



LE COUT DE LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DES CRISES DREPANOCYTAIRES

NGOLET L. O.*, NTSIBA H. **, ELIRA DOKEKIAS A.*

*Service d'Hématologie clinique du CHU de Brazzaville

**Service de Rhumatologie du CHU de Brazzaville

E-mail : Ingolet@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Estimer le coût de la prise en charge des crises drépanocytaires chez le sujet drépanocytaire en milieu hospitalier.

Patients et méthodes : Il s'est agi d'une étude prospective d'une durée de 6 mois, réalisée dans le service d'hématologie clinique du CHU de Brazzaville. Etaient inclus, tous les patients drépanocytaires adultes hospitalisés pour des crises drépanocytaires. Le coût financier de la prise en charge a été calculé en additionnant les coûts des examens paracliniques, de traitement et d'hospitalisation.

Résultats : Soixante six patients adultes ont été inclus dans notre étude. Il s'est agi de 33 hommes et 33 femmes. Vingt et un patients (31,8 %) avaient un revenu inférieur à 100.000 F CFA (152 €). Les dépenses moyennes globales résultant du traitement des crises drépanocytaires et des examens paracliniques ont été, respectivement, de 88.365 F CFA (134,90 €) et de 14.745 F CFA (22,52 €). Le motif d'hospitalisation le plus fréquent a été la crise vaso-occlusive simple (54,5 %). Le coût de la prise en charge de celle-ci s'est élevé à 67.095 F CFA (102,43 €). La crise vaso-occlusive sévère a été le deuxième motif d'hospitalisation (19,7 %). Le coût de la prise en charge de cette dernière s'est élevé à 19.936 F CFA (304,37 €).

Conclusion : Le coût de la prise en charge des crises drépanocytaires est largement au dessus du revenu de la classe sociale moyenne. La mise en place par le gouvernement d'un système de recouvrement des coûts ou d'assurance médicale améliorerait la prise en charge hospitalière de celles-ci.

Mots-clés : Crises drépanocytaires ; Adulte ; Coût.

ABSTRACT

Objective: To estimate the cost of treatment of sickle cell crises in adult patients in hospital.

Patients and methods: The aim was a prospective descriptive study of a 6-month period in the Clinical Hematology unit at the Teaching Hospital of Brazzaville. Were included all adult sickle cell patients hospitalized for sickle cell crisis. The financial cost of care was calculated by summing the costs of diagnostic tests, treatment and hospitalization.

Results: Sixty-six adult patients were included in our study. They were 33 men and 33 women. Twenty-one patients (31.8%) had a lower income 100,000 F CFA (152 €). The overall average expenditure generated for the treatment of sickle cell crisis was 88,365 F CFA (€ 134.90) and paraclinical examinations 14,745 F CFA (€ 22.52). The most common reason for hospitalization was simple vaso-occlusive crisis (54.5 %). The cost of care of it amounted to 67,095 F CFA (€ 102.43). Severe vaso-occlusive crisis was the second reason for hospitalization (19.7 %). The cost of care of it amounted to 19,936 F CFA (€ 304.37).

Conclusion: The cost of care for sickle cell crises is well above the average income of the class. The establishment by the government of a system of cost recovery or medical insurance will improve their management.

Key words: Sickle cell crisis; Adult; Cost.

INTRODUCTION

La drépanocytose constitue la première maladie génétique au monde. Au Congo Brazzaville, en 2005, le dépistage néonatal systématique des hémoglobinopathies a montré un taux de 16,8 % de gène S et une prévalence de 1 % de nouveau-nés atteints de la forme majeure de la drépanocytose [1]. De nombreuses stratégies ont été mises en place par le gouvernement pour la lutte contre la drépanocytose, notamment, par une accessibilité gratuite à la consultation médicale et à l'hospitalisation pour la population pédiatrique [2] et par un allègement des frais d'hospitalisation fixé à un taux forfaitaire de 10.000 F CFA (15 €) quelle que soit la durée de l'hospitalisation [2]. Malgré ces mesures, les frais de la prise en charge médicale de la drépanocytose au Congo incombent aux patients et à leurs familles en l'absence d'un système d'assurance médicale. Le manque de données sur le coût financier des soins médicaux chez le drépanocytaire adulte a motivé la présente étude. Cette dernière porte sur l'évaluation du coût de la prise en charge hospitalière de la crise drépanocytaire. En effet, la crise drépanocytaire constitue en terme de fréquence, au cours de la forme homozygote de l'hémoglobinopathie, la manifestation clinique la plus fréquente [3].

PATIENTS ET METHODES

L'étude a été réalisée dans le service d'hématologie clinique du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Brazzaville (Congo). Il s'est agi d'une étude prospective et descriptive qui a été réalisée du 1^{er} janvier au 30 juin 2013. Tous les patients hospitalisés ont été inclus pendant la période d'étude. Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient remplir les critères suivants : être drépanocytaire homozygote adulte, développer une crise drépanocytaire et être consentant pour participer à l'étude.

Les crises drépanocytaires ont été classées en début d'hospitalisation au terme de l'examen clinique initial. Ainsi nous avons distingué :

- la crise vaso-occlusive simple (CVO simple). Elle se caractérise par : la présence de douleurs

mono- ou bifocale ; l'absence de fièvre ou la présence d'une fébricule ; une durée d'au plus 5 jours ;

- la crise vaso-occlusive sévère (CVO sévère). Le diagnostic repose sur : la présence de douleurs multifocales accompagnées de fièvre supérieure à 38,5°C ; l'aggravation de l'anémie chronique par hémolyse aigue ; la durée prolongée supérieure à 5 jours ;
- la crise mixte sévère (CM sévère). Elle résulte de l'association CVO sévère et aggravation de l'anémie (encore appelée crise de déglobulisation) ;
- la crise de déglobulisation simple (CD simple). Elle se caractérise par : une aggravation de l'anémie chronique par hémolyse aigue ; l'absence de fièvre ou la présence d'une fébricule ; une durée d'au plus 5 jours ;
- la crise mixte simple (CM simple) se définit par l'association d'une crise vaso-occlusive simple et d'une crise de déglobulisation simple. Sa durée est comparable à celle de la CVO simple.

Les paramètres étudiés pour chaque patient ont été : le motif d'hospitalisation, le niveau socio-économique, la durée d'hospitalisation, les coûts générés par l'hospitalisation, les examens para cliniques, le traitement et le coût global des frais médicaux.

Les données recueillies pour chaque dossier ont été enregistrées sur des fiches d'enquête individuelles, puis saisies à l'aide du logiciel EPI INFO version 3.5.1, contrôlées dans la base du logiciel SPSS version 17, inc, Chicago, IL, USA.

Pour la description de chaque variable quantitative, ont été calculées la moyenne et les valeurs extrêmes (minimales et maximales). Pour les variables qualitatives, ont été calculés les fréquences et les pourcentages. Les différents frais ont été calculés en franc (F) CFA, puis convertis en euro sur la base : 1 euro (€) = 655 F CFA.

RESULTATS

Caractéristiques épidémiologiques

Il s'est agi d'une étude comportant 33 hommes (50 %) et 33 femmes (50 %), soit un sexe ratio (H/F) égal à 1. Les patients étaient

âgés de 18 à 45 ans avec une moyenne de 27 ans.

Vingt et un patients (ou leur famille), soit 31,8 %, avaient un revenu mensuel inférieur à 100.000 F CFA (152 €).

Seize patients (ou leur famille), soit 24,2 %, avaient un revenu oscillant entre 100.000 et 150.000 F CFA (152 et 229 €).

Vingt neuf patients (ou leur famille), soit 43,9 %, avaient un revenu supérieur à 150.000 F CFA (229 €).

Les couches sociales ayant un revenu inférieur à 150.000 F CFA (229 €) développaient plus de crises drépanocytaires.

Caractéristiques cliniques

Les motifs d'hospitalisation et le diagnostic initial des patients dans le service sont rassemblés dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des patients selon le diagnostic initial à l'admission

	Diagnostic initial (n = 66)	%
Crise vaso-occlusive simple	36	54,5
Crise vaso-occlusive sévère	13	19,7
Crise mixte sévère	7	10,6
Crise de déglobulisation sévère	6	9,1
Crise de déglobulisation simple	4	6,1

Coût global des soins médicaux

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours avec des extrêmes de 2 et 29 jours.

Les coûts moyens étaient de 14.745 F CFA (22,52 €) et de 88.365 FCFA (134,90 €), respectivement, pour les examens para cliniques et pour le traitement. Au total le coût global moyen était de 103.110 F CFA (157,42 €).

Coût de la prise en charge des crises drépanocytaires

Les dépenses générées par les différentes crises développées sont rassemblées dans le tableau II. L'accès palustre était le premier facteur déclenchant des CVO simples. L'infection bactérienne, notamment, l'ostéite, l'ulcère cutané malléolaire surinfecté, la cholécystite, la pyélonéphrite et l'ostéomyélite étaient, respectivement, les facteurs déclenchant des CVO sévères.

Tableau II : Répartition des patients selon les dépenses générées par les types de crises drépanocytaires développées

Types de crises	Coût moyen en F CFA (€)			
	Examens paracliniques	Traitement	Hospitalisation	Coût global
Crise vaso-occlusive simple	8795 (13,41)	48.300 (73,63)	10.000 (15)	67.095 (102,43)
Crise vaso-occlusive sévère	29.850 (45,50)	159.515 (243,16)	10.000 (15)	199.36 (304,37)
Crise de déglobulisation simple	16.545 (25,22)	39.310 (59,92)	10.000 (15)	65.885 (100,54)
Crise de déglobulisation sévère	19.950 (30,41)	119.535 (182,22)	10.000 (15)	149.480(228,22)
Crise mixte sévère	16.925 (25,80)	153.860 (234,54)	10.000 (15)	180.785 (276)

DISCUSSION

Les coûts estimés ont été calculés à partir des tarifs pharmaceutiques et paracliniques affichés au Centre Hospitalier et Universitaire. Cela constitue un biais du fait que de nombreuses familles de patients achètent les médicaments dans des pharmacies privées et se font réaliser les examens paracliniques dans des laboratoires ou des cliniques privé(e)s où les coûts sont plus importants, comparativement à ceux du CHU. De plus, nous n'avons pas pris en compte les frais de consultation initiale, de restauration et de transport. Ces dépenses seraient difficiles à évaluer car elles ne sont pas constantes. A titre d'exemple, certains patients viennent directement dans le service sans passer par le service des urgences médicales pour être consultés. C'est donc dans le but d'éviter toute surestimation ou sous-estimation de ces dépenses que nous ne les avons pas prises en compte.

Nous rapportons à notre connaissance une première étude sur le coût de la prise en

charge des crises drépanocytaires chez l'adulte. Il paraît donc difficile de comparer nos résultats à ceux des auteurs d'autres pays car les protocoles thérapeutiques, les frais pharmaceutiques et biologiques varient d'un pays à l'autre. Néanmoins, ce travail permettra de donner une estimation des dépenses aux malades dès leur admission à l'hôpital ou en cours d'hospitalisation.

Le coût moyen du traitement représente 85,69 % du coût global du traitement. L'importation de tous les médicaments, qui résulte de l'absence de firmes pharmaceutiques au Congo, est une des causes expliquant ce taux important. La deuxième explication proviendrait de la méconnaissance et de la non prescription par le personnel soignant des médicaments génériques ainsi que de la distribution systématique, par les officines pharmaceutiques, des médicaments de spécialités dont les coûts sont plus élevés.

La CVO simple, comme le rapporte d'autres études, est le premier motif

d'hospitalisation [4]. Le coût relatif à sa prise en charge est en moyenne de 67.095 F CFA (102,43 €). Le traitement de la prise en charge de la CVO simple en cours d'hospitalisation se fait par voie parentérale, quelle que soit l'intensité de la douleur. La durée moyenne d'hospitalisation est au plus de 5 jours. Une pratique bien codifiée et stratifiée du personnel soignant et du patient sur la prise en charge de la douleur pourrait diminuer la venue en hospitalisation pour les douleurs modérées, la systématisation de la voie parentérale, la durée d'hospitalisation ; ce qui aurait pour conséquence la réduction des dépenses liées au traitement.

L'accès palustre, comme le soulignent de nombreux auteurs, représente dans notre région le facteur déclenchant le plus fréquent des crises drépanocytaires [4-6]. Le coût de la prise en charge de la crise vaso-occlusive déclenchée par l'accès palustre est en moyenne de 62.530 F CFA (95,46 €). L'accès palustre à *Plasmodium falciparum* constitue un facteur d'aggravation à très haut risque hyperhémolytique chez le sujet atteint de drépanocytose majeure [7,8]. En conséquence, les dépenses générées par l'infection sont majorées en cas de crise de déglobulisation associée et s'élèvent à 65.885 F CFA (100,45 €).

L'infection bactérienne est le premier facteur déclenchant des crises vaso-occlusives sévères. Les frais générés par celles-ci sont en moyenne de 180.785 F CFA (276 €), soit trois fois plus que ceux réalisés pour la prise en charge d'une CVO simple. Les infections bactériennes sont souvent non documentées sur le plan microbiologique du fait de la précarité des moyens financiers des patients [4]. Elles sont prises en charge par l'association pénicillines-aminosides ou quinolones.

Nos patients sont issus, sur le plan des ressources financières, pour la plupart de familles très modestes ou démunies. En effet, 31,8 % de notre population sont sans emploi ou ont un revenu inférieur à 100.000 F CFA (152,67 €) et 24,2 % ont un revenu inférieur à 150.000 F CFA (< 229 €). De nombreux auteurs soulignent le lourd tribut payé par ces

couches de la population [4, 5, 9]. Il semblerait que les crises mixtes sévères dont le coût moyen global de la prise en charge est de 199.365 F CFA (304,37 €), seraient plus fréquentes chez ces populations. L'implication du facteur socio-économique dans la survenue des crises drépanocytaires semble indirecte, car celui-ci est lié au manque de ressources financières, lesquelles permettent d'avoir accès à un traitement préventif des crises [5, 10]. La sévérité des crises résulterait du long délai observé par le patient avant sa venue à l'hôpital. Cependant, même pour une population active, les frais générés par la prise en charge des crises drépanocytaires restent élevés, bien au dessus du salaire de base d'un cadre moyen de la fonction publique de classe 1 au 1^{er} échelon dont le revenu s'élève à 60.000 F CFA (91,46 €) par mois.

Les frais moyens des examens paracliniques représentent 14,31 % des dépenses générées par la prise en charge des crises drépanocytaires. Le bilan biologique de base chez un patient drépanocytaire hospitalisé pour une crise vaso-occlusive simple se compose d'un hémogramme à l'admission et à la sortie et d'une créatininémie. Le coût minimum des examens biologiques quelle que soit l'étiologie est de 6.000 F CFA (9,16 €). Ces frais augmentent en fonction des facteurs étiologiques des crises drépanocytaires. Le faible niveau socio-économique de nos patients nous oblige à limiter la prescription des examens paracliniques afin de prioriser les moyens financiers disponibles pour l'achat des médicaments.

CONCLUSION

Le coût généré par la prise en charge des crises drépanocytaires est largement supérieur au revenu du congolais de classe sociale moyenne. Ainsi, la prise en charge des crises drépanocytaires pose un réel problème déontologique et soulève des questions éthiques. L'implication du gouvernement et des organisations non gouvernementales dans la mise en place d'un programme d'intégration de la prise en charge de la drépanocytose améliorerait la qualité de vie des patients.

REFERENCES

1. Mpemba Loufoua A B, Makoumbou P, Mabilia Babela J R et al. Dépistage néonatal de la drépanocytose au Congo Brazzaville. Ann Univ Marien Ngouabi 2010 ; 11 (5): 21-5.
2. Arrêté N° 5198 du 5 octobre 1994 instituant un régime de gratuité pour les drépanocytaires Congolais. Ministère de la Santé et de la Population. République du Congo.
3. Arnal C, Godeau B. Stratégie de prise en charge des crises vaso-occlusives non compliquées de l'adulte drépanocytaire 2003; John Libbey Eurotext, Paris: 5-321.
4. Elira Dokekias A. Etude analytique des facteurs d'aggravation de la maladie drépanocytaire au Congo. Méd Afr Noire 1996; 43: 279-85.
5. Elira Dokekias A, Nzingoula S. Profil du sujet drépanocytaire homozygote après l'âge de 30 ans. Méd Afr Noire 2001 ; 48: 411-18.
6. Tshilolo L, Mukendi R, Girot R. La drépanocytose dans le sud du Zaïre. Etude de deux séries de 251 et 340 malades suivis entre 1988 et 1992. Arch Pediatr 1996; 3: 104-11.
7. Girot R. Prise en charge d'un enfant drépanocytaire. Pédiatrie 1990; 45: 437-40.
8. Bachir D, Beauvais P. Prise en charge des patients drépanocytaires. Rev Prat 1992; 42, (15): 1900-07.
9. Gaston M H, Veter J. Sick Cell Anemia. Trial Statistic in medicine 1990; 9: 45-51.
10. Gbadoé A.D, Atsou K, Agbodjan-Djossou O.A et al. Prise en charge ambulatoire des drépanocytaires: Evaluation de la première année de suivi des patients dans le service de Lomé (Togo). Bull Soc Pathol Exot 2001 ; 94 (2) : 101-5.