

# ASPECTS ÉCONOMIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DU SIDA

## Exemple des centres antituberculeux d'Abidjan

Bi Tah Nguessan

### Introduction

On entend ici par aspects économiques, les coûts économiques liés à l'infection à VIH. Ces coûts économiques comprennent deux éléments : d'une part, les coûts directs et, d'autre part, les coûts indirects qui sont « *le résultat (économique) virtuel non obtenu en raison des ressources humaines accaparées par la maladie* »<sup>1</sup>. Les coûts indirects portent principalement sur les pertes de production des personnes décédées ou atteintes par l'infection à VIH et sur la charge psychologique engendrée par la maladie.

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés aux coûts directs qui représentent « *les ressources directement consommées par la prise en charge de la santé (médicament, radiographie, sérologie etc...)* »<sup>2</sup> dans les CAT d'Adjamé et de Treichville. Il apparaît ici qu'il s'agit essentiellement des coûts financiers, relativement faciles à mesurer comparativement aux coûts indirects. L'analyse des coûts directs, jusque-là négligée, se fait de plus en plus sentir dans les pays en voie de développement et particulièrement en Côte-d'Ivoire, compte tenu des ressources financières de plus en plus limitées. L'importance d'une telle analyse se situe aussi bien au niveau de la collectivité toute entière qu'au niveau plus restreint des familles. En effet, la connaissance des coûts économiques du sida permet non seulement de mesurer les conséquences économiques de l'infection à VIH sur les budgets des familles ou de l'Etat mais également de mettre à la disposition des décideurs des informations précises leur permettant une allocation plus efficiente des ressources financières entre secteurs économiques et en particulier à l'intérieur du secteur santé. C'est justement dans ce cadre que s'inscrit notre démarche : évaluer les coûts en milieu hospitalier (CAT d'Abidjan).

A l'instar des autres secteurs de la santé publique, les CAT connaissent une réduction de leur budget au fil des années. Ainsi de 27 621 350 FCFA, le budget général des CAT est passé à 24 150 000 FCFA en 1990 puis à 18 000 000 FCFA en 1991, soit une baisse moyenne annuelle de 17 %.

Dans ce contexte de « *compression budgétaire* » liée à la crise économique, le nombre de tuberculeux pris en charge dans ces centres antituberculeux ne cesse de s'accroître, passant de 3 004 en 1989 à 3 304 en 1990 et 3 600 cas en 1991, soit un taux de croissance annuel moyen de 6,21 %. La part des tuberculeux séropositifs dans la population totale de tuberculeux a également connu une hausse d'une année sur l'autre : de 32 % en 1989 les tuberculeux séropositifs représentent 47,5 % de la population totale de tuberculeux traités dans les CAT en 1991. Une telle évolution montre aujourd'hui qu'environ un tuberculeux sur deux est séropositif. Cette situation pourrait compromettre à terme le fonctionnement des CAT et mettre en péril la lutte antituberculeuse menée par l'Etat et le comité antituberculeux, à cause des coûts économiques induits par l'infection à VIH supportés par les CAT.

Le but de cet exposé est de faire ressortir le poids économique du sida dans les centres antituberculeux (CAT) d'Abidjan, c'est-à-dire les dépenses liées à la prise en charge des séropositifs.

Dans cette perspective, notre étude décrira de façon brève les différents concepts économiques de coûts directs ainsi que les méthodes de leur évaluation. Ainsi, à partir d'une prise en charge-type seront élaborés des indicateurs de coûts moyens par patient et de surcroûts de dépenses qui nous seraient utiles pour présenter les résultats obtenus et leur portée dans le cas des CAT d'Abidjan en 1990.

1. Cf. Coulibaly S.O., *Tentative de calcul du coût du sida en Afrique*, Mémoire de DESS et Gestion du système de santé. Université de Paris I Panthéon-Sorbonne.

2. SISK J.E. (1989), « Les coûts du sida et de l'infection à VIH : les problèmes méthodologiques de l'évaluation », *Sciences sociales et Santé*, III(1).

### Concepts et méthodes d'évaluation des coûts directs

Les concepts de coûts directs diffèrent d'un auteur à un autre. Toutefois, on distingue globalement deux conceptions de coûts. Pour certains (Rice, Scitovsky), il y a d'un côté les « coûts directs individualisés » et, de l'autre, les « coûts directs collectifs ». Pour d'autres (Griffiths...), la distinction est faite entre les « coûts directs visibles » et les « coûts directs invisibles ».

#### Les concepts de coûts directs

##### *Les coûts directs visibles et les coûts directs invisibles*

*Les coûts directs visibles.* Selon Griffiths, les coûts directs visibles sont évalués à partir des comptes des formations sanitaires et sociales prenant en charge des malades séropositifs. Ils reposent sur les coûts des soins (examens diagnostics, traitement...), de l'hébergement, des services sociaux apportant leur soutien psychologique au malade. Ce type de coût peut également être saisi non seulement auprès des formations sanitaires mais aussi par une enquête auprès des malades pour évaluer leurs dépenses directement liées à la maladie (consultations, hospitalisation, traitement, déplacement etc.).

*Les coûts directs invisibles.* Cette catégorie de coût est difficile à mesurer puisque reposant sur l'évaluation marchande de services offerts à titre gracieux au malade par son entourage. Une telle mesure reviendrait à donner une valeur monétaire à la prise en charge « gratuite » des malades. Bien que permettant d'avoir une approche plus complète des coûts supportés par les familles des malades et leur entourage ainsi que par les structures sanitaires, l'estimation des coûts directs invisibles est difficile à mettre en œuvre. En effet, quel équivalent marchand faut-il accorder aux services « bénévoles » de prise en charge des malades ? Cette situation nous a conduit à préférer la typologie des coûts directs proposée par Jane Sisk.

##### *Les coûts directs « individualisés » et les coûts collectifs*

*Les coûts directs individualisés.* Ce sont des coûts qui « regroupent l'ensemble des dépenses ambulatoires et hospitalières, induites par le traitement médical des malades et, le cas échéant, les frais engagés pour adapter le lieu de séjour des patients particulièrement handicapés par la maladie »<sup>3</sup>. Ces coûts tels que définis peuvent faire l'objet d'une évaluation à partir des comptes des formations sanitaires et ou par enquête comme c'est le cas des coûts directs visibles.

*Les coûts directs collectifs.* Ces coûts représentent selon J. Sisk, « l'ensemble des dépenses consacrées à la maladie en général ou ciblant des groupes déterminés de population, indépendamment de la prise en charge individualisée des malades : recherche, éducation et information sanitaire, sérologie VIH des dons de sang et remplacement des lots de sang reconnus comme infectés ». La mesure de ces coûts peut se faire par l'analyse des comptes annuels de la nation (budget alloué au programme de lutte contre le sida).

À partir de ces deux types de coûts directs, on peut faire ressortir l'ensemble des charges financières induites directement par l'infection à VIH soit au niveau des ménages, soit au niveau des structures sanitaires, de l'État ou des organismes internationaux.

#### Méthodes d'évaluation des coûts directs

À partir de l'examen des dossiers médicaux des malades des deux CAT d'Abidjan, nous avons dégagé les variables explicatives des coûts directs individualisés et des coûts directs collectifs.

##### *Les variables explicatives des coûts directs*

*Les variables explicatives des coûts directs individualisés.* On s'intéresse ici dans cette approche à la composition de ces coûts c'est-à-dire la prise en compte des éléments essentiels permettant de mesurer effectivement ce type de coût. De façon générale, quatre catégories de postes de dépenses permettent d'évaluer les coûts directs individualisés :

3. SISK (1989), *op. cit.*

- les dépenses de personnels (tout versement effectué en faveur du personnel médical dans le cadre des activités liées au sida);
- les dépenses de transport;
- les dépenses de traitement (consultations, médicaments);
- les autres dépenses (toutes sommes dépensées pour les funérailles, dépenses liées à l'adaptation du milieu familial pour que le malade y reçoive des soins...).

Dans le cadre de cette étude, l'estimation des coûts directs individualisés se limitera aux coûts de traitement supportés par les CAT. Ces coûts de traitement comprennent :

- les dépenses en médicaments;
- les radiographies du thorax;
- des examens bactériologiques de crachat.

*Les variables explicatives des coûts directs collectifs.* De façon générale, il s'agit de dépenses portant sur la recherche (biomédicale, sciences sociales), l'éducation sanitaire et sur le contrôle des transfusions (sérologie, remplacement des dons infectés). Pour l'estimation des coûts directs collectifs, on tiendra compte uniquement des dépenses de sérologie.

### **Les indicateurs de coûts**

A partir de l'estimation des deux types de coûts directs, on pourra construire des indicateurs de coûts par patient et un indicateur de surcroît de dépenses liées à la prise en charge des séropositifs (traitement et sérologie).

*Le coût direct moyen par patient (CDMP).* Ces coûts prennent en compte la durée de traitement, la posologie des médicaments, le nombre de radiographies du thorax, les examens bactériologiques de crachats, la sérologie, et bien sûr les prix de ces différents actes. Le CDMP sera calculé aussi bien pour les séropositifs que pour les séronégatifs.

Pour les séropositifs l'indicateur de coût direct moyen par patient sera noté  $CDMPS^p$  (coût direct moyen d'un patient séropositif). Au niveau des séronégatifs le CDMP sera noté  $CDMPS^n$  (coût direct moyen par patient séronégatif).

*Les surcroûts de dépenses liés à la séropositivité (SDLS).* Ces surcroûts de dépenses représentent la différence entre les coûts directs moyens de la prise en charge d'un patient séropositif et les coûts directs moyens de la prise en charge d'un patient séronégatif soit :  $SDLS = CDMPS^p - CDMPS^n$ .

Cet indicateur, bien que frustré, permet d'avoir une idée sur les dépenses supplémentaires moyennes occasionnées par la prise en charge des séropositifs.

### **Estimation des coûts dans les CAT d'Abidjan**

Cette étude qui portait sur l'ensemble des malades pris en charge (en termes de traitement et de sérologie) en 1990 dans les CAT d'Adjamé et de Treichville a consisté réellement en l'examen de 2 709 dossiers de tuberculeux (séropositifs et séronégatifs confondus) au lieu de 3 304<sup>4</sup>. Cette situation se comprend aisément d'autant plus que l'examen des dossiers des malades s'est effectué en septembre 1992. En effet, du 1<sup>er</sup> janvier 1990 à la fin septembre 1992, il y a eu des transferts de dossiers de certains malades dans d'autres formations sanitaires de Côte-d'Ivoire ou dans celles d'autres pays<sup>5</sup>.

### **Les résultats**

Pour donner une estimation des coûts directs, il est nécessaire d'avoir une idée précise de la répartition des malades selon leur sérologie, les abandons, les rechutes et la durée du traitement.

4. Chiffre du rapport officiel des CAT en 1990.

5. Transfert de dossiers vers d'autres CAT ou vers les bases de santé rurale intégrées à la lutte antituberculeuse. En outre certains malades hospitalisés disparaissent avec leur dossier.

**Répartition des patients selon la sérologie**

Cette répartition fait apparaître qu'environ 40 % des tuberculeux sont séropositifs contre 60 % de séronégatifs. Par ailleurs, on constate que les patients tuberculeux atteints par l'infection à VIH sont les plus nombreux : ce qui confirme l'hypothèse qu'en Côte-d'Ivoire le VIH est le plus répandu parmi les séropositifs. En outre, il apparaît que la population atteinte par l'infection à VIH double (c'est-à-dire VIH1 + 2) est relativement plus importante (8,3 %) que celle touchée par l'infection à VIH2 (3,51 %). De ce point de vue, d'autres études de séroprévalence nous situeront sur l'ampleur des deux derniers types d'infection dans la population ivoirienne.

**Tableau 1. Résumé de cette répartition**

	Sérologie				TOTAL
	VIH1	VIH2	VIHD	VIHN	
Effectifs	795	95	225	1 594	2 709
Pourcentage	29,35	3,51	8,30	58,84	100

**Abandons et durée de traitements cumulés****Tableau 2. Abandons et durée de traitement du 1er janvier 1990 à septembre 1992**

	Sérologie				TOTAL
	VIH1	VIH2	VIHD	VIHN	
Nombre d'abandons	291	30	87	317	738
Cumul des abandons *	1 041	141	345	1 392	2 919

\* (Durée en mois)

Au vu des tableaux 1 et 2, on constate que le taux des abandons en tenant compte de la sérologie et de l'effectif des malades pris en charge se présente comme ci-après :

**Tableau 3. Taux d'abandons**

Sérologie	VIH1	VIH2	VIHD	VIHN
Taux d'abandons (%)	36,60	37,57	38,66	19,88

Au niveau de l'ensemble des malades pris en charge à partir de 1990, on remarque que le taux d'abandon est relativement plus élevé chez les patients présentant le double virus (VIH1 + 2), soit environ 39 %, que chez les séronégatifs où ce taux est d'environ 20 %. Ces abandons de traitement par les différentes catégories de malades s'expliquent par plusieurs raisons dont essentiellement :

- la propension des malades à se rendre auprès des tradipraticiens à partir du moment où ils ne voient pas leur situation sanitaire s'améliorer par la pratique de la médecine « moderne » ;
- les problèmes de déplacement des malades soit par manque d'argent pour leur transport, soit par incapacité physique à se déplacer pour cause d'aggravation de leur état de santé.

S'agissant du cumul des abandons, il faut noter que pour les séropositifs cela représente 1 527 mois, soit 254,5 traitements de six mois (traitement normal) et 169,66 traitements renforcés de neuf mois. Au

niveau des séronégatifs on a 1 392 mois, soit 232 traitements de six mois et 154 traitements renforcés. Ces statistiques des abandons montrent à quel point les tuberculeux font perdre des ressources importantes à l'Etat et à la collectivité toute entière en interrompant leur traitement avant terme (nous y reviendrons). En outre, ces tuberculeux ont mobilisé des ressources humaines pour rien finalement, disons pour augmenter le nombre de décès des tuberculeux séropositifs. Ce cumul est important à connaître puisqu'il nous permettra d'évaluer les « pertes financières » engendrées par l'Etat pour la prise en charge des malades « indécis », inconscients de la gravité de l'acte qu'ils posent en abandonnant leur traitement contre la tuberculose.

### **Les rechutes**

On constate que le taux de rechute est nettement plus faible chez les patients séronégatifs (2,38 %) que chez les séropositifs (4,66 % en moyenne).

Il importe ici de connaître ces taux de rechutes dans la mesure où ils permettent d'accroître les coûts de prise en charge des malades notamment par l'administration de traitements renforcés. En moyenne ces types de traitements durent neuf mois au lieu de six mois pour un traitement « normal ».

**Tableau 4. Rechutes en fonction de la sérologie**

	Sérologie				TOTAL
	VIH1	VIH2	VIHD	VIHN	
Nombre de rechutes	25	4	13	38	80
Effectif total	795	95	225	1 594	2 709
Taux de rechutes (%)	3,14	4,21	5,77	2,38	2,95

### **La durée moyenne de traitement en fonction de la sérologie**

La durée de traitement varie peu d'un malade ou d'un groupe de malades à un autre. Ainsi, de septembre 1990 à septembre 1992 en tenant compte de l'ensemble des malades traités (et enquêtés) y compris tous ceux qui ont abandonné le traitement, la durée moyenne par patient a varié de 5,37 mois à 6,12 mois (tableau 5).

**Tableau 5. Durée moyenne de traitement en fonction de la sérologie (pour l'ensemble des patients y compris ceux ayant abandonné leur traitement avant terme)**

	Sérologie				TOTAL
	VIH1	VIH2	VIHD	VIHN	
Durée cumulée*	4.271	562	1 360	9 758	15 951
Effectif total	795	95	225	1 594	2 709
Durée moyenne par patient*	5,37	5,91	6,04	6,12	5,88

\* En mois.

En réalité, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'une durée moyenne. En effet, la moyenne est certes un « indicateur » intéressant mais particulièrement réducteur : elle ne donne aucune indication sur les fluctuations de la variable, ici la durée de traitement et intègre la question des abandons.

Par souci de comparaison nous avons recensé tous les malades séropositifs et les malades séronégatifs qui ont suivi leur traitement jusqu'à guérison. Il ressort que sur 2 709 malades enquêtés 1 899 ont connu la guérison, soit 70 % de malades en charge par les deux CAT d'Abidjan.

S'agissant de la durée de traitement des patients guéris de leur tuberculose, il ressort que :

- les tuberculeux séronégatifs guérissent en moyenne au bout de six mois de traitement;
- par contre les tuberculeux séropositifs subissent des traitements d'une durée moyenne de sept mois.

Sur la base de ces durées moyennes, nous allons évaluer les coûts de traitement de chaque catégorie de malade.

#### **Les coûts directs moyens de prise en charge**

*Le coût des médicaments.* Il faut souligner que les malades sont traités en régime court de six mois et en régime long ici (sept mois) à partir de quatre types de médicaments : Rifampicine (R), Isoniazide (H), Pyrazinamide (Z) et l'Ethambutol (E) en cas de rechute. Par ailleurs, les rechutes donnent droit aux malades à un traitement en régime long de neuf mois.

En régime court, nous avons un traitement de forme 2RHZ + 4RH. Ce qui signifie deux mois de traitement avec RHZ et quatre mois de traitement au RH.

Le traitement en régime long (sept mois) se présente sous la forme : 2RHZ + 5RH, c'est-à-dire deux mois de traitement au RHZ et cinq mois de traitement au RH. Mais en cas de rechute dans le cas présent on aura 2RHZE + 7RH.

À partir de ces formules et connaissant la posologie standard appliquée à chaque malade, nous avons établi les tableaux ci-après :

**Tableau 6. Coût en médicaments d'un traitement de six mois**

	Posologie en comprimés	Durée de traitement (mois)	Quantité de comprimés	Association de molécules (quantité)	Prix unitaire en FCFA	Coût par patient
R	2 par jour	6	360	360 RH	1 RH vaut	16 920
H	2 par jour	6	360		47 F	
Z	4 par jour	2	240		32	7 680
	TOTAL					24 600

Le coût en médicaments d'un traitement en régime de six mois est de 24 600 FCFA en tenant compte de l'association de molécules RH. Toutefois, nous avons fait le même type de calcul en associant RHZ au lieu de RH. De ce fait, le traitement de six mois devient 240 comprimés de RHZ et 120 comprimés de RH.

Avec un prix unitaire de RHZ égal à 37,50 FCFA et un prix unitaire de RH de 47 F; le coût des médicaments devient 14 640 F. Dans ces conditions, on constate que les associations de molécules reviennent moins cher au CAT. Mais en pratique, ces associations RHZ sont les moins vendues par la pharmacie de santé publique.

En régime de neuf mois nous avons le tableau suivant :

**Tableau 7. Coût en médicaments d'un traitement en régime long**

	Posologie en comprimés	Durée de traitement (mois)	Quantité de comprimés	Association de molécules (quantité)	Prix unitaire en FCFA	Coût par patient
R	2 par jour	9	540	540 RH	1 RH vaut	25 380
H	2 par jour	9	540		47	
Z	4 par jour	2	240		32	7 680
E	3 par jour	2	180		7	1 260
TOTAL						34 320

28 880\*\*

\* Prix : PSP (Pharmacie de la Santé publique)

\*\* En cas de traitement de séropositifs de sept mois.

**Tableau 8. Coût moyen des médicaments selon le régime de traitement**

Régime de traitement	Durée de traitement	Coût par patient (mois)	Coût par patient en tenant compte des associations de molécules (quantité)
Court « normal »	6	24 600	14 640
Long ou « long renforcé »	7	28 680	22 668
	9	34 320	24 360

Une remarque : les associations de molécules RHZ n'étant pas toujours disponibles nous retiendrons qu'un traitement de six mois coûte en médicaments 24 600 F contre 28 680 F pour le traitement long de sept mois et 34 320 F en cas de traitement « long renforcé ».

*Coût de la radiographie du thorax.* Pour calculer ce coût, on a retenu qu'un traitement de six mois nécessite une radiographie tous les deux mois soit 3 radiographies pour un traitement de neuf mois; à partir du 6<sup>e</sup> mois on a une radiographie tous les trois mois. Ainsi on aura, en régime de neuf mois, 4 radiographies. Pour une durée moyenne de sept mois, on suppose qu'il y aura 4 radiographies également.

Toutefois, il faut souligner que le nombre de radiographies n'est pas limitatif puisqu'il faut tenir compte des rechutes qui nécessitent une reprise de tout le traitement et par conséquent de nouvelles radiographies.

L'estimation du coût de la radiographie repose sur le film 35 x 35 qui est le plus utilisé dans les deux CAT d'Abidjan.

**Tableau 9. Coût de la radiographie par patient selon la durée du traitement**

Radiographie	Prix unitaire (FCFA)	Coût d'un traitement de 6 mois (FCFA)	Coût d'un traitement de 9 ou 7 mois (FCFA)
Film 35x35	298,66	896,58	1 195,44
Révélateur	19,015	57,045	76,015
Fixateur	16,732	50,196	66,928
Total		1 003,821	1 338,383

*Coût de consommables en laboratoire.* Des difficultés d'ordre technique ne nous ont pas permis d'estimer ce coût. Toutefois nous retiendrons le coût de la lame à usage unique. Le prix unitaire de cette lame est de 1 dollar (environ 250 FCFA). Ainsi on aura:

Pour 1 traitement de six mois, il faut 3 lames, soit 750 F. Pour le traitement de neuf ou sept mois, on a un coût de 1 000 F.

*Coût de la sérologie.* Au niveau des CAT d'Abidjan le projet RETRO-CI fait gracieusement des tests à tous les patients dépistés pour la tuberculose. En effet le projet RETRO-CI offre trois types de tests, à savoir Pepti lav, Elisa, Western blott.

Il faut souligner que les malades dépistés subissent les tests Elisa 1 et Elisa 2 (2 fois) avant l'annonce de la sérologie.

Le tableau ci-dessous indique le coût de chaque test avec sa confirmation. Le projet RETRO-CI dépense 42 000 F pour prendre en charge les tests de sérologie de chaque malade.

**Tableau 10. Coût des différents tests de sérologie**

	Prix unitaire en \$ (RETROCI)	Prix unitaire en FCFA
Elisa 1 et 2	84,00	21 000
Pepti lav 1 et 2	34,40	8 600
Western blot 1 et 2	54,00	13 500

(1\$ = 250 FCFA)

On note ici que tous ces prix unitaires sont sous-estimés puisqu'ils ne tiennent pas compte des frais de transport, de transit et sont exonérés d'impôts.

*Le coût global du traitement d'un tuberculeux.* Ce coût global du traitement tiendra compte de la sérologie du malade et du fait qu'il s'agit ici de malades non hospitalisés traités en ambulatoire<sup>6</sup>. Ce coût global comprend à la fois les coûts directs individualisés et les coûts directs collectifs (tableau 11).

**Tableau 11. Coût global de prise en charge selon la sérologie (en FCFA)**

Actes	Malade séronégatif	Malade séropositif
Médicaments	24 600	34 320 28 680*
Radiographie	100,821	1 338,428
Consommables (lames)	750	1 000
Tests Elisa et Elisa 2	42 000	42 000
Totaux	68 354	78 658 73 018*

\* Coût pour un traitement d'une durée moyenne de sept mois

6. Les CAT sont des formations sanitaires dépourvues de structures d'hospitalisation.

Il faut noter que l'Etat ivoirien supporte en moyenne environ 25 600 FCFA pour la prise en charge d'un tuberculeux séronégatif contre en moyenne 30 018 FCFA pour un séropositif et 35 658 FCFA en cas de rechute, la sérologie et les lames étant prises en charge respectivement par le projet RETRO-CI et par l'UNICEF. Par conséquent, en y ajoutant les consommables et les tests de sérologie, un traitement standardisé de la tuberculose coûte globalement en moyenne 68 354 FCFA pour un séronégatif contre 73 018 FCFA pour un séropositif. Ces sommes représentent respectivement le CDMPS<sup>n</sup> et le CDMPS<sup>p</sup>.

S'agissant du coût des abandons, il serait intéressant d'en avoir une idée. En effet, pour un traitement de six mois, les abandons de traitement coûtent à l'Etat 7 639 581 FCFA pour les séropositifs et 5 939 200 F pour les séronégatifs.

*Les surcroîts de dépenses liés à l'infection à VIH.*  $SDLS = CDMPS^p - CDMPS^n$ . A partir de la prise en charge des tuberculeux par les CAT, les surcroîts de dépenses liés à l'infection à VIH représentent environ 4 418 F. Connaissant le nombre de séropositifs on peut construire le tableau ci-après résumant les surcroîts de dépenses supportés par les CAT.

**Tableau 12. SDLS supportés par les CAT**

Coût de traitement d'un patient tuberculeux		SDLS (FCFA)	Effectif de séropositifs	SDLS total
Séropositif 30 018	Séronégatif 25 600	4 418	1 115	4 926 070

Au vu des difficultés méthodologiques que nous avons rencontrées pour ramener les consommables à des coûts unitaires, il est évident que l'estimation des coûts directs doit être révisée à la hausse : dès lors, quelle importance faut-il accorder à tous ces chiffres ?

**Interprétation**

Les résultats obtenus nous indiquent l'ampleur des charges supportées par l'Etat et la communauté internationale pour le traitement des tuberculeux (séropositifs ou séronégatifs). Ces charges sont encore plus élevées à cause des abandons de traitement qui coûtent environ 13 millions de FCFA à l'Etat et à la communauté pour n'obtenir aucune guérison.

S'il est vrai que l'Etat prend en charge tous les tuberculeux dépistés dans les CAT d'Abidjan, il n'en demeure pas moins vrai que ceux-ci payent des timbres antituberculeux. En effet, chaque malade paye 5 000 F en timbres au début du traitement. Cette somme lui donne droit à des consultations (dont nous n'avons pas ici évalué les coûts), à des examens de crachat et aux médicaments jusqu'à la guérison.

Mais cette réduction des charges de l'Etat par l'achat de timbres antituberculeux doit être nuancée pour deux raisons :

- la fabrication des timbres à un coût<sup>7</sup> qu'il conviendrait de déduire des 5 000 F;
- le coût du traitement supporté par l'Etat ne tient compte que d'une durée moyenne de traitement de sept mois alors que certains malades ont subi des traitements de plus de sept mois et ont abandonné.

Ce qui fait des dépenses supplémentaires en médicaments, en radiographie et au niveau du laboratoire.

Par ailleurs, il faut souligner que depuis deux ans le projet RETRO-CI, par la prise en charge de la sérologie des malades, réduit considérablement les coûts moyens directs occasionnés par le dépistage du sida. Les dons de l'UNICEF d'une valeur de 10 000 \$ aident considérablement les CAT à faire face à l'achat des

7. Nous n'avons pas pu obtenir le coût de revient des timbres au CAT.

consommables (lames, fuscine phéniquée, bleu de méthylène...) pour le laboratoire. C'est justement à ce niveau que les problèmes d'estimation sont les plus complexes : difficulté de ramener toutes les dépenses à l'unité, les consommations de fuscine et/ou de bleu de méthylène imputables à chaque malade sont variables et ne sont pas toujours connues avec précision.

Des projections du SDLS sur une courte période de deux ans nous donneraient une idée de l'ampleur de ressources budgétaires à prévoir compte tenu de l'augmentation du nombre de séropositifs tuberculeux. Mais il faut reconnaître que ce genre d'exercice est périlleux avec l'évolution rapide des modes de prise en charge de l'infection à VIH.

L'on peut ainsi se demander si avec des budgets qui rétrécissent chaque année, les CAT pourront faire face au traitement des tuberculeux et en particulier aux charges financières induites par la prise en charge des séropositifs dont le nombre ne cesse de croître et qui, par conséquent, accaparent une part croissante du budget.

La solution était de faire payer les malades. Or cela est difficile à partir du moment où ceux-ci acquittent déjà avec beaucoup de peine les 5 000 F de leur prise en charge (traitement jusqu'à guérison). Comment peuvent-ils payer environ 30 000 F ? C'est pourquoi nous attirons l'attention des décideurs sur le fait que si la répartition des ressources financières du secteur santé n'est pas faite sur des bases objectives tenant compte des coûts supportés par les CAT, ceux-ci risquent d'être bloqués à terme et la lutte contre la tuberculose sera une vaine bataille.

### Conclusion

Cette étude montre que les tuberculeux séropositifs coûtent plus chers que les tuberculeux séronégatifs en termes de prise en charge (traitement et sérologie). En outre, l'augmentation du nombre de tuberculeux séropositifs avec son corollaire l'augmentation des SDLS oblige chacun, et surtout les décideurs, à prendre conscience de la menace que représente le sida pour le fonctionnement des CAT et, partant, tout le système sanitaire.

Les interprétations que l'on peut faire de la mesure de l'impact des coûts directs restent limitées puisque l'impact économique ne se limite pas uniquement à une question de coûts (sous-estimés), mais elles restent indispensables pour justifier les négociations budgétaires et financières, pour une redistribution optimale des ressources et pour une prise en charge plus efficace de malades séropositifs.

### Commentaires des rapporteurs

#### D<sup>r</sup> Malick Coulibaly

*Je voudrais faire quelques petites observations d'ordre tout à fait général pour apprécier l'intérêt que ce travail revêt pour nous. Nous avons contribué à sa réalisation, comme l'a dit l'auteur, car nous savions - en analysant simplement notre activité quotidienne - que le sida créait, en ce qui concerne les aspects financiers, une charge supplémentaire. Mais comme il l'a dit dans sa conclusion, pour pouvoir solliciter l'augmentation de nos ressources, pour réajuster nos moyens à la nouvelle situation, il était important pour nous d'avoir une idée, même si elle n'était pas très précise dans un premier temps, du niveau de l'augmentation des charges en ce qui concerne les aspects financiers. Donc c'était la raison essentielle pour laquelle nous avons contribué à réaliser ce travail.*

*Il importe de donner quelques précisions. Premièrement, en ce qui concerne la sérologie, elle était de 41 % dans l'étude. Malheureusement, elle a augmenté et nous sommes maintenant pratiquement à 50 %. En ce qui concerne les abandons, il a trouvé qu'ils étaient nombreux et qu'ils augmentaient les charges : la raison de leur*

importance est que beaucoup de malades décèdent du sida. Les familles, malgré tous les efforts que nous faisons pour avoir les raisons de la disparition du malade, ne nous informent pas parce que justement les malades, à un moment donné, quittent tout le système de maîtrise officiel pour aller chez un guérisseur ou dans leur village d'origine et les choses se terminent mal sans qu'on ait l'information. À défaut d'informations, nous sommes obligés, dans nos fiches, de les garder comme des gens qui ont abandonné le traitement.

Le traitement renforcé dont il a parlé à un moment n'est pas tout à fait standard parce que vous savez que, dans la littérature actuellement, il est recommandé pour les malades tuberculeux séropositifs de leur donner un traitement particulier. Notamment de leur donner un médicament supplémentaire et d'allonger la durée de leur traitement. On a essayé cela avec des malades et il en a retrouvé, parmi eux, dans son étude. Les consommables ont été très difficiles à maîtriser car, pour nous, cette expérience était la toute première : essayer, à partir des éléments dont on disposait, de chiffrer un peu tout cela. C'était vraiment une gymnastique qui n'était pas facile : je voudrais que l'auteur en soit remercié. Comme vous vous en êtes rendu compte, présenter le travail n'était pas facile : encore moins le faire.

Pour éclairer un peu l'assistance - car ma voisine a été inquiète quand M. Nguessan a parlé de « timbre antituberculeux » - je voudrais faire une allusion au mécanisme de financement de la lutte contre la tuberculose en Côte-d'Ivoire. Ce financement comporte une particularité, à savoir qu'il est assuré presque entièrement par l'Etat ivoirien, en très grande partie sur le budget national et en partie également par le Comité national de lutte contre la tuberculose. Un comité de ce type existe presque dans tous les pays et il a des activités qui consistent à demander aux malades une participation à leur prise en charge. Pour la tenue du traitement, elle est de 5 000 F. À la lumière de l'exposé - qui sous-estime la situation - on se rend compte que 5 000 F par rapport à ce que coûte le malade, ce n'est pas important, dans la mesure où toutes les facilités lui sont faites pour les payer. Il dispose de six mois pour le faire à son rythme. Et quand il ne le fait pas du tout, il est classé comme incapable de payer et il est soigné malgré tout.

### **P<sup>r</sup> Dédy Séry**

Je vais dans le sens de l'intervention du D<sup>r</sup> Coulibaly, à savoir que l'étude de M. Nguessan est une contribution qui peut permettre aux décideurs de mieux percevoir les répercussions socio-économiques du sida dans la société et donc d'être plus attentifs, plus vigilants et de prendre des mesures pour mieux sensibiliser la population. C'est un effort de sensibilisation des décideurs eux-mêmes, parce qu'il n'est pas certain qu'ils savent que le sida est une véritable menace à la fois démographique, économique, sociale et même culturelle. On vient d'apprendre ici que le sida annihile pratiquement toutes les mesures de lutte contre un fléau qui était et qui est la tuberculose.

Une petite question, peut-être indirectement au D<sup>r</sup> Coulibaly, si M. Nguessan n'a pas d'éléments de réponse : quel est le profil social des malades des CAT, dans ses grandes tendances ?

### **D<sup>r</sup> Malick Coulibaly**

Le profil social du malade tuberculeux n'est pas très reluisant dans la mesure où, comme le montrent les études réalisées sur cette question, ce sont les gens - dans nos pays qui ne sont déjà pas nantis - dont les conditions économiques sont les plus précaires. C'est pour cela que la volonté de l'Etat pour assurer le traitement est grande car si on dit au malade de se soigner lui-même, il en sera financièrement incapable.

**Bernard Laborderie**

*En tant que coopérateur chargé d'essayer d'aider les autorités sanitaires de ce pays à faire face, notamment sur le plan budgétaire et économique, à cette pandémie, je voudrais savoir quelles sont vos intentions par rapport à la présentation de ces résultats et leur exploitation, avec les budgétaires du pays et les bailleurs de fonds. Car c'est un élément important de la prise en charge.*

**Réponse de Nguessan Bi Tah**

*Comme le disait le D<sup>r</sup> Coulibaly, ces différents coûts vont permettre de discuter sur une base précise, même si elle est sous-estimée. Le D<sup>r</sup> Coulibaly peut alors demander une réallocation des ressources au niveau du budget de l'Etat. Les bailleurs de fonds peuvent aussi être intéressés et voir combien coûte un malade : c'est dans cette optique que j'ai essayé d'évaluer ces coûts.*

**D<sup>r</sup> Malick Coulibaly**

*Je voudrais compléter sa réponse en disant que jusqu'à maintenant la lutte contre la tuberculose en Côte-d'Ivoire était financée par l'Etat ivoirien. Mais je crains qu'à cause de la situation créée par le sida et celle que connaît l'Etat ivoirien, celui-ci ne soit plus à même de faire face, tout le temps et tout seul, à cette situation. Je pense que l'on sera obligé de faire ce travail de négociation au niveau budgétaire - dont M. Nguessan a parlé - mais, a priori, on aura besoin de solliciter des bailleurs de fonds pour faire face.*