

Recommandations internationales et prise en charge de la rhumatologie à Madagascar

International clinical practice guidelines and management of rheumatology in Madagascar

S. Ralandison · E. Rafalimanana · H. Rakotonirainy · R. Rabenja

Reçu le 14 février 2011 ; accepté le 15 novembre 2011
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2012

Résumé Les recommandations de prise en charge réalisées dans les pays occidentaux ne sont pas toujours adaptées aux pays émergents. Nous proposons des réflexions sur le cas de la rhumatologie à Madagascar, tout en respectant les données scientifiques, l'égalité et l'équité des soins. Nous avons estimé les coûts minimaux qui seraient supportés par les patients dans le diagnostic et le traitement des principales affections rencontrées dans notre service si on suivait les recommandations internationales. L'estimation est exprimée en pourcentage du salaire minimum interprofessionnel de croissance mensuel malgache (Smic). Ainsi, nous avons estimé à 147,3 % du Smic le coût de la prise en charge d'une gonarthrose durant le premier mois, 1 762,8 % du Smic pour l'arthrite septique et 175 % pour la polyarthrite rhumatoïde (PR), sans biothérapie. Tout en se basant sur les données scientifiques des recommandations internationales, mais en privilégiant les données des examens cliniques, en limitant les examens paracliniques aux indispensables, et en privilégiant les moyens non médicamenteux et l'éducation des patients, on pourrait prendre en charge une gonarthrose avec 3 % du Smic. Pour l'arthrite septique, on aurait assez d'arguments diagnostiques avec 57,5 % du Smic. Des schémas d'antibiothérapie adaptés aux contextes locaux sont proposés, bien qu'ils méritent une réévaluation après une étude bactériologique en cours. Pour la PR, nous pourrions poser le diagnostic avec une sécurité acceptable moyennant 56 % du Smic. *Pour citer cette revue : Bull. Soc. Pathol. Exot. 105 (2012).*

Mots clés Recommandations · Pays émergents · Rhumatologie · Coût · Hôpital · Antananarivo · Madagascar · Océan Indien

Abstract Developed countries issue recommendations regarding healthcare that aren't constantly appropriate for emergent countries. We suggest some remarks concerning rheumatology in Madagascar, taking account of scientific data, medical ethics, equality and equity. We have studied the minimal cost of care of medical conditions found in our hospital department if we were to follow international recommendations for their management. Then, we have estimated treatment expenses as a percentage of the SMIC (Malagasy minimum monthly salary). Out of 517 patients examined yearly, we have found 62.8% osteoarthritis cases, 6.3% rheumatoid arthritis (RA), and 4.2% septic arthritis. Therefore, the first month of treatment for an arthritis of the knee would absorb 147.3% of the SMIC; diagnosis and treatment of a case of septic arthritis would take up 1762.8% of the minimum wage, and a case of RA without biotherapy would require 175%. According to the American College of Rheumatology criteria which are used as a reference, the treatment of an arthritis of the knee would take only 23% of the SMIC. Caring for septic arthritis would demand 57.5% of the SMIC and while it would yield more arguments for diagnosis such as clinical examination, CRP, and Gram coloration on joint liquid aspiration. We can proceed to RA diagnosis with an acceptable security through precise clinical examination, blood cell count, ESR, CRP, rheumatoid factor and radiography. This means 56% of the SMIC. From this 517 patients, our suggestions would reduce the expense by 35,850% of the SMIC per year. The allocation of such funds onto the treatment of complicated forms of rheumatism would be fair. By refining and evaluating these suggestions, we would come up with appropriate recommendations for emergent countries. *To cite this journal: Bull. Soc. Pathol. Exot. 105 (2012).*

Keywords Recommendations · Emergent countries · Rheumatology · Cost · Hospital · Antananarivo · Madagascar · Indian Ocean

S. Ralandison (✉) · E. Rafalimanana · H. Rakotonirainy · R. Rabenja
Service de rhumatologie, centre hospitalier universitaire JRB,
Antananarivo 101, Madagascar
e-mail : stephane_ralandison@yahoo.fr

Introduction

En absence de repères propres à leurs pays, comment les médecins des pays pauvres où le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) n'excède pas 30 euros par mois doivent-ils interpréter les recommandations de prise en charge « occidentales » ? En prenant l'exemple de la rhumatologie à Madagascar, nous proposons des réflexions en nous basant sur l'évaluation des coûts minimaux qui seraient supportés par les patients si les schémas diagnostiques et thérapeutiques suivaient les recommandations internationales.

Méthode

Une estimation des coûts supportés par les patients a été réalisée par l'addition du coût des examens complémentaires avec celui des médicaments (dans la limite de leur disponibilité à Madagascar, en privilégiant les médicaments génériques) pour une affection donnée si on suivait les recommandations européennes et/ou américaines. Les coûts sont exprimés en pourcentage du Smic malgache (Tableaux 1,2). L'évaluation ne prend pas en compte le coût éventuel d'autres investigations des diagnostics différentiels.

Résultats des coûts supportés par les patients dans la prise en charge de chaque affection

Pour la gonarthrose et la coxarthrose, nous avons estimé le coût à partir des recommandations de l'American College of Rheumatology (ACR) et de l'European League Against Rheumatism (EULAR) : il peut varier de 23 à 5 500 % du

Smic selon que le traitement utilisé est du paracétamol 4 g/j ou qu'on a recours à une prothèse articulaire.

Pour l'arthrite septique, la recherche d'un syndrome inflammatoire biologique (NFS + VS + CRP une seule fois) et l'examen bactériologique du liquide articulaire coûtent au patient 107 % de son Smic. Suivant le germe identifié ou suspecté, le coût de six semaines d'antibiothérapie s'élève au moins à 1 069 % du Smic.

Avec les différentes explorations paracliniques recommandées par la Haute Autorité de santé française, poser le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) revient à 148 % du Smic. Le méthotrexate coûte 25 % du Smic pour une posologie de 15 mg/semaine. Une cure de 1 g × 2 de rituximab s'élève à 40 000 % du Smic.

Discussion

Tout en nous basant sur les données scientifiques et l'aspect économique des soins, nous essayons dans nos propositions de privilégier l'examen clinique dans la démarche diagnostique, de limiter les examens complémentaires à l'indispensable et de donner une place importante à l'éducation des patients.

Suivant les critères de l'ACR, les seules données de l'examen clinique ont respectivement une sensibilité et spécificité de 84 et 89 % pour le diagnostic d'une gonarthrose, et à la limite une radiographie pour la coxarthrose (non indispensable au diagnostic) [2]. Pour une meilleure compréhension de la maladie et pour une adhésion des patients aux projets thérapeutiques, nous prescrivons cependant des radiographies lors de la première consultation, ce qui limiterait les dépenses diagnostiques du patient à 20 % du Smic. Pour le traitement, le patient pourrait ne dépenser que 3 % de son Smic pour le paracétamol, associé éventuellement à un anti-inflammatoire non stéroïdien, antalgiques de premier choix dans toutes les recommandations. Une partie non négligeable du traitement des arthroses est constituée par des moyens non médicamenteux que nous proposons de privilégier aussi bien durant les formations médicales des étudiants en médecine, au cours des formations médicales continues, que dans l'éducation thérapeutique des patients. On pourrait améliorer l'observance thérapeutique par la distribution aux patients de fiches avec des illustrations expliquant la maladie et ses facteurs d'aggravation. À cette fin, ces fiches pourraient être financées par les économies réalisées sur les clichés radiographiques, réduisant le coût de la prise en charge à 3 % du Smic. On pourrait extrapoler cette stratégie dans la prise en charge des lombalgies mécaniques.

La prise en charge des infections ostéoarticulaires est plus problématique, car l'identification du germe est très difficile : bactériologie très peu développée à Madagascar, examens peu accessibles à la population, antibiothérapies à l'aveugle

Tableau 1 Coût des principaux examens complémentaires prescrits en première intention / <i>Costs of main additional examinations prescribed in first intent.</i>	
Désignation	Rapport coût/Smic (%)
NF + VS + CRP	20,2
Examen cyto-bactériologique du liquide articulaire	37,5
Facteur rhumatoïde	11,0
Anticorps antipeptide cyclique citrulliné	87,6
Anticorps antinucléaire	24,7
Radiographie de deux articulations symétriques	10
NF : numération formule sanguine ; VS : vitesse de sédimentation (des hématies) ; CRP : protéine C réactive.	

Tableau 2 Rapport prix/Smic des principaux médicaments prescrits en consultation et en hospitalisation / *Ratio cost/guaranteed minimum income for the main drugs prescribed during consultation and hospital stay.*

Désignation	Posologie usuelle	Rapport coût du traitement journalier/Smic (%)
Paracétamol cp 500 mg	4 g/j	0,08
Paracétamol–dextropropoxyphène cp de 400/30 mg	4 cp/j	1,16
Tramadol cp 100 mg	300 mg/j	5,13
Diclofénac cp 50 mg	150 mg/j	0,03
Prednisone cp 5 mg	15 mg/j	0,06
Bétaméthasone sol. inj. 1 ml	1 flacon	23,50
Ciprofloxacine cp 500 mg	1 g/j	1,86
Ciprofloxacine sol. inj. 400 mg	400 mg/j	14,08
Oxacilline cp 500 mg	3 g/j	15
Oxacilline sol. inj. 1 g	3 g/j	21
Amoxicilline cp 500 mg	3 g/j	7
Ceftriaxone sol. inj. 1 g	2 g/j	15
Méthotrexate cp 2,5 mg	10/sem (1,4 mg/j)	1,7

cp : comprimé ; sol. inj. : solution injectable.

avant même le diagnostic... Comme témoin d'un syndrome inflammatoire biologique pour le diagnostic et le suivi, nous proposons d'avoir au moins un suivi du taux de la CRP, meilleur marqueur par rapport à sa spécificité et sa cinétique dans les infections bactériennes. Comme l'antibiogramme et la culture s'élèvent à 87,5 % du Smic, nous proposons de limiter l'examen bactériologique à l'examen direct avec coloration de Gram en l'absence de facteurs d'immunodépression. Cette proposition est justifiée par les données de la bactériologie des infections ostéoarticulaires de différents pays dominées par les streptocoques et staphylocoques chez l'adulte [4]. Nous réserverions les séries d'hémocultures (50 % du Smic) aux cas de négativité ou d'impossibilité de l'examen du liquide articulaire. Une étude est actuellement en cours pour déterminer la bactériologie des arthrites septiques à Madagascar, au terme de laquelle cette stratégie devrait être réévaluée. Aussi, avec la clinique, la CRP et la coloration au Gram du liquide articulaire, on pourrait rassembler assez d'arguments pour étayer le diagnostic avec 57,5 % du Smic.

Pour le choix des antibiotiques, trois situations peuvent se présenter dans l'arthrite septique à pyogène (de loin la plus fréquente) et pour lesquelles nous avançons les propositions suivantes :

- identification de bactéries Gram+ : commencer une antibiothérapie dont l'une au moins a une action antistaphylococcique. Nous proposons en première intention : pénicilline M + gentamycine par voie intraveineuse, puis un relais per os par pénicilline M + ciprofloxacine ;
- identification de bactéries Gram- : ceftriaxone + gentamycine, relais par ciprofloxacine per os ;

- aucun germe identifié : ceftriaxone + ciprofloxacine intraveineuse, relais per os par pénicilline A + ciprofloxacine.

Ces propositions se basent sur la synthèse des recommandations de prise en charge de sociétés savantes anglaises et françaises, et sur une étude réalisée dans notre service suivant la disponibilité et l'accessibilité des antibiotiques sur le marché malgache [3,6].

Nous gardons le même raisonnement pour la PR. Avec un bon examen clinique (critères de l'ACR/EULAR 2010), des examens complémentaires limités à la NF, la VS, le CRP, le facteur rhumatoïde et des radiographies ciblées (recommandations de l'Anaes/HAS), nous pourrions poser le diagnostic de PR avec une sécurité acceptable, moyennant 56 % du Smic [1,5]. Pour le traitement, nous ne pouvons pas encore ambitionner d'avoir les mêmes objectifs thérapeutiques que ceux des pays européens : si l'instauration rapide d'un traitement de fond est possible, ralentir et/ou contrôler l'évolution de la maladie ne l'est toujours pas avec le méthotrexate, seul traitement de fond disponible et accessible.

Conclusion

Des consensus adaptés aux contextes socio-économiques de chaque pays, avec des études centrées sur le rapport coût/efficacité, doivent encore être menés dans les pays en voie de développement. Une amélioration de la formation médicale initiale et continue, en insistant sur l'intérêt et la place fondamentale de l'examen clinique et le bon usage des examens paracliniques disponibles, en devrait être la base.

Conflit d'intérêt Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al (2010) 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 69(9):1580–8
2. Altman R, Alarcón G, Appelrouth D, et al (1990) The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum* 33(11):1601–10
3. Coakley G, Mathews C, Field M, et al (2006) BSR & BHRP, BOA, RCGP and BSAC guidelines for management of the hot swollen joint in adults. *Rheumatology (Oxford)* 45(8):1039–41. Epub 2006 Jul 6
4. Dubost JJ, Soubrier M, De Champs C, et al (2002) No changes in the distribution of organisms responsible for septic arthritis over a 20-year period. *Ann Rheum Dis* 61(3):267–9
5. Haute Autorité de santé (2007) Polyarthrite rhumatoïde (PR) : diagnostic et prise en charge initiale. Synthèse des recommandations officielles. Septembre 2007. www.has-sante.fr
6. Ralandison S, Randriamboavonjy R, Soaniainamampionona, et al (2009) Difficulté de prise en charge des infections ostéoarticulaires. *Bull Soc Pathol Exot* 102(2):91–3 [<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T102-2-3294-3p.pdf>]