

# Coût de la lombalgie et de la lomboradiculalgie communes en consultation rhumatologique à Lomé

## Cost of common low back pain and lumbar radiculopathy in rheumatologic consultation in Lomé

Fianyoy Eyrant, Oniankitan Owonayo, Tagbor Komi C., Kakpovi Kodjo, Houzou Prénom, Koffi-Tessio Viwalé ES, Mijiyawa Moustafa,

*Service de Rhumatologie-Centre Hôpital Régional Lomé Commune-Lomé, Togo*

### R É S U M É

**Introduction :** Le coût de la lombalgie a fait l'objet de peu d'études en Afrique Noire.

**Objectif:** Evaluer le coût de la lombalgie et de la lomboradiculalgie communes à Lomé.

**Méthodes :** Nous avons mené en six mois une étude prospective sur un échantillon de 103 patients consécutifs. Ont été inclus dans la présente étude des patients admis dans le Service de Rhumatologie du CHU Sylvanus Olympio pour lombalgie ou lomboradiculalgie communes. L'évaluation des coûts directs, indirects et intangibles a été réalisée à partir d'un questionnaire en considérant les dépenses effectuées au cours de l'année.

**Résultats:** Le coût financier global moyen de la lombalgie et de la lomboradiculalgie communes en consultation hospitalière à Lomé était de 107,2\$ US (extrêmes : 5,8 et 726,1 \$ US). Ce coût, quadruple du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti, se répartissait comme suit : coûts directs (56,3 \$ US ; 53% du coût global), coûts indirects (50,3 \$ US; 47% du coût global). Les coûts intangibles étaient caractérisés par : une gêne dans la vie courante (94%), un retentissement sur la vie affective et sexuelle (59%), des conséquences sur le budget de la famille (69%), la remise en question de projets familiaux (58%), l'abandon de loisirs (42%).

**Conclusion :** La lombalgie et la lomboradiculalgie communes ne constituent pas une priorité au regard des pathologies infectieuses responsables d'une forte mortalité en Afrique Noire. Cependant, leur impact économique et psychosocial mérite qu'on leur prête une plus grande attention.

### M o t s - c l é s

Afrique Noire ; coût ; lombalgie commune

### S U M M A R Y

**Background:** The cost of low back pain was the subject of few studies in black Africa.

**Aim:** To assess the cost of common low back pain and lumbar radiculopathy in Lomé. Methods: A six months study was realised in the rheumatologic department of CHU Sylvanus Olympio. 103 consecutive patients suffering from a common low back pain or lumbar radiculopathy were included. To assess direct, indirect and non-financial costs they were questioned about their expense during the year.

**Results:** Financial cost of common low back pain and lumbar radiculopathy amounted to 107.2 \$ US (extremes: 5.8 and 726.1 \$ US). This amount, quadruple of guaranteed minimum wage, felled under two headings: direct cost (56.3 \$ US; 53% of total sum), indirect cost (50.3 \$ US; 47% of total sum). Non-financial cost were: disruption in daily activities (94%), impact in emotional and sexual life (59%), impact on the family's budget (69%), abandon of family's projects (58%) or of leisure (42%).

**Conclusion:** In black Africa top priority is given to the fight against infectious diseases those cause an important mortality. But common low back pain and lumbar radiculopathy, those have social and economic impact, should be given more attention.

### Key - w o r d s

Black Africa; cost; common low back pain

La lombalgie commune est le premier motif de consultation rhumatologique en Afrique comme en Occident [1-4]. Elle affecte 50 à 90% des adultes à un moment de leur vie, en majorité des actifs en pleine force de l'âge [5]. La lombalgie, est considérée dans les pays industrialisés, de par son impact économique et social, comme un problème de santé publique. La lombalgie à l'instar des autres maladies non transmissibles, a longtemps été reléguée au second plan dans les politiques de santé des pays en développement en raison de l'importance des conséquences des maladies infectieuses et parasitaires. Les études consacrées à la lombalgie en Afrique Noire ont eu trait le plus souvent aux profils sémiologique et épidémiologique [1, 3, 4, 6]. L'objectif de notre travail a été d'évaluer le coût de la lombalgie et de la lomboradiculalgie communes en consultation rhumatologique à Lomé.

### MÉTHODES

Nous avons mené en six mois une étude prospective sur un échantillon de 103 patients consécutifs. On été inclus dans la présente étude des patients admis dans le Service de Rhumatologie du CHU Sylvanus Olympio pour lombalgie ou lomboradiculalgie communes. L'évaluation des coûts directs, indirects et intangibles a été réalisée à partir d'un questionnaire en considérant les dépenses effectuées durant l'année en cours. Ce questionnaire permettait de recueillir : l'identité du patient ; l'histoire de la maladie (parcours et dépenses du malade avant la consultation rhumatologique) ; le traitement prescrit lors de la consultation rhumatologique ; les dépenses effectuées par le patient au cours de l'hospitalisation ; les dépenses réalisées au cours du mois qui a suivi l'exéat ; les répercussions dans la vie quotidienne en évaluant leur gravité grâce à un score de 1 à 6. Le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) est de 30,57 \$ US, et le Produit Intérieur Brut (PIB) de 310 \$ US en 2003 qui correspond à la période de l'étude. La société togolaise est majoritairement rurale (73%), avec une nette prédominance du secteur informel caractérisé par des conditions de vie précaires (72,9% de la population togolaise vit au dessous du seuil de pauvreté). Dans cette population se développent des réseaux de solidarité (La famille élargie, les camaraderies d'école, les quartiers, les confréries religieuses) permettant une redistribution des revenus. Les enfants constituent à la fois une assurance-vieillesse et une assurance-maladie. La croyance à l'origine métaphysique de la maladie est très répandue. Les togolais, instruits ou non, s'adressent simultanément au médecin et au guérisseur traditionnel ou au pasteur en quête de protection.

L'Etat togolais prend en partie en charge les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation des fonctionnaires et de leurs familles. Seulement 10% des entreprises ont un contrat avec une compagnie d'assurances-maladie. Le

traitement en rhumatologie a reposé sur les médicaments et l'information du patient (règles d'hygiène de la colonne vertébrale). L'efficacité du traitement a été jugée grâce à l'échelle visuelle analogique. L'état du patient était jugé satisfaisant pour une douleur résiduelle inférieure ou égale à 10%. Un rendez-vous a été systématiquement donné 30 jours après l'exéat. Les patients bénéficiaient d'un arrêt de travail dont la durée était comprise entre 15 et 21 jours.

### RÉSULTATS

Notre échantillon était constitué de 103 patients (45 hommes, 58 femmes) avec une sex ratio de 1,2. L'âge moyen des patients était de 47 ans avec des extrêmes de 18 et 72 ans. La majorité des patients étaient mariés (69%), et 85% d'entre eux avaient des enfants dont le nombre était compris entre un et seize. Le tiers de nos patients (35%) étaient des salariés de l'Etat. La majorité des patients ont été traités en ambulatoire (tableau 1). La durée moyenne de l'hospitalisation était de 26 jours avec des extrêmes de 10 et 61 jours.

Tableau 1 : Caractéristiques générales des 103 patients

	Nombre	Pourcentage
Sexe féminin	58	56,3
Sexe masculin	45	43,7
Revenu inférieur ou égal au SMIG	11	10,7
Assurance maladie	7	6,8
Fonctionnaires	36	34,9
Profession libérale	31	30,1
Salarié du privé	9	8,7
Lombalgie aiguë	12	11,6
Lombalgie chronique	17	16,5
Lomboradiculalgie aiguë	25	24,3
Lomboradiculalgie chronique	49	47,6
Hospitalisation	31	30,1
Traitement ambulatoire	72	69,9
Proposition de traitement chirurgical	15	14,6

Le coût financier global moyen de la lombalgie et de la lomboradiculalgie communes en consultation hospitalière à Lomé en 2003 était de 107,2\$ US (extrêmes : 5,8 et 726,1 \$ US). Ce coût se répartissait en coûts directs (56,3\$ US ; 53%) et en coûts indirects (50,3 \$ US ; 47%). Les coûts directs se répartissaient en coûts directs médicaux (36,9%) et en coûts directs non médicaux (16,1%) (Tableaux 2 à 4).

Parmi les 103 patients, 71 (68,9%) ont signalé des répercussions sur leur budget allant parfois jusqu'à l'endettement. Pour faire face aux dépenses, treize patients ont eu recours à une attestation de prise en charge, document attestant que l'employeur (Etat ou société privée) reconnaît compter le malade dans son personnel, et qu'il est prêt à prendre en charge les

dépenses qui seront engagées. Parmi les 31 patients hospitalisés, 27 (87,1%) ont reçu des dons en nature ou en espèces de la part de la famille « élargie », de collègues, de coreligionnaires ou de voisins. En moyenne, les dons en espèces s'élevaient à 27,5 \$ US par patient. Soixante patients (58,3%) ont remis en question certains projets familiaux (absence à des funérailles, une diminution ou un arrêt de l'aide financière aux parents, l'arrêt d'une construction). Une intervention chirurgicale a été proposée à 15 patients (14,7%), mais seule une patiente a été opérée. Les coûts directs de l'intervention étaient de 1600 \$ US. Les coûts intangibles de la lombalgie commune étaient dominés par la gêne dans la vie courante (94%) et la gêne dans la vie affective (68%) (tableau 5) ;

**Tableau 2 :** Coûts directs moyens de la lombalgie et de la lomboradiculalgie communes en fonction des actes

	Montants moyens (US \$)
Automédication	11
Consultation ayant précédé celle rhumatologique	8
Traitement et analyses avant consultation rhumatologique	36
Traitement traditionnel avant consultation rhumatologique	42
Consultation en rhumatologie	4
Traitement ambulatoire et analyses en rhumatologie	16
Hospitalisation	83
Traitement et analyses des patients hospitalisés en rhumatologie	51

\*consultations

**Tableau 3 :** coûts indirects moyens de la lombalgie et lomboradiculalgie communes en fonction des actes

	Montants (US \$)
Centre de santé* (arrêts de travail, hospitalisations)	77
Traitement traditionnel * (jours de travail perdus)	3
Consultation rhumatologique (jours de travail perdus)	8
Traitement ambulatoire en rhumatologie (arrêts de travail)	60
Hospitalisation en rhumatologie	72
Arrêts de travail après hospitalisation en rhumatologie	87
Dons des visiteurs	27

\*consultations ayant précédé celles de rhumatologie

**Tableau 4 :** Différents types de coûts en fonction de la forme clinique de l'atteinte dégénérative du rachis

	Coûts directs en Coûts indirects en	
	dollars US moyenne ± ET*	dollars US moyenne ± ET*
Lombalgie aiguë (n** = 12)	19,8 ± 41,9	32,7 ± 64,8
Lombalgie chronique (n** = 17)	21,1 ± 24,8	13,2 ± 23,7
Lomboradiculalgie aiguë (n** = 25)	45,3 ± 54,7	13,3 ± 31,6
Lomboradiculalgie chronique (n** = 49)	83,1 ± 92,2	85,6 ± 132,9

\*moyenne±écart type, \*\* nombre de cas

**Tableau 5 :** Coûts intangibles chez les 103 patients

	Nombre de patients (%)	Score moyen (1 à 6)
Gêne dans la vie courante	97 (94,2)	4
Gêne dans la vie affective	61 (59,2)	2
Conséquences sut le budget	71 (68,9)	3
Remise en question de projets familiaux	60 (58,3)	3
Loisirs abandonnés	43 (41,7)	4
Autres conséquences	18 (17,4)	4

## DISCUSSION

Il ressort de cette étude que le coût financier global moyen de la lombalgie et de la lomboradiculalgie, quadruple du SMIG, est très lourd pour des populations dont le principal recours est la solidarité familiale. Pour faire face à la maladie, les patients se sont tournés vers leur employeur, vers la famille élargie ou ont fait appel aux réseaux de solidarité, d'autres enfin ont utilisé leurs économies ou remis en cause la réalisation de projets. L'interprétation rigoureuse des résultats de cette étude impose la prise en compte de ses biais qui sont essentiellement de deux ordres :

- biais de sélection : le CHU-SO constitue le centre national de référence des malades : un grand nombre de patients sont pris en charge au niveau périphérique ou régional. D'autres patients n'ont pas recours au système classique de santé. Parmi nos patients se trouvent des membres du personnel du CHU-SO qui ont donc accès aux échantillons médicaux. Tous ces éléments ne permettent pas de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population togolaise.

- biais d'information : il est de trois ordres : les renseignements sur le parcours des malades et leurs dépenses avant la consultation en rhumatologie repose uniquement sur la mémoire des patients ; le marché de l'emploi n'obéit pas aux normes occidentales : importance du secteur informel, difficultés pour attribuer une valeur productive à la production vivrière, discrétion qui entoure le revenu réel. Il faut enfin noter la rétention d'informations relatives au recours à des méthodes de traitement non orthodoxes.

- calcul des coûts : du fait de l'absence de comptabilité analytique au CHU- SO, nous n'avons pas pu évaluer les coûts de structure et de gestion générale (blanchisserie, restauration, administration) et le coût des examens complémentaires, nous nous sommes contentés du barème officiel. En dépit de ces limites, cette étude a permis d'avoir des données sur les coûts de la lombalgie commune au Togo. Quarante trois de nos

patients (41,7%) gagnaient moins de 160\$ US par mois et 11 patients avaient un revenu inférieur ou égal au SMIG. Seuls sept patients (6,8%) avaient une assurance-maladie. Le recours à l'employeur et la mise en route des réseaux de solidarité ont aidé nos patients à faire face aux coûts directs (56,3 \$ US, 53% du coût global). Mais l'aide apportée a ses limites : seul un des patients relevant du traitement chirurgical (14,7%) a pu être opéré. Mijiyawa et al [2] avaient déjà trouvé que le traitement chirurgical n'avait été réalisé que chez 16,7% des patients à qui il avait été proposé.

Dans notre étude la durée moyenne des arrêts de travail est de deux à trois semaines, et la durée moyenne d'hospitalisation de 26 jours. Lafuma et al [7], en France, ont trouvé une durée moyenne des arrêts de travail dans les lombagos de 8,4±4 jours. Legrand et al [8], lors d'une enquête d'opinion auprès des rhumatologues français sur le traitement de la lombosciatique commune en milieu hospitalier, ont trouvé une durée d'hospitalisation de 5 à 20 jours, alors que les arrêts de travail n'excédaient pas 15 jours.

Dans une étude portant sur le retentissement de la lombosciatique sur la vie affective et sociale de patients hospitalisés, Carter et al. [9] ont mis en évidence que 95% d'entre eux avaient arrêté ou fortement diminué leurs activités professionnelles, 80% avaient arrêté ou fortement diminué leurs loisirs. Les différences observées avec nos résultats s'expliquent par le fait que l'échantillon de Carter est constitué exclusivement de patients hospitalisés, alors que le notre comporte une majorité de patients traités en ambulatoire. Nos résultats sont également différents de ceux de Bazin et al. [10] qui dans une étude sur le retentissement socio-économique de la lombalgie chronique ont trouvé un arrêt du sport chez 68,9% des patients, une interruption des activités sociales ou associatives chez 37,6% des patients, un

retentissement sur la vie affective et/ou sexuelle chez 39% des patients, et des répercussions budgétaires chez 22,6%. Les répercussions budgétaires sont plus souvent citées par les patients togolais du fait de l'importance du secteur informel, et de l'absence de prise en charge sociale au moment de l'étude. Par contre, nos résultats sont similaires en ce qui concerne les loisirs et les activités sociales.

Les coûts directs médicaux représentaient 53% du coût global dans notre étude. Ces résultats ne concordent pas avec les données de la littérature qui montrent une prédominance des coûts indirects [11-14]. Cette différence pourrait refléter les différences dans l'organisation du système de soins entre les pays industrialisés et un pays en voie de développement comme le Togo. Ainsi, le coût plus élevé de la lombalgie aux Etats-Unis que dans les pays européens s'expliquerait par un recours à la chirurgie, aux actes de radiologie et d'imagerie là où les pays européens privilégieraient les soins médicaux. L'importance des coûts directs médicaux (37%) par rapport aux coûts directs non médicaux (16%) concorde avec les données de la littérature [11-14].

---

## CONCLUSION

---

Le coût de la lombalgie et la lomboradiculalgie communes a probablement été sous-estimé. Ce coût est pourtant trop lourd pour des populations dont le principal recours est la solidarité familiale. La lombalgie et la lomboradiculalgie communes ne constituent pas une priorité au regard des pathologies infectieuses qui entraînent une importante mortalité en Afrique Noire. Cependant leur impact économique mérite qu'on leur prête une plus grande attention.

## Références

- Mijiyawa M, Oniankitan O, Kolani B, et al. La lombalgie en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Rhum* 2000;67:914-20
- Bileckot R., Ntsuba H, Mbongo JA, et al. Les affections rhumatismales observées en milieu hospitalier au Congo. *Sem Hôp (Paris)* 1992;68:282-5
- Bwanahali K, Dkilo K, Kilesi M, et al. Quelques étiologies des lombalgies chez les rhumatisants consultant à Kinshasa (Zaïre) à propos de 169 cas. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1992;59:253-7
- Omokhodion FO. Low back pain in a rural community in South West Nigeria. *West Afr J Med* 2002;21:87-90
- Gillian H. Update on the epidemiology of the rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 1997;9:90-4
- Oniankitan O, Magnan A, Fianyoy E, et al. Low back pain with radiculopathy in hospital outpatients in Lomé (Togo). *Joint Bone Spine*. 2008; 75:235-6.
- Lafuma A, Fagnani F, Vautravers P. Management and cost care in low back pain primary care settings in France. *Rev Rhum [Engl Ed]* 1998;65:119-25
- Legraznd E, Rozeberg S, Pascaretti C, et al. Inhospital management of common lumbosciatic syndrome. An opinion survey among French rheumatologists. *Rev Rhum [Engl Ed]* 1998;65:483-8
- Carter H, Delrieu F, Harrewyn JM, et al. L'expression de la douleur en rhumatologie. Etude exploratoire. *Rev Rhum* 1988;55:727-34.
- Bazin T, Allaert FA, Fuseillier A, Perles P. Etude du retentissement socio-économique de la lombalgie chronique en pratique quotidienne de médecine générale. *Rhumatologie* 1998;50:95-101.
- Daigenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness in the unite states and internationally. *Spine J* 2008;8:8-20
- Williams DA. Health care and indemnity costs across the natural history of disability in occupational low back pain. *Spine* 1998; 23:2329-36
- Vantulder MW. A cost of illness study of low back pain in the Netherlands. *Pain* 1995; 62:223-40
- Ekman M, Johneil O, Lidgren L. The economic cost of low back pain in Sweden in 2001. *Acta Orthop* 2005;76:275-84