitement par AINS non génériques, l'utilisation d'AINS génériques, en revanche, double quasiment.

dépenses ont chuté de 65 % de manière abrupte ; cela a été dû à la fois à l'utilisation beaucoup plus importante des médicaments génériques (figure 1A) et à une réduction de 26 % des journées de traitement par les AINS (figure 1B). A la fin de l'étude, la réduction des dépenses concernant les AINS était de 53 %, un peu moins importante qu'au premier jour car on a vu une augmentation de leur utilisation d'environ 0,5 % par mois, si bien qu'au bout de deux ans la réduction de leur utilisation n'était plus que de 19 %. Il faut rappeler que tout médicament nouveau avait droit à six mois de prescription libre avant d'avoir à recourir à l'autorisation préalable, ce qui est une des raisons du petit échappement des dépenses.

Ce changement concernant les AINS ne s'est pas accompagné d'un transfert vers d'autres analgésiques ou anti-inflammatoires ; à la fin de la seconde année de l'étude, on a assisté à la montée progressive des dépenses de médicaments, mais elle ne concernait pas ces classes de médicaments ; on n'a pas observé non plus de plus grande fréquence des consultations. Enfin, les résultats furent les mêmes dans la population tout-venant et les utilisateurs réguliers d'AINS. On peut donc dire que le but initial de l'opération a été atteint : la dépense afférente à cette classe de médicaments a été très fortement réduite, sans être compensée par un déplacement sur des classes de médicaments voisines. En outre, il est vraisemblable que l'état des patients ne s'est pas trouvé modifié par le changement d'AINS car on n'a pas constaté d'augmentation du nombre des consultations.

La question suivante est : y a-t-il d'autres médicaments donnés régulièrement sur lesquels on pourrait faire de grandes économies en utilisant des médicaments génériques ? Les classes de médicaments auxquelles on pense sont les hypotenseurs et les antidépresseurs ; leurs prix sont très variables... mais ils ne sont malheureusement pas toujours aussi interchangeables que les AINS ■