

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* »¹. 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...)* »² 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

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 »³. 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

À 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 $CDMPSP$ (coût direct moyen d'un patient séropositif). Au niveau des séronégatifs le CDMP sera noté $CDMPS^n$ (coût direct moyen par patient séronégatif).

Les surcroîts de dépenses liés à la séropositivité (SDLS). Ces surcroîts 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 : $SDLS = CDMPSP - CDMPS^n$.

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

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 VIH1 sont les plus nombreux : ce qui confirme l'hypothèse qu'en Côte-d'Ivoire le VIH1 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

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 « indécidables », 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

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^e 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

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 CDMPSⁿ et le CDMPS^p.

S'agissant du coût des abandons, il serait intéressant d'en avoir une idée. En effet, pour un traitement

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^r 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 qui concernent les aspects financiers. Dans c'était la raison essentielle pour laquelle nous avons contribué

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

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.