Annales de l'Université Marien NGOUABI, 2010 ; 11 (5) : 14-20
Sciences de la Santé
ISSN : 1815 – 4433
www.annales-umng.org

COUT FINANCIER DE LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES AU CHU DE BRAZZAVILLE

B.I. ATIPO IBARA, DEBY GASSAYE, J.B. NDALA MIENANZAMBI, M. OKOUO, Ph. NGOMA NKADOULOU, J. NGOUONIMBA, J.R. IBARA, A. ITOUA NGAPORO
Service de Gastro-entérologie et de médecine interne
CHU de Brazzaville. BP 32, Brazzaville, CONGO Correspondance : b.atipo-ibara@laposte.net; batipoibara@yahoo.fr

RESUME

***Objectif** : Estimer le coût de la prise en charge hospitalière des hémorragies digestives.*
***Matériel et méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 9 mois (de Janvier à Septembre 2008) dans le service de gastro-entérologie et médecine interne du CHU de Brazzaville. Elle a porté sur une série de 72 dossiers sélectionnés parmi 893 patients hospitalisés. Seules les dépenses effectuées dans le service ont été comptabilisées.*
***Résultats :** Le délai moyen d'admission a été de 2,5 j. Le bilan lésionnel a été établi au delà de 48 heures dans 62 % des cas. Le traitement a été uniquement médical. Le coût moyen d'hospitalisation a été de : 263.963,85 F CFA (402,41 €) pour la rupture des varices oesophagiennes; 191.265 F CFA (291,58 €) pour les hémorragies par ectasie vasculaire antrale ; 190.705,41 F CFA (290.705,41 €) pour l'ulcère du bulbe hémorragique; 257.878,13 F CFA (393,13 €) pour les gastrites hémorragiques; 249.474,5 F CFA (380,30 €) pour le cancer gastrique hémorragique; 294.480 F CFA (448,93 €) pour les lésions caustiques du tractus digestif haut; de 233.845 F CFA (356,49 €) pour les ulcérations oeso-gastriques d'allure infectieuse; 161.595 F CFA (246,35 €) pour le syndrome de Malory Weiss; 530.000 F CFA (807,98 €) pour la diverticulose colique compliquée; 103.250 F CFA (157,4 €) pour les lésions du canal anal; 182.398,1 F CFA (278,06 €) pour les colites ulcérées; 159.468,27 F CFA (243,1 €) pour les causes indéterminées. Le coût global moyen de la prise en charge a été de 234.860,22 F CFA (358,04 €) dont 22,35 % pour les examens para cliniques, 53,13 % pour le traitement et 23,08 % pour le séjour. Toutes les dépenses ont été à la charge du patient.*
***Conclusion :** Ces résultats suggèrent que le coût généré par la prise en charge des hémorragies digestives est largement supérieur au revenu des Congolais, quelle que soit leur classe sociale. Une définition de politique socio-sanitaire sur la prise en charge des hémorragies digestives s'avère nécessaire et indispensable.*

***Mots clés** : Prise en charge ; Coût financier ; Hémorragies digestives ; Brazzaville.*

INTRODUCTION

Dans les pays où le système de sécurité sociale est inexistant, tels que le Congo, le coût financier des soins médicaux est en général à la charge du patient. Les données sur les coûts générés par les soins médicaux dans les pays en développement sont rares, comparativement aux pays développés.

Dans ce cadre, nous avons entrepris une étude sur les hémorragies digestives qui sont la première urgence digestive dans le service de gastro-entérologie et de médecine interne (GEMI) du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Brazzaville [1]. L'objectif du présent travail était d'évaluer le coût généré par la prise en charge hospitalière des hémorragies digestives dans ledit service.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective de janvier à septembre 2008 dans le service de GEMI du CHU de Brazzaville.

Le recueil des données s'est fait sur la base des dossiers médicaux, des registres des admissions du service, du répertoire et du tarif des examens paracliniques, du coût des médicaments et du label de livraison des produits sanguins.

Les paramètres étudiés ont été: le niveau socio-économique, la provenance des patients, les signes cliniques, les examens paracliniques et leur coût, les thérapeutiques et leur coût, la durée de séjour et son coût. Pendant la période d'étude, 893 patients ont été hospitalisés, dont 72 pour hémorragies digestives extériorisées. Parmi ces derniers, figurent 48 hommes et 24 femmes d'âge variant entre 20 et 90 ans ; la moyenne d'âge est de 51 ± 6 ans.

Seuls les dépenses avant hospitalisation, le coût de la consultation initiale, les actes chirurgicaux, l'alimentation et le déplacement des patients ont été pris en compte.

Les coûts suivants ont été calculés : coût total, coût total du séjour par patient, coût moyen par acte et par cause de saignement, coût global moyen par étiologie.

L'analyse statistique a consisté au calcul des pourcentages et des moyennes.

RESULTATS

La répartition des patients selon le niveau socio-économique est représentée dans le tableau I.

La provenance des patients se présente comme suit : service du CHU (1 cas, soit 1 %) ; transfert (3 cas, soit 4 %) ; domicile (68 cas, soit 95 %).

Tableau I: Répartition des patients selon les catégories socio-professionnelles

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif	Fréquence (%)
Travailleur :		
- Cadres supérieurs	2	2,78
- Cadres moyens	4	5,56
- Agents d'exécution	13	18,05
Sans emploi	26	36,11
Ménagère	4	5,56
Elève et Etudiant	4	5,56
Retraité	12	16,66
Commerçant	7	9,72
Total	72	100

Deux groupes de patients se distinguent selon la réalisation des examens biologiques: aucun examen fait (17 cas, soit 24 %) ; au moins un examen fait (55 cas, soit 76 %). Il en set de même pour les examens morphologiques : aucun examen fait (16 cas, soit 22 %) ; au moins un examen fait (56 cas, soit 78 %).

Les dépenses par acte sont représentées dans le tableau II ; en revanche, celles générées par l'hospitalisation sont rassemblées dans le tableau III.

Les coûts moyens ont été de 52.508,3 F CFA (80,04 €) pour les examens paracliniques, 124.784 F CFA (190,23 €) pour le traitement, 54.208 F CFA (82,64 €) pour le séjour et 234.860,22 F CFA (358,04 €) pour toute l'hospitalisation.

DISCUSSION

Cette étude rétrospective comporte quelques biais. Nous n'avons retenu que l'hémorragie extériorisée, confirmée par l'examen clinique et/ou par l'exploration endoscopique. La sélection ainsi faite a pu réduire la fréquence des hémorragies digestives. En effet, une hémorragie digestive peut s'extérioriser alors que le saignement s'est arrêté; la cause peut être indéterminée si l'exploration endoscopique est tardive [1].

Dans l'évaluation du coût d'hospitalisation, nous n'avons pris en compte que les dépenses effectuées dans le service d'étude. Les hémorragies digestives étant une urgence médico-chirurgicale, leur prise en charge commence dès l'admission [2-4], voire même pendant le transport du malade.

Certains de nos patients ont été transfusés dans le service des urgences et d'autres y ont reçu des solutés de remplissage ou des anti-sécrétoires, avant d'être orientés dans le service d'étude.

Pendant la période d'étude, la prise en charge des hémorragies digestives dans le service de GEMI du CHU a été uniquement médicale.

Le plateau technique n'a pas permis de réaliser l'hémostase endoscopique, méthode de choix pour la prise en charge des hémorragies digestives à risque de récidive élevé [4]. Les gestes thérapeutiques per endoscopiques, augmenteraient le coût de l'hospitalisation.

Chez les patients ayant un terrain particulier (pathologie préexistante ou associée), nous n'avons pas dissocié les dépenses engendrées par la prise en charge de l'hémorragie digestive de celles liées au terrain. La prise en charge des pathologies associées a certainement majoré les dépenses globales de la prise en charge de l'hémorragie digestive.

La plupart de nos patients avaient un faible niveau socio économique. Les sans emplois et les retraités ont constitué le groupe le plus concerné. Le même constat a été fait par d'autres chercheurs africains [4, 6].

Le faible niveau socio économique a fait que la plupart des patients soient admis tard, après le début de l'extériorisation de l'hémorragie et aient choisi, pour le séjour hospitalier, la salle commune dont le coût journalier est de 5.000 F CFA (7,62 €). Les examens endoscopiques ont été réalisés pour la plupart tardivement.

L'absence de politique d'exemption pour certaines couches sociales, la généralisation du paiement direct des actes médicaux ont entraîné une exclusion aux soins de santé pour les plus démunis [8, 9].

Tous les médicaments et les accessoires de soins sont importés, car il n'existe pas de firmes pharmaceutiques au Congo. La liste des médicaments essentiels, mise en place en 1982 et révisée en 1995, est peu diffusée et utilisée. Les officines pharmaceutiques privées acceptent de commercialiser les médicaments génériques, mais distribuent plus les spécialités à coût souvent non accessible pour la majorité de la population [8].

Les IPP par voie parentérale ont été peu utilisés à cause de leur prix élevés et leur rareté dans les officines; un flacon d'Oméprazole injectable 40 mg (générique) coûte 19.065 FCFA (29,06 €).

Tableau II: Répartition des patients selon les dépenses par acte

Actes médicaux	Effectif	Coût minimum en F CFA (Euro)	Coût maximum en F CFA (Euro)	Coût moyen en F CFA (Euro)
Biologie	55	3.000 (4,57)	116.500 (177,7)	25.494,55 (38,86)
Morphologie	56	7.000 (10,67)	66.000 (100,61)	30.643 (46,71)
Transfusion	23	6.000 (9,14)	36.000 (54,87)	19.700 (30,03)
Solutés	66	5.830 (8,88)	253.525 (386,49)	37.797 (57,62)
Anti-sécrétoires (IPP et Anti-H2)	24	5.590 (8,52)	155.815 (237,53)	32.428 (49,43)
Autres traitements	72	1.800 (2,74)	162.655 (247,96)	27.753 (42,31)

Tableaux III : Répartition des patients selon les dépenses générées par l'hospitalisation

Diagnostic	Coût moyen des examens paracliniques en F CFA (Euro)	Coût moyen du traitement en F CFA (Euro)	Coût moyen du séjour en F CFA (Euro)	Coût moyen d'hospitalisation en F CFA (Euro)
Rupture des VO	86.505,55 (131,87)	102.458,3 (156,197)	75.000 (114,33)	263.963,85 (402,41)
Ulcère bulbe	44.805,35 (68,3)	105.900,06 (161,44)	40.000 (60,97)	190.705,41 (290,72)
Gastrite	52.250,49 (79,65)	160.628,13 (244,87)	45.000 (68,6)	257.878,13 (393,13)
Cancer gastrique	77.475 (118,11)	106.999,5 (165,12)	65.000 (99,09)	249.474,5 (380,32)
Oesophagite caustique	20.000 (30,48)	229.480 (349,84)	45.000 (68,6)	294.480 (448,93)
Oeso-gastrite ulcérée	40.000 (60,97)	48.845 (74,46)	145.000 (221,05)	233.845 (356,49)
Malory Weiss	43.250 (65,93)	93.345 (140,77)	25.000 (38,11)	161.595 (246,35)
Diverticulose colique	116.250 (177,22)	393.750 (600,26)	20.000 (30,48)	530.000 (807,98)
Ulcération du canal anal	48.500 (73,93)	29.750 (45,35)	25.000 (38,11)	103.250 (157,4)
Ectasie vasculaire antrale	25.000 (38,11)	91.265 (139,13)	75.000 (114,33)	191.265 (291,58)
Ulcérations coliques	77.475 (118,11)	47.423,1 (72,29)	57.500 (87,65)	182.398,1 (278,06)
Indéterminé	38.908,32 (59,31)	87.559,95 (133,48)	33.000 (50,30)	159.468,27 (243,1)

Notre étude a permis d'évaluer le coût financier de la prise en charge de l'hémorragie digestive en milieu hospitalier. Ainsi, une estimation des dépenses à effectuer peut être faite au malade dès son admission ou en cours d'hospitalisation.

Le coût moyen des examens para cliniques représente 22,35 % du coût global moyen de l'hospitalisation.

Les dépenses générées par les examens para cliniques ont été influencées par certains paramètres comme : la demande excessive et inadéquate des examens et la co-morbidité ont influencé positivement la balance du coût financier. Aussi, le tri réalisé par les patients en fonction de leur moyen financier; un tel tri a une balance négative sur le coût global.

En appliquant l'hypothèse maximale des examens paracliniques indiqués dans la prise en charge de l'hémorragie digestive, le coût moyen des examens biologiques serait de 28.000 F CFA (42,68 €) pour la réalisation de l'hémogramme, le GsRh, les agglutines irrégulières, l'ionogramme, l'urée, la créatinémie, l'hémostase (temps de Quick, TCA); et 50.000 F CFA (76,22 €) pour la réalisation des examens endoscopiques hautes et basses. Le coût global des examens para cliniques serait de 78.000 F CFA (118,91 €) qui est 2,5 fois plus le coût maximal des examens para cliniques de notre étude (56.137,55 F CFA soit 85,58 €) et aussi au dessus du salaire de base d'un cadre moyen de la fonction publique de classe 1 au 1er échelon qui a 60.000 F CFA (91,46 €) le mois.

Le coût généré par le traitement dans son ensemble a été 124.860,22 F CFA (190,23 €), alors que le traitement de l'hémorragie seul a généré en moyenne 76.802,43 F CFA (117,08 €). En effet la co-morbidité et le manque d'un consensus dans la prescription des médicaments au cours d'une hémorragie digestive ont augmenté les dépenses générées par le traitement.

Les hémorragies digestives requièrent une collaboration et une organisation de la filière des soins entre médecins de l'urgence, gastroentérologues, radiologues, réanimateurs, anesthésistes et chirurgiens. [10, 11]

La désorganisation de la filière de prise en charge de l'hémorragie digestive au CHUB a majoré les dépenses du traitement. Les anti-H2 par voie parentérale ont été administrés d'emblée chez 20 de nos patients (27,77 %): soit par la rareté des IPP injectables dans les officines ou par leur coût élevé; soit par défaut d'utilisation des médicaments vaso-actifs et l'impossibilité de l'endoscopie thérapeutique.

Si les anti-H2 sont indiqués dans le traitement de la maladie ulcéreuse et la prévention de ses complications [6, 12], ils ne sont plus indiqués dans la prise en charge des hémorragies digestives ulcéreuses [13].

Il semble que l'évolution naturelle favorable des hémorragies digestives, les règles hygiéno-diététiques, notamment la mise au repos du tube digestif, soient à l'origine de l'arrêt du saignement digestif dans notre étude [12].

Dans ce cas, les dépenses générés par la prescription des anti-H2 et bien d'autres médicaments seraient des dépenses excessives.

Le retard de la réalisation de l'endoscopie, la co-morbidité, le manque des IPP injectables et des drogues vaso-actives, l'absence du traitement endoscopique ont justifié la longue durée du séjour hospitalier, en moyenne 9 j, soit un coût moyen de 45.000 F CFA (68,6 €).

En pratique actuelle bien codifiée, la durée du séjour de la prise en charge hospitalière des hémorragies digestives est au plus 6 j en dehors des complications liées au terrain. [14].

Le coût global moyen de la prise en charge des hémorragies digestives a été de 234.860 F CFA soit 358.04 €. Ce coût moyen global est proche de celui rapporté pour la prise en charge hospitalière des hémorragies digestives au cours de la cirrhose [6]. Le coût global de la prise en charge hospitalière de l'hémorragie digestive n'a pas seulement été fonction de l'étiologie mais aussi de la qualité

des soins eux même dépendant du plateau technique et des molécules disponibles.

CONCLUSION

Le coût généré par la prise en charge des hémorragies digestives est largement supérieur au revenu du Congolais de classe sociale moyenne, voire des cardes supérieurs. Ainsi, la prise en charge des hémorragies digestives comme des autres urgences médicales ne devrait pas relever de la conscience du malade; c'est un problème d'éthique et de déontologie médicale et politique. L'idéal est de prévoir une bonne politique socio-sanitaire de prise en charge des urgences en général et des hémorragies digestives en particulier, en réhabilitant les services de sécurité sociale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Deby Gassaye, Atipo Ibara B.L., Ndolo-Mpika, Ibara J.R., Okouo M., Ossendza R.A., Ngoma-Mambouana Ph., Itoua Ngaporo A. Les hémorragies digestives et les médicaments anti-inflammatoires au CHU de Brazzaville. Bull. SOC. Pathol. Exot. 2004; 97: 324-325.
2. Cales, Quinton A., Lapouliatte H. et al. Facteurs prédictifs de la première hémorragie digestive et de la mortalité chez les malades cirrhotiques avec varices oesophagiennes. Gastroenterol Clin Biol 1989; 13: 54-59.
3. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.R. et al.. Risk assessment after acute upper gastro-intestinal hamorrhage. Gut 1996; 38 : 316-321.
4. Kodjoh N., Houtondji A., Addra B. Hémorragies digestives hautes et pathologies œsogastroduodénales dans un service de médecine interne en milieu tropical. Med. Afr. Noire 1992; 39 : 25-30.
5. LESUR G. Prise en charge d'une hémorragie digestive basse sévère. Hépato. Gastro 2006; 42: 1155 - 1158.
6. Atipo Ibara B. I., Ondele - Ngoli A., Deby - Gassaye et al. Le coût de la prise en charge hospitalière de la cirrhose et de ses complications au CHU de Brazzaville. Med.Tropicale 2004; 64: 50 – 52.
7. Rolland N., Grandbastien B., Merle V., Gower - Rousseau, Yzet T., Marti R., Lerebours E., Dupas J.L., Czernichow P., Salomez J.L., Lebrun T., Cortot A. Coût de la première prise en charge des maladies inflammatoires chronique de l'intestin (MICI). Gastroenterol Clin Biol 1999; 23 : 483-488.
8. Ibara J.R., Ikourou A., Itoua-Ngaporo A. Les ulcères gastriques et duodénaux à Brazzaville. A propos de728 cas. Med. Afr. Noire 1993; 40 : 459-465.
9. ATTIA K. A. Prise en charge des hémorragies digestives hautes. Urgences 2001; 3: 12-24.
10. Abdou R., Mitoul I., Obame Ngwa C., et al. Hémorragies digestives hautes: aspects épidémiologiques et intérêt d'endoscopie en urgence. Med. Afrique noire 2002; 49: 395 – 398.
11. Benner Ch., Rey J.L. Activités et coûts des soins dans un hôpital confessionnel au nord de la Côte-d'Ivoire (hôpital Baptiste de Ferkessedougou). Med. Afrique Noire 1998; 45: 467-471.
12. PATERON D. Hémorragies digestives aiguës. Rev. Prat. 2001; 51: 1675-1681.
13. Amouretti M., Czernichow P., Kerjean A., Hochain P.Nousbaum J. B., Rudelli A., Zzrbib F., Dupas J-L., Gouerou H., Herman H., Colin R. Prise en charge des hémorragies digestives hautes communautaires: Trajectoires des malades dans 4 départements français. Gastroenterol. Clin. Biol. 2000; 24: 103 – 1011.
14. Ek F., Oke-Osanyitolu F., Hobeiche M., Martinez Almoyna M., Cenac A. L'expérience du SAMU de Lagos (Nigeria): Rapport coût efficacité...Politique? Med Trop 2002; 62 : 268-274.