

Le bénéfice/risque du traitement des artérites oblitérantes des membres inférieurs: vers une approche en terme de retour sur investissement ?

F.A Allaert^a, Y Lecomte^b, P Piccardi^c

^a *Chaire EMMAS (Évaluation Médico-Marketing des allégations de santé) – Groupe ESC Dijon Bourgogne*

^b *Économiste de la Santé, Cen Nutriment Dijon*

^c *Département Marketing - Ceren – Groupe ESC Dijon Bourgogne*

La prévention du risque cardiovasculaire des patients présentant une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) par l'association d'une statine, d'un IEC et d'un traitement antiagrégant plaquettaire fait désormais parti des bonnes pratiques cliniques. Les recommandations de l'HAS relative à la Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs d'Avril 2006 (1) indiquent en effet que trois types de traitements médicamenteux au long cours sont efficaces: antiagrégant plaquettaire : aspirine (75 à 160 mg/j) ou clopidogrel (75 mg/j) ; statine ; IEC (introduit progressivement par paliers de 2 à 4 semaines, sous surveillance de la pression artérielle et de la créatininémie).

Ces recommandations précisent également qu'il est raisonnable de les associer chez la majorité des patients symptomatiques mais la synergie de leur association n'est pas expérimentalement évaluée. Leur indication doit prendre en compte l'existence d'autres lésions athéromateuses, d'autres facteurs de risques cardiovasculaires, notamment chez les patients présentant une artériopathie asymptomatique cliniquement mais objectivée par l'existence d'un Index de Pression Systolique inférieur à 0,9.

Si du point de vue clinique comme du point de vue de la santé publique, l'apport thérapeutique de cette trithérapie apparaît bien établi, il n'en suscite pas moins toujours quelques interrogations du point de vue des économistes de la santé qui appréhendent les actes de prévention non pas seulement de par leur efficacité, mais aussi de par leur bénéfice/coût. Ces interrogations sont d'autant plus justifiées qu'en France plus de 800 000 patients âgés de plus de 60 ans sont aujourd'hui pris en charge pour l'AOMI et ceci ne prend pas en compte ni les artériopathies symptomatiques qui ne sont pas traitées et encore moins les artériopathies asymptomatiques (IPS<0,9) dont la prévalence serait de 10 à 20 % au-delà de 55 ans (1).

Ce rapport bénéfice/coût est très difficile à évaluer car il dépend à la fois de la sur-morbidité induite par les facteurs de risque que l'on souhaite contrôler, de la diminution effective de la morbidité induite par le contrôle des facteurs de risque, des coûts des pathologies dont la fréquence est réduite par la prévention et enfin de la durée de la prévention et du nombre de patient traités par pathologies évitées. Et tout ceci ne représente qu'une vision extrêmement simplifiée des processus économiques devant être évalués puisqu'elle néglige les coûts indirects tel que ceux liés aux arrêts de travail et les coûts sociétaux (perte de production par exemple).

Cette question de l'évaluation médico-économique de la prévention des maladies cardiovasculaires s'est déjà posée bien des fois et notamment pour l'usage des prescriptions des traitements hypolipémiants ou des traitements antihypertenseurs et de grandes études de modélisations ont été réalisées. Du fait de la complexité des situations analysées, toutes sont globalement imparfaites et contestables, mais elles ont eu pour mérite d'apporter la démonstration d'un rapport bénéfice/coût potentiellement « intéressant ».

Face à la complexité de l'AOMI, insuffisamment dépistée et bénéficiant d'une trithérapie potentielle, cet article n'entend pas apporter de réponse mais mettre quelques chiffres en perspectives de cette prévention et proposer les fondements méthodologiques d'une évaluation médico-économique pragmatique qui pourrait être conduite dans ce domaine.