



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

MASTER IN BUSINESS AND ADMINISTRATION (MBA)

GESTION DES SERVICES DE SANTE

Option : Gestion des programmes de santé

25^{ème} promotion 2014 – 2015



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME

**CONTRIBUTION A UNE MEILLEURE PRISE EN
CHARGE FINANCIERE DU DIABETE AU NIGER**

Présenté par

Dr AMADOU Fatoumata épouse MAHAMADOU B.

Sous la direction de

Mr GILBERT BOSSA

Enseignant associé au CESAG

DECEMBRE 2015

DEDICACES

Nous dédions ce travail à:

- ✚ **ALLAH** l'Eternel, le Tout Puissant, le Miséricordieux qui nous a gardé en vie et nous a permis de mener à terme cette formation ;
- ✚ **Au Prophète Mohamed (S.A.W)**
- ✚ **A nos parents** : Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. Que Dieu nous accorde longue vie et santé pour que vous puissiez profiter du fruit de ce travail
- ✚ **A notre mari** et compagnon de tous les jours, ton soutien m'a beaucoup aidé dans l'accomplissement et la finalisation de ce travail. Avec tout mon amour, que ce travail soit mon modeste hommage à tes sacrifices et à ta patience. Qu'Allah bénisse notre foyer et nous prête une longue et heureuse vie, comblés de ses faveurs immenses.
- ✚ **A nos enfants Latifa et Fadel**, trouvez en ce travail un exemple de réconfort et de courage. Sachez que le courage et la persévérance sont la clé du succès.
- ✚ **A nos frères et sœurs** : merci de m'avoir soutenu à tout moment, n'oubliez pas que la vraie richesse d'une famille réside dans son union. Recevez ce travail comme gage de mon affection fraternelle.
- ✚ **A nos tantes, oncles, cousins et cousines** : Puissions-nous rester toujours unis. Ce travail est également le votre.
- ✚ **A notre ma belle famille** : mes sentiments de fraternité et de solidarité
- ✚ **A Mr Saibou Mohamadou Arabani, son épouse Hadiza et leurs enfants** pour votre affection et votre accueil à Dakar. Que la solidarité et l'entente qui existent entre nous puissent se renforcer éternellement.
- ✚ **A tous les stagiaires de la 25^{ème} promotion de MBA GSS**, pour les moments de bonheur ainsi que les difficultés endurées ensemble. Puisse cette formation porter ses fruits

REMERCIEMENTS

A Allah le Très Miséricordieux qui, par sa Grâce, ne cesse de nous combler, malgré nos limites et incapacités. *Louange à Dieu pour ce jour mémorable!*

Nos remerciements vont à l'endroit de toutes les personnes physiques ou morales qui de près ou de loin ont contribué pour la réussite de cette formation. Il s'agit entre autres :

-Du gouvernement du Niger à travers le Ministre de la Santé Publique qui a autorisé notre formation.

-De la Coopération Technique Belge pour le soutien financier sans lequel cette formation n'aurait été possible.

-De notre Directeur de mémoire M. Gilbert BOSSA, Enseignant associé du CESAG, pour les sacrifices consentis et sa précieuse aide, malgré ses multiples occupations. Votre ponctualité, votre disponibilité permanente, votre courtoisie et surtout votre générosité nous ont beaucoup frappées. Nous ne pourrions trouver de mots adéquats pour vous exprimer toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude. Trouvez ici l'expression de notre profond respect et sincère reconnaissance.

-Au Docteur Amani Laurent KOFFI, Directeur de l'Institut Supérieur de Santé, chef de département Gestion des Services de Santé, pour vos sages conseils.

-A tous les Professeurs du CESAG pour avoir contribué à notre formation par la qualité de vos enseignements.

-A Madame Soukeyna GUEYE au CESAG vous avez toujours fait preuve de bonté et de patience envers nous. Merci d'avoir contribué à notre formation.

-Au Dr Tinni Aboubacar coordonnateur du PNLMT et son personnel pour l'accueil, l'appui documentaire et la participation active à la réalisation de ce travail. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

-Aux honorables membres du jury. C'est pour nous un insigne honneur de pouvoir bénéficier de vos observations pour améliorer la qualité de ce travail que vous avez bien voulu accepter d'évaluer. Trouvez ici l'expression de notre profond respect et sincère reconnaissance.

-Au Dr AbdoulAziz Moumouni endocrinologue, diabétologue, nutritionniste à l'HNN. Attentif à notre préoccupation vous avez été ouvert, humble et sympathique, merci infiniment et soyez assuré de notre respectueuse admiration.

-Aux personnels de médecine interne de l'HNN et de la clinique Yachvine.

Nous implorons le Tout Puissant pour que vos efforts soient récompensés.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- CESAG** : Centre Africain d'études Supérieures en Gestion
- CNS** : Comptes Nationaux de Santé
- CNSS** : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- CSI** : Centre de Santé Intégré
- DEP** : Direction des Etudes et de la Programmation
- DID**: Diabète Insulinodépendant
- DNID** : Diabète Non Insulinodépendant
- DPHLMT** : Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
- HbA1c**: Hémoglobine Glyquée
- HTA** : Hypertension Artérielle
- INS** : Institut National de Statistique
- MBA**: Master in Business and Administration
- MNT** : Maladies Non Transmissibles
- MSP** : Ministère de la Santé Publique
- OG** : Objectif Général
- OMD** : Objectif pour le Millénaire de Développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- OS** : Objectif Spécifique
- PAA** : Plan d'Action Annuel
- PDS** : Plan de Développement Sanitaire
- PEG** : Prise en charge
- PM** : Pour mémoire
- PNLMNT** : Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
- PTF** : Partenaires Techniques et Financiers
- SNIS** : Système National de l'Information Sanitaire
- SSP** : Soins de Santé Primaires

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

Tableau I : Situation du personnel du PNLMT juillet – novembre 2015-----	11
Tableau II : Hiérarchisation des problèmes -----	15
Tableau III : Répartition des patients selon les tranches d’âge -----	42
Tableau IV : Répartition des patients selon leur provenance-----	43
Tableau V : Répartition des patients selon le montant du revenu -----	45
Tableau VI : Répartition des patients selon le taux de participation de la famille -----	45
Tableau VII : Répartition des patients selon le type de traitement -----	46
Tableau VIII : Répartition des patients selon le type d’ADO -----	46
Tableau IX : Répartition des patients selon le type d’insuline -----	46
Tableau X : Répartition des patients selon le type de complication chronique-----	46
Tableau XI : Répartition de type de diabète selon la profession-----	47
Tableau XII : Répartition des patients selon le montant du revenu -----	47
Tableau XIII : Répartition de type de diabète selon le mode de vie -----	48
Tableau XIV : Répartition de type de diabète selon le taux de participation familiale-----	48
Tableau XV : Répartition de type de diabète selon la notion d’antécédent de diabète familial -----	49
Tableau XVI : Répartition de type de diabète selon le type de traitement -----	49
Tableau XVII : Priorisation des causes-----	60
Tableau XVIII : Choix de la solution des personnes ayant participé à l’étude -----	63
Tableau XIX : Priorisation des solutions-----	64
Tableau XX : Présentation du cadre logique -----	68
Tableau XXI : Plan opérationnel de la solution -----	70
Tableau XXII : Budget du plan de mise en œuvre de la solution retenue au PNLMT -----	71
Figure 1 : Pyramide sanitaire et son fonctionnement au Niger -----	7
Figure 2 : Coûts totaux supportés par les diabétiques à la CUN-----	50
Figure 3 : Diagramme d’ISHIKAWA. -----	59
Annexe 1 : ORGANIGRAMME DU PNLMT-----	83
Annexe 2 : QUESTIONNAIRE -----	84
Annexe 3 : Guide d’entretien avec les prestataires des soins antidiabétiques -----	87
Annexe 4 : Le coût des éléments de surveillance du patient diabétique à l’HNN-----	88
Annexe 5 : calcul des coûts à partir des données de l’enquête-----	89

SOMMAIRE

DEDICACES-----	i
REMERCIEMENTS-----	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS-----	iii
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES-----	iv
INTRODUCTION-----	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE-----	4
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE-----	5
1.1. Analyse de l'environnement externe du PNLMT-----	5
1.2. Analyse de l'environnement interne-----	10
1.3. Identification des problèmes et priorisation (choix du problème)-----	13
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE-----	19
2.1. Problématique-----	19
2.2. Cadre conceptuel-----	27
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE – RESULTATS DE L'ENQUE-----	34
CHAPITRE III : METHODOLOGIE-----	35
3.1. Population de l'étude-----	35
3.2. Méthode et technique d'échantillonnage-----	35
3.3. Stratégie de recherche-----	36
3.4. Pré-test-----	38
3.5. Déroulement de l'enquête-----	38
3.6. Dépouillement et traitement des données-----	38
3.7. Difficultés et limites de l'étude-----	39
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS-----	40
4.1. Résultats de la revue documentaire-----	40
4.2. Résultats de l'enquête (description des caractéristiques de la population d'étude)-----	42
4.3. Analyse des résultats-----	47
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION / ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION-IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS-PLAN DE MISE EN ŒUVRE-----	53
CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION-----	53
5.1. Présentation des outils-----	54
5.2. Détermination et analyse des causes-----	55
5.3. Hiérarchisation des causes-----	60

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS -----	61
6.1. Identification des solutions possibles-----	61
6.2. Priorisation de la solution retenue-----	63
CHAPITRE VII: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION -----	65
7.1. Justification-----	65
7.2. Objectifs du projet-----	66
7.3. Cadre logique -----	66
7.4. Plan opérationnel-----	69
7.5. Budget -----	71
7.6. Suivi et évaluation-----	71
RECOMMANDATIONS -----	72
CONCLUSION -----	75
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES-----	78
ANNEXES	

INTRODUCTION

Le diabète est un problème majeur de santé publique par sa prévalence importante et croissante d'une part, et son impact socio-économique d'autre part [4].

En effet, sa prévalence augmente parallèlement au vieillissement, à l'urbanisation, à la sédentarisation et au développement de l'obésité dans les populations des pays industrialisés. Cette maladie n'épargne pourtant pas les pays en développement où le diabète non insulino-dépendant atteint parfois une prévalence de 20 à 30 %, en raison d'une prédisposition génétique couplée à une modification rapide du mode de vie [1].

A l'instar de plusieurs pays en développement, le Niger est en phase de transition épidémiologique, révélée par les statistiques sanitaires. Le fardeau croissant des maladies non transmissibles notamment le diabète menace de submerger les services de santé publique [9].

En effet, une étude nationale sur la prévalence du diabète réalisée en 2002 au Niger a montré que la prévalence du diabète est de 2 % dans la population générale. Le taux de mortalité intra hospitalière spécifique, quant à lui, est en moyenne de 13% toujours selon la même étude. Et selon l'enquête STEP réalisée en 2007, cette prévalence est passée à 4.3%, soit une évolution de 215% en cinq ans. [20]

L'importance de cette maladie ne cesse de croître, car celle-ci est responsable de graves perturbations de l'état de santé et de décès précoces. Cette pathologie devient de plus en plus invalidante, coûteuse et associée à de lourdes complications avec des répercussions sur la famille, la communauté et le pays. [20]

Les difficultés rencontrées dans la prise en charge du diabète sont de plusieurs ordres à savoir : la sous estimation de son ampleur réelle, la précarité de la prise en charge, le coût du régime et du traitement, les complications fréquentes et dramatiques, la faible couverture sanitaire et l'insuffisance des spécialistes etc. [10]

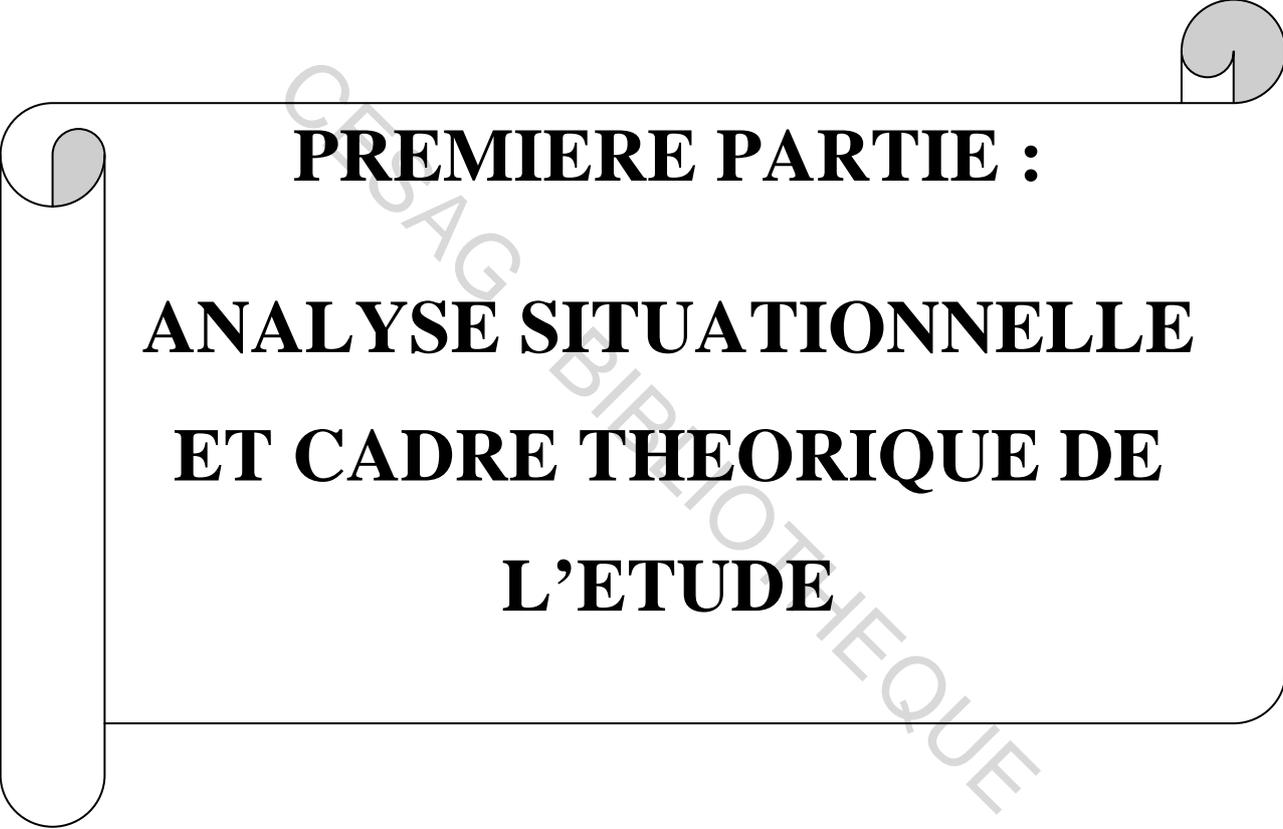
Le secteur sanitaire du Niger a connu une insuffisance de plus en plus croissante des ressources au cours de ces deux dernières décennies.

La réduction ou l'absence des ressources publiques de subvention des services de santé et la tarification de soins de santé ont créé un dysfonctionnement des établissements publics de soins avec un impact négatif sur la capacité des ménages à faire face aux fardeaux de la maladie. [11]

Enfin, c'est devant les répercussions socio-économiques graves du diabète notamment en termes de coût, de soins de santé, d'absentéisme, d'invalidité, et de productivité nationale sur les individus, les familles et les communautés que nous avons initié ce travail.

L'étude comporte trois grandes parties : une première intitulée analyse situationnelle et cadre théorique, suivie de la méthodologie et résultats de l'enquête, puis la détermination, l'analyse des causes et leur priorisation, l'identification, la priorisation des solutions et le plan de mise en œuvre.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



PREMIERE PARTIE :
ANALYSE SITUATIONNELLE
ET CADRE THEORIQUE DE
L'ETUDE

CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1. Analyse de l'environnement externe du PNLMT

1.1.1. Contexte socio-économique

Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest avec une superficie de 1 267 000 km². Ses caractéristiques physiques sont marquées par des faciès écologiques fragiles et en constante dégradation. Les trois quarts du pays sont désertiques et le quart restant est constitué d'une zone sahélienne et soudanienne dans la partie Sud. L'essentiel des activités agro-pastorales est concentré dans ce quart du territoire national où les précipitations sont aléatoires, irrégulières, déficitaires dans le temps et dans l'espace, et en baisse régulière sur les 30 dernières années. Cette situation a entraîné une aggravation du processus de désertification et une instabilité de la production agro-pastorale. Ce processus de fragilisation du système écologique est renforcé par l'impact du changement climatique, devenu une préoccupation de premier ordre pour le pays. [12]

La population du Niger est estimée à 17.129.076 d'habitants en 2012, avec un taux de croissance démographique intercensitaire de 3,9%, l'un des plus élevés au monde. Cette forte croissance démographique est corroborée par une forte croissance de la fécondité dont le taux est passé de 7,1 enfants par femme en âge de procréer en 2006 à 7,6 enfants par femme en âge de procréer en 2012. Ceci confirme que le pays n'a pas commencé sa transition démographique, malgré l'augmentation de la prévalence contraceptive (qui passe de 5% en 2006 à 12% en 2012) et une très forte réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile. [24]

Le contexte du Niger dans le cadre du développement humain reste encore faible avec un indice de 0,30 en 2012 selon le rapport mondial sur le développement humain. Les indicateurs sociaux du pays figurent parmi les moins performants de la sous-région et du monde en 2011 : (i) moins de la moitié (47,87% en 2013) de la population a accès aux centres de santé dans un rayon de 0-5 km, (ii) 28,6% de la population sont alphabétisés en 2012 (iii) le taux brut de scolarisation est de 79,2% en 2012 et **82%** en 2013, (iv) la couverture en eau potable en milieu rural est de 69,1% selon Niger en chiffre 2013/INS. [13]

Environ **48,2 %** de la population nigérienne continue de vivre en deçà du seuil de la pauvreté de 1 dollar US par jour (*ECVMA-2011*) et même **85%** si l'on considère un seuil de **2 dollars US** par jour. L'accroissement rapide de la population exerce de fortes pressions sur les

infrastructures socio-économiques de base et limite l'effet des gains de croissance économique encore irréguliers et tributaires de la pluviométrie.

Le PIB est passé de 3.024,3 milliards FCFA en 2011 à 3.414,3 milliards de FCFA en 2012 et à 3.659,6 milliards FCFA en 2013. Cette progression importante du PIB a entraîné un relèvement du PIB par tête d'habitant de l'ordre de 192.300 FCFA en 2011, 199.300 FCFA en 2012 et 205.600 FCFA en 2013. [12]

Selon les comptes économiques de la nation 2013, la croissance de l'économie nigérienne était de **11,1%** en 2012 contre **4,1%** en 2013. Durant ces trois dernières années, la croissance du PIB réel par habitant a été de **4,7%** en 2010, de **5,5%** en 2011 et de **6,7%** en 2012. Cette croissance économique, soutenue par une production et une exploitation pétrolière devrait se renforcer du fait du début de l'exportation du pétrole brut et de la mise en exploitation d'une nouvelle mine d'uranium. [12]

Le secteur minier sur qui reposent des espoirs fondés, ne participe actuellement qu'à 6,09% de la richesse nationale produite. [12]

Evolution des recettes et des dépenses publiques de l'Etat : au plan des finances publiques, les dépenses totales sont passées de 797 milliards de FCFA en 2012 à 1 022.3 milliards de FCFA en 2013. Ces dépenses connaissent une hausse de 31,46% en moyenne en conformité avec l'objectif de maîtrise des dépenses courantes.

1.1.2. Le système de santé du Niger

Le système de santé du Niger a été historiquement bâti selon les principes de l'organisation des soins de santé recommandés par l'OMS qui comprend trois niveaux :

- (i) à la base, les Soins de Santé Primaires (SSP) fournis par des structures de premier contact (Case de Santé, CSI, HD) à la majorité de la population ;
- (ii) au second niveau, les soins secondaires fournis par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres de Santé Mère-Enfant (CSME), et
- (iii) au troisième niveau, des soins tertiaires offerts par des hôpitaux nationaux, les Centres Nationaux de Références.

A chaque niveau correspond une structure de régulation : le District Sanitaire pour le premier niveau, la Direction Régionale de la Santé Publique pour le niveau secondaire et le Ministère de la Santé Publique pour le niveau tertiaire.

Cette régulation prend en compte aussi les structures privées à tous les niveaux. [14]

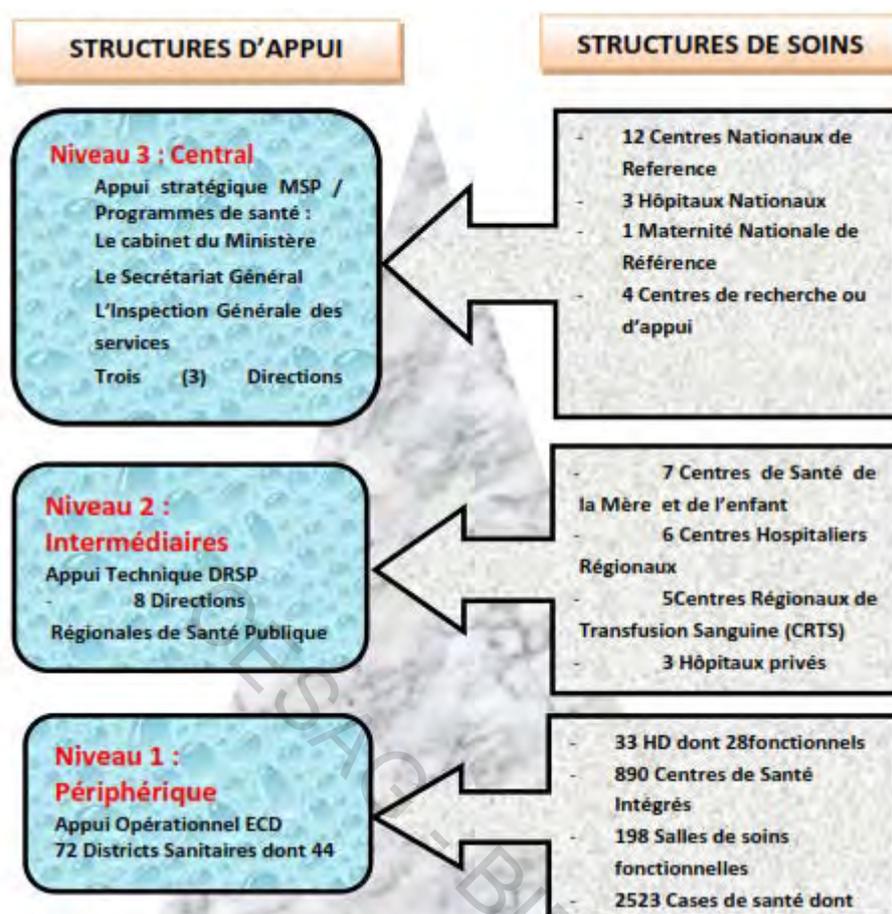


Figure 1 : Pyramide sanitaire et son fonctionnement au Niger

Outre les structures publiques ci-dessus indiquées, gérées par le Ministère en charge de la santé publique, le système de santé comprend :

- Les établissements publics de soins relevant d'autres administrations publiques (services de santé des armées, centres médico-sociaux de la CNSS) ;
- Les établissements privés principalement orientés vers les activités curatives et concentrés dans les centres urbains. On dénombre 358 établissements dont 36 cliniques et polycliniques ; 317 cabinets médicaux et salles de soins ; 2 hôpitaux privés à but non lucratif (SOMAIR et COMINAK) ; deux (2) centres privés spécialisés en ophtalmologie et en traumatologie ; et un hôpital privé confessionnel de Galmi. [14]

Ce système est aujourd'hui caractérisé par la faiblesse de la couverture sanitaire (47,80% en 2013), de l'accès aux soins (45,65% de taux d'utilisation des services curatifs en 2013), du financement structurellement déficitaire des soins faisant peser une lourde charge sur les

ménages (57,74% de la dépense totale de santé en 2011) et une quasi-absence de protection financière ou de couverture universelle aux soins.

La majorité de la population a recours à la médecine traditionnelle.

Les ressources humaines sont insuffisantes et inégalement réparties. On compte actuellement, 3 médecins généralistes et 11 infirmières pour 100 000 habitants, et on note une carence en médecins spécialistes. Ces statistiques sont en dessous des normes de l'OMS.

En outre, ces données masquent de fortes disparités régionales d'une part, et des zones urbaines et rurales d'autre part [13].

La morbidité est dominée par de nombreuses maladies transmissibles endémiques et endémo épidémiques (paludisme, pneumonie, maladies diarrhéiques, malnutrition, choléra, méningite, VIH/sida, tuberculose etc.) et l'émergence des maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, goutte, obésité etc.).

Cependant, malgré cette lourde morbidité, les progrès réalisés par l'Etat et ses partenaires pour couvrir les besoins sanitaires de base des populations ont permis de réduire sensiblement certains indicateurs d'impact (Mortalité infanto juvénile) et la plupart des indicateurs de performance (proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié, vaccination des enfants, prévalence du VIH-sida, prévalence contraceptive, etc.). [12]

Concernant la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, des progrès significatifs ont été enregistrés par le pays vers l'atteinte de l'OMD 4 en 2015.

Ainsi la mortalité se présente comme suit [11]:

- ✓ la mortalité infanto juvénile (0 à 59 mois) est passée de 198 ‰ (EDSN MICS 2006), à **127‰** en 2012 (EDSN/MICS-2012).
- ✓ la mortalité infantile est passée de 81‰ (EDSN MICS III 2006) à 51‰ en 2012. (EDSN/MICS-2012).
- ✓ la mortalité maternelle : on note une baisse progressive de 648 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 à 554 en 2010 à 535 en 2012.

Par ailleurs, la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié a légèrement progressé passant de **18%** en 2006 à **19,7%** en 2010 (Enquête Survie Mortalité, 2010) à **29,3%** en 2012. (EDSN/MICS-2012)

- le taux de prévalence du VIH est de **0,4%** en 2012 (EDSN/MICS-2012).
- le taux d'utilisation des moustiquaires est de **17,4%** en 2012 (EDSN 2012).

La gratuité des soins et certaines initiatives nationales (le fonds de solidarité, le fonds d'évacuation, l'école de maris, etc.) qui ont été mises en œuvre, ont permis fortement de contribuer à l'atteinte de ces résultats.

La situation humanitaire, les crises politiques et l'instabilité dans les pays voisins ont eu des conséquences sur les conditions sanitaires des populations au cours des dernières années. Les perturbations des activités commerciales, des investissements et des allocations de ressources dans des secteurs prioritaires comme la santé, ont été observées ces dernières années (Exemple des retards de remboursement des factures de la gratuité des soins).

Le financement de la santé provient de plusieurs sources et se caractérise par des disparités dans sa répartition. Le paiement direct des ménages constitue la source principale de financement du système (**60,88%** en 2012, **56,33%** en 2013 contre **57,74%** en 2011). Cette situation fait ressortir l'effet de l'insuffisance d'un mécanisme de couverture universelle de soins de santé. Elle dénote aussi la faiblesse de mécanisme de financement en vigueur dans le secteur avec comme conséquence la non prise en compte du principe de l'équité dans le fonctionnement du système de santé. Cela entraîne une forme d'exclusion des plus démunis et l'appauvrissement de plus en plus de certaines classes moyennes ; et beaucoup de familles s'endettent lourdement pour s'offrir les soins et services de santé. [12]

Le budget alloué au secteur de la santé est passé de 7.85 % en 2010 à 6.14 % en 2011.

La part relative du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat a baissé progressivement entre 2008 et 2012 en passant de 9,8% à 5,7%.

Cette part relative du budget est loin d'atteindre la norme OMS de 10% et moins encore la déclaration d'Abuja de 15%. [27]

L'appui extérieur est en baisse aussi bien en pourcentage de la dépense nationale de santé qu'en valeur absolue. Il est passé de 34.60 % en 2005 à 19.56 % en 2009.

Les ressources mobilisées par le système national de santé sont consacrées principalement aux hôpitaux et aux prestataires de soins ambulatoires (33,88% en 2012 et 31,56% en 2013) suivis des détaillants et autres prestataires des biens médicaux avec 32,39% en 2012 et 31,22% en 2013 des dépenses totales de santé. [12]

Les dépenses consacrées aux services de Soins curatifs et aux Biens médicaux (non-spécifiés par fonction) sont les plus importantes en 2012 avec respectivement 32,79% et 32,39%. En 2013 elles représentent respectivement 30,79% et 31,22% contre 31,51% et 41,09% de la dépense globale de santé en 2011.

Les dépenses en soins curatifs sont dominées par les Soins curatifs généraux ambulatoires avec 87,84% en 2012 et 85,51% en 2013.

Les dépenses consacrées aux services de soins préventifs constituent **3,68%** en 2012 et **4,51%** en 2013 des dépenses globales de santé contre **3,32%** en 2011 dont **45,69%** en 2012 et **68,42%** en 2013 sont consacrées au programme de vaccination.

Les activités de suivi de l'état de santé ont absorbé **23,70%** en 2012 et **18,16%** en 2013 des dépenses de soins préventifs. [12]

Par ailleurs, les sous-comptes font ressortir que les dépenses liées aux maladies non transmissibles ont été estimées à 15,22 milliards de FCFA en 2012 et à 16,29 milliards en 2013 soit respectivement 7,39% et 7,21% des dépenses totales de la santé. [12]

Malgré une légère augmentation de ces dépenses de soins préventifs, les efforts déployés aux activités préventives restent toujours faibles, ce qui ne permet pas de prendre en compte toutes les préoccupations de la santé de la population. En effet, la prévention sanitaire, de par son rapport coût-efficacité élevé, contribue efficacement à la lutte contre les maladies. [12]

1.2. Analyse de l'environnement interne

1.2.1. Cadre juridique du PNLMT

Le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT) est créé par arrêté 000016/MSP/SG/DGSP du 25 Janvier 2012, et est rattaché à la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP). Il est chargé, en collaboration avec toutes les directions nationales et les autres programmes du Ministère de la Santé Publique (MSP) et des secteurs connexes, de la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT).

4 grands groupes des MNT sont retenus par l'OMS et le MSP pour le Niger:

- Les maladies cardiovasculaires;
- Les cancers;
- Les maladies respiratoires chroniques;
- Le diabète.

1.2.2. Situation géographique du PNLMT

Le programme est logé dans une villa conventionnée à Kouara Kano derrière l'Ambassade des USA, à coté de l'ONG TIMIDRIA.

1.2.3. Fonctionnement du PNLMT

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles est dirigé par un Coordonnateur national et un Coordonnateur national Adjoint. Il comprend en outre :

- un secrétariat ;
- un service administratif et financier ;
- un service communication et mobilisation sociale ;
- un service suivi-évaluation comprenant :
 - ❖ une cellule « Recherche » ;
 - ❖ une cellule « Informatique et Statistique ».

Tableau I : Situation du personnel du PNLMT juillet – novembre 2015

CATEGORIE	EXISTANT	BESOINS	OBSERVATIONS
Cadres	8	1	Affecter un chef de suivi évaluation (épidémiologiste)
Secrétaire	0	1	
Manceuvres	0	2	Un bénévole assure actuellement la fonction de gardien et de technicien de surface
Total	8	3	

Le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles s'est doté d'un plan stratégique pour la période 2012-2016 dont l'objectif général est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations par la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles.

Ce plan stratégique est articulé autour des axes stratégiques suivants :

- renforcement de la lutte contre les MNT ;
- renforcement de la gouvernance, du plaidoyer et du leadership dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- développement des mécanismes de financement dans le cadre de la lutte contre les MNT ;
- promotion de la recherche sur les MNT

1.2.4. Vision et mission du PNLMNT

Vision « Un Niger où la population bénéficie des soins préventifs, curatifs et promotionnels contre les maladies non transmissibles avec une pleine implication de la communauté ».

Mission : Assurer l'intégration des stratégies et interventions de lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.

1.2.5. Objectif du PNLMNT

Objectif général :

L'objectif de développement du PNLMNT est d'améliorer la santé des populations par la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles par la réduction de la morbidité et mortalité ainsi que les dépenses de santé liées aux MNT.

Objectifs spécifiques :

- Sensibiliser au moins 95 % de la population générale sur les maladies chroniques non transmissibles et leurs facteurs de risque ;
- Réduire la prévalence des principaux facteurs de risque (consommation de tabac, sédentarité, mauvaise alimentation, surpoids et obésité) ;
- Promouvoir la mise en œuvre de la détection précoce des principales MNT (cancers, HTA, Diabète, de l'asthme, de la drépanocytose ; de l'épilepsie, des maladies buccodentaires... ;
- Renforcer les capacités de la prise en charge des cas de MNT (Prévention secondaire et tertiaire)
- Renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources à la prévention des maladies chroniques non transmissibles.

1.2.6. Analyse des plans d'action du PNLMNT :

Selon la revue annuelle 2013, la structure a prévu un montant de 111 050 000F, a mobilisé et a dépensé 28 872 832F soit un taux de réalisation financière de 26% dont 15% pour le fonctionnement et les 73% pour la formation.

Les principales sources de financements pour l'année 2013 étaient le Fond Commun (FC) avec un taux de mobilisation de 96% et l'OMS avec seulement 22% de mobilisation.

On ne note aucune participation de l'ETAT.

Par rapport au Taux d'exécution financière de PAA, le niveau atteint au troisième trimestre représente moins d'un tiers (25%) du niveau attendu qui est de 80%.

Cette situation peut s'expliquer par le non déblocage des fonds Etat, la lenteur dans le déblocage des fonds OMS et l'insuffisance de partenaires pour la lutte contre les MNT.

Du 1^{er} trimestre 2014 au 1^{er} trimestre 2015 on note que :

Le taux de réalisation physique de PAA est passé de 0% à 17% et

Le taux d'exécution financière de PAA est passé de 0% à 22%.

Il s'agit essentiellement des activités programmées pour 2014, mais réalisées en 2015. Cette situation s'explique par le retard des déblocages des fonds de l'Etat (20%) et du Fond commun (65%).

1.2.7. Contraintes et difficultés du programme :

- Absence d'une ligne budgétaire pour le programme;
- Manque de local (siège) du Programme;
- Insuffisance de l'appui technique et financier de l'OMS;
- Retard et lourdeur administrative dans le déblocage des fonds de l'Etat ;
- Insuffisance des PTF intervenant dans le cadre de la lutte contre les MNT;
- Manque de moyen logistique pour le programme.

1.3. Identification des problèmes et priorisation (choix du problème)

1.3.1. Identification des problèmes

L'étape d'identification des problèmes est fondamentale en santé publique, et particulièrement dans la planification sanitaire et la recherche opérationnelle.

Un problème de santé se définit par sa nature et représente un écart entre

- un état de santé physique, mental, social constaté, observé, exprimé et
- un état de santé optimal considéré comme souhaitable, attendu, défini par des références médicales élaborées par des experts, le législateur, etc., ou des normes sociales élaborées par des groupes, la société, etc.

Pour identifier les problèmes au PNLMT, nous avons utilisé la méthode de résolution des problèmes en faisant une analyse situationnelle, étape préparatoire qui nous a permis de nous familiariser avec le cadre de l'étude.

A cette étape, nous avons procédé à une pré enquête par la méthode d'entretiens ouverts avec le coordonnateur du PNLMT, le coordonnateur adjoint, le gestionnaire et la responsable de communication.

Ces entretiens ont été complétés par une recherche documentaire (le plan stratégique 2012-2016, les PAA 2013, 2014 et 2015 ; les revues semestrielles et annuelles du programme et les TDR) et des observations.

Ceci nous a permis d'identifier les différents problèmes par l'approche du consensus. Nous avons tenu une réunion (Brainstorming) avec ces derniers pour lister les problèmes du programme.

Cette approche est suffisamment fiable pour qu'on puisse en utiliser d'avantage les résultats.

Formulation des problèmes identifiés

Lors de notre réunion d'identification des problèmes, après échange, nous avons identifié un certain nombre de problèmes majeurs qui constituent un frein à la réalisation de la mission du PNLMT.

Les problèmes retenus sont:

- faible accessibilité financière de la population aux médicaments notamment chez les diabétiques ;
- insuffisance de l'information sur la santé par rapport aux MNT ;
- insuffisance dans le système d'information et de collecte des données des MNT à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- insuffisance de ressources financières ;
- insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité ;
- insuffisance du système de suivi et évaluation ;

Nous avons ensuite procédé à une hiérarchisation des problèmes par le modèle de priorisation afin de retenir un problème prioritaire.

1.3.2. Hiérarchisation des problèmes

Les problèmes à surmonter pour accomplir la mission sont nombreux et les ressources nécessaires pour y parvenir sont toujours limitées, d'où la nécessité de prioriser les problèmes.

La priorisation des problèmes est une étape très importante vers la résolution d'un problème.

Elle a été faite à partir des critères suivants :

- **Ampleur du problème** : c'est l'étendue du problème avec son importance pour le programme ; elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème et son impact sur la performance du programme ;

- **Gravité** : elle est en rapport avec les différentes conséquences de la non réalisation du problème ;
- **Solvabilité** : c'est la possibilité d'apporter une solution au problème à partir des moyens dont on dispose ;
- **Perception** : c'est la manière dont les acteurs perçoivent l'évidence du problème.

Chacun des critères a été coté de 0 à 5 selon son importance :

- 0 : aucune importance
- 1 : importance faible
- 2 : importance modérée
- 3: importance moyenne
- 4: importance élevée
- 5 : importance très élevée

Les critères ont été retenus par la méthode du groupe nominal.

Le groupe étant composé de 5 personnes qui sont : le coordonnateur du PNLMT, le coordonnateur adjoint, le gestionnaire, la responsable de communication et nous même.

Les réponses sont individuelles à chacun des problèmes identifiés et l'affectation des notes de pondération.

Tableau II : Hiérarchisation des problèmes

Problèmes	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Perception	Scores	Rang
La faible accessibilité financière des diabétiques aux médicaments	23	21	11	21	76	1
L'insuffisance de l'information sur la santé par rapport aux MNT	16	16	9	16	57	6
L'insuffisance dans le système d'information et de collecte des données des MNT à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	19	15	18	17	69	2
L'insuffisance de ressources financières	20	17	15	16	68	3
L'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité	17	16	13	15	61	4
L'insuffisance du système de suivi et évaluation	16	16	13	14	59	5

Au regard de ces scores obtenus, le problème prioritaire retenu est **la faible accessibilité financière des diabétiques aux médicaments**. C'est ainsi que nous avons retenu comme

thème de notre étude « **Contribution a une meilleure prise en charge financière du diabète au Niger** ».

Analyse du problème

La problématique se résume à l'inadéquation de la tarification des médicaments avec l'aptitude des patients à payer et particulièrement pour les diabétiques.

En effet, le coût des traitements reste élevé par rapport au pouvoir d'achat des populations, particulièrement pour les médicaments innovateurs de marque et les génériques pour lesquels les prix restent élevés pour certaines pathologies chroniques notamment le diabète. [25]

L'une des priorités du programme est l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité financière des médicaments chez les diabétiques en vue d'améliorer la qualité et la pérennité de la prise en charge médicale.

Devant cette problématique, il est indispensable d'entreprendre une étude pour identifier les éléments qui ont une influence négative sur la faible accessibilité financière aux médicaments en vue de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du diabète au Niger.

Ainsi, ce travail se veut être, un instrument à caractère résolument pragmatique dont les résultats issus de cette étude seront facilement utilisables.

Ampleur du problème

La problématique de l'accessibilité financière des diabétiques aux médicaments constitue une préoccupation majeure.

C'est une véritable épidémie de diabète qui est en cours. En 1985, on estimait à 30 millions le nombre des diabétiques dans le monde. En 1995, il était monté à 135 millions et, selon les dernières estimations de l'OMS, il était de 177 millions en 2000 et il atteindra au moins les 300 millions d'ici 2025. Le nombre de décès attribués au diabète a été estimé auparavant à un peu plus de 800 000, mais on sait depuis longtemps que ce chiffre a été largement sous-estimé. En réalité, il est plus probable qu'il se situe aux alentours de 4 millions de morts par an, soit 9 % de la mortalité totale. [35]

Au Niger, la situation du diabète est préoccupante avec une prévalence qui est passée de 2% à 4.3% de 2000 à 2007 soit une augmentation de 215% en 5 ans.

En effet, le plan stratégique pour la période 2012-2016 du programme souligne, que la faible accessibilité financière aux médicaments des maladies chroniques non transmissibles dont le diabète est une faiblesse majeure de la contre performance du programme.

Les conséquences de la faible accessibilité financière aux médicaments sont multiples et variées tant pour le patient, la famille, la communauté que pour les services de santé.

Conséquences pour le patient et la famille :

L'enquête de satisfaction des bénéficiaires des prestations de soins santé réalisée en 2014 par le MSP pour l'évaluation de PDS 2011-2015 fait ressortir, dans un cas sur trois au niveau des répondants (es) chefs de ménages relevant des sous catégories (très pauvres et pauvres) et cela à travers presque tous les sites, le constat suivant : «...ils nous incriminent ouvertement, pour avoir pris un peu de temps avant de venir les consulter, alors que nous étions en quête d'argent, pour nous soigner...».

Cet état de fait retarde aussi longtemps que possible le recours à l'utilisation des services de santé qui ne s'opère qu'en cas de complication. [28]

La faible accessibilité financière aux médicaments est également une des causes d'arrêt ou d'inobservance du traitement médical entraînant des complications et réduisant la qualité de la prise en charge.

Le diabétique peut devoir renoncer à certaines activités pour se faire soigner, faire l'objet de mesures discriminatoires à son travail, avoir davantage de difficultés à trouver un emploi et voir sa vie professionnelle abrégée en raison des complications entraînant des incapacités prématurées, voire la mort. [35]

Par ailleurs, les malades, peuvent recourir au marché parallèle de vente de médicaments de qualité douteuse.

Le diabète pèse sur la population à la fois directement, en terme de coût financier, mais aussi d'une manière plus indirecte, on parle alors de coûts « humains » ou « immatériels » (mortalité, morbidité, douleur, diminution générale de la qualité de vie) dont l'impact est profond sur la vie du diabétique et de son entourage. [23]

Conséquences pour la communauté :

Aux coûts de la prise en charge de la maladie et des complications, il faut ajouter ceux de la perte de productivité.

Certains diabétiques ne sont plus en mesure de travailler ou du moins de travailler aussi efficacement qu'avant leur maladie.

Les congés de maladie, les incapacités, les mises à la retraite anticipée et les décès prématurés liés au diabète sont autant de causes de perte de productivité.

Conséquences pour les services de santé :

Les conséquences de la faible accessibilité financière aux médicaments sur les services de santé sont notamment:

- la faible utilisation des services de santé ;
- le retard dans la prise en charge des urgences ;
- le non accomplissement de la mission de soins (la continuité des soins, l'égalité pour tous dans l'accès aux soins essentiels) ;
- la perte de confiance des clients, la structure ne disposant pas de médicaments accessibles financièrement est peu fréquentée par les usagers,
- une démotivation du personnel soignant,
- une impossibilité à sensibiliser sur les aspects préventifs,
- le développement du marché parallèle qui couplé à une automédication dangereuse chez des populations insuffisamment éduquées au niveau sanitaire, peut faire peser de graves dangers.
- Nombre de décès en relation avec le diabète sont dus à des complications cardiovasculaires.

La plupart se produisent à un âge prématuré où les personnes sont encore économiquement actives dans la société. Cette situation conduit les services de santé à grever de plus en plus leurs ressources pour la lutte contre le diabète. [35]

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE

2.1. Problématique

2.1.1. Contexte et justification

Le diabète est une maladie chronique, caractérisée par une hyperglycémie persistante qui nécessite un traitement à vie.

En 2008, la prévalence mondiale de diabète était à 10% et celle de l'Afrique variait de 6 à 15,2% avec une médiane de 8,9%. [8]

En 2013, le diabète a causé 5,1 millions de décès. Toutes les six secondes une personne meurt du diabète. En Afrique, plus des trois quarts des décès liés au diabète ont été enregistrés chez des personnes de moins de 60 ans, c'est-à-dire au plus fort de leur vie active. [2]

Selon la Fédération Internationale du Diabète (FID), le nombre de cas de diabète va augmenter de 98 % en Afrique subsaharienne, passant de 10.2 millions en 2010 à près de 19 millions en 2030.

Au Niger, bien que les données relatives à l'ampleur et aux caractéristiques des MNT soient insuffisantes, les études et les estimations disponibles laissent apparaître une augmentation de leur incidence, surtout ces dernières années et particulièrement pour le diabète.

En effet en 2002 la prévalence du diabète était à 2% et selon l'Enquête" STEPS du décembre 2007" sur les facteurs de risque des MNT notamment la prévalence du diabète au Niger, il ressort chez les adultes :

- Diabète : 4,3%
- Surcharge pondérale : 26,5%
- Obésité : 3,8%

Le taux de mortalité est plus élevé dans la tranche d'âge de 20 à 39 ans, la frange de la population le plus économiquement productive.

Cette enquête a montré également que 22% de la population adulte âgée de 25-44 ans, avaient présenté trois facteurs de risque ou plus, à développer une MNT. [20]

On remarque que la situation est alarmante parce qu'en 5 ans, le nombre de personnes atteintes du diabète, est passé de 2 % en 2002 à 4,3 % en 2007 soit une évolution de 215 %.

Le diabète constitue aujourd'hui un sérieux problème de santé publique au Niger. Il est responsable de graves perturbations de santé et de décès précoces. Cette pathologie devient de

plus en plus invalidante, coûteuse et associée à de lourdes complications avec des répercussions sur la famille, la communauté et le pays.

Les patients diabétiques éprouvent d'énormes difficultés à se procurer des médicaments et à suivre correctement le régime diabétique. Ce qui n'est pas sans conséquences néfastes sur l'évolution de la maladie vers des complications souvent mortelles.

Cette situation alarmante est aggravée par une insuffisance de spécialistes (3 endocrinologues dont un évoluant dans le secteur privé) dans la prise en charge des complications métaboliques et dégénératives.

Par ailleurs, on note un déficit en infrastructures adaptées à la prise en charge de la pathologie. Les matériels de diagnostic et de suivi thérapeutiques sont également insuffisants. Enfin, le Niger ne dispose pas de centre de formation en diabétologie. [9]

En termes de disponibilité en médicaments, la plupart des molécules sont retrouvées sur le marché national mais leurs coûts élevés rendent leur accessibilité financière difficile. [20]

Deux tiers au moins de la population du Niger vivent en dessous du seuil de pauvreté. L'accès aux services d'éducation et de santé, pourtant reconnus comme deux piliers de l'amélioration de la condition socio-économique, reste très inférieur comparé à d'autres pays de la sous- région.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de Développement Economique et Social, l'objectif général que s'est assigné le Niger est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en vue de l'atteinte des OMD liés au secteur santé. Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011 – 2015 aide à matérialiser le droit à la santé pour tous dans la mesure des ressources disponibles. Il facilite notamment l'accès aux soins de la grande majorité de la population, y compris des groupes sociaux les plus vulnérables et les plus démunis selon l'approche soins de santé primaires (SSP).

Le PDS prévoit le renforcement des interventions existantes et le développement des stratégies dans les domaines non couverts dont entre autres les maladies non transmissibles. [7]

L'accessibilité financière des médicaments demeure encore un objectif à atteindre par la prise de mesures incitatives capables de réduire le coût des traitements des pathologies les plus courantes dont le diabète.

Cette étude trouve sa justification dans l'ambition de contribuer à l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité financière aux médicaments chez les diabétiques.

La mise en application des solutions que nous allons proposer, contribuera à l'amélioration de la prise en charge des diabétiques au Niger.

2.1.2. Revue de la littérature

Elle a été la première étape de notre démarche. Elle a été effectuée tout au long de la période de cette recherche. Durant cette étape, nous avons exploité des documents disponibles ayant un intérêt pour notre thématique.

Ainsi, cette revue documentaire nous a permis d'approfondir nos connaissances en matière de management notamment, dans le domaine de l'accessibilité financière aux médicaments; d'apprécier l'importance de la disponibilité des médicaments chez les diabétiques, de rédiger la problématique et d'élaborer les outils de collecte.

2.1.2.1. Disponibilité des médicaments :

Au Niger, la disponibilité des médicaments dans le secteur public reste assez faible malgré la politique nationale des MEG adoptée en 1995. Cependant, les résultats de l'étude sur le prix des médicaments au Niger réalisée en septembre 2006 par la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle avec le concours technique et financier de l'OMS et de l'UE, donnent seulement 36,11% (13/36) de médicaments disponibles au niveau de la moitié des points de vente publics. [25]

Dans le secteur privé, il a été constaté une progression assez significative de la disponibilité aussi bien des médicaments innovateurs de marque que leurs équivalents génériques. Cette disponibilité varie de 27,77% (10/36) et 33,33% (12/36) respectivement pour les génériques et les innovateurs de marque à 52,57% (19/36) et 61,11% (22/36). Ceci pourrait être le fruit de l'adoption d'une législation et d'une réglementation pharmaceutiques qui sont favorables à l'essor du secteur. A cela s'ajoute un contexte économique mettant le médicament innovateur de marque hors de portée de la plupart des populations nigériennes. [25]

Il en est de même pour le secteur parapublic qui bien que ne faisant en principe que du générique, enregistre une disponibilité relativement acceptable allant de 22,22% (8/36) à 50% (18/36). Cela pourrait s'expliquer par le fait que le secteur parapublic est tenu de respecter une liste de médicaments essentiels arrêtée par voie réglementaire. [25]

L'OMS souligne qu'il est toujours aussi difficile pour plusieurs pays de garantir un approvisionnement régulier en médicaments. Cet état de fait a une incidence sur l'accès aux médicaments. Les besoins sont souvent mal estimés et les produits peuvent se trouver en rupture à une certaine période, ou alors jetés parce qu'ils sont périmés. Il est également courant que ce soit les zones rurales et reculées qui soient touchées quand leur distribution n'est pas efficace. [16]

De par sa fréquence d'apparition, pour 95% de l'échantillon des ménages interviewés lors de l'enquête de satisfaction des bénéficiaires des prestations de soins et santé au Niger [14], le besoin en médicament est vraisemblablement le plus préoccupant. Le poids occupé par un tel besoin dans le répertoire des doléances des bénéficiaires en matière de santé s'explique par le fait qu'il joue un rôle pivot (central) dans les prestations des services curatifs et préventifs. Et d'autre part, le médicament constitue un ingrédient indispensable pour la fonctionnalité et l'efficacité de la mesure d'exemption de paiement de frais de soins en faveur des groupes les plus vulnérables et au Recouvrement Des coûts de Soins.

Le manque, l'insuffisance et/ou les ruptures des médicaments dans les formations sanitaires a été une observation partagée par presque tous les 95% répondants bénéficiaires.

La requête de rendre disponibles certains médicaments spécifiques contre le paludisme, le diabète, la tension, l'ulcère, la tuberculose, le trachome, a été recueillie auprès de 33% des bénéficiaires, toutes régions confondues.

« *Rendre disponibles les médicaments* », en Zarma « *Safaromatokoirra* » (que les médicaments nous parviennent) ou en Hausa « *maganindayshisamu* », telle est la formule phare à travers laquelle, l'écrasante majorité des répondants(es) bénéficiaires, tous sites confondus, ont exprimé le besoin en médicaments. [28]

Le médicament représente de ce fait une donnée socio-économique importante pour le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté défini dans tous les pays en développement.

On évalue qu'environ les deux tiers des dépenses de santé des ménages sont consacrés à l'acquisition de produits pharmaceutiques.

2.1.2.2. Accessibilité financière des médicaments :

Le médicament est souvent considéré comme le catalyseur du système de santé. Quand celui-ci est inaccessible, pour des raisons logistiques ou financières, il s'en suit inévitablement une baisse de la fréquentation des centres de santé, une démotivation du personnel soignant, une impossibilité à sensibiliser sur les aspects préventifs. Le marché

parallèle peut alors se développer, qui couplé à une automédication dangereuse chez des populations insuffisamment éduquées au niveau sanitaire, peut faire peser de graves dangers. [5]

Au Niger, au niveau de l'accessibilité financière, le coût des traitements reste élevé par rapport au pouvoir d'achat des populations particulièrement pour les médicaments innovateurs de marque et les génériques pour lesquels les prix restent élevés pour certaines pathologies chroniques (diabète, ulcère etc.). Par contre, pour les infections aiguës, l'accessibilité financière paraît acceptable. [25]

L'enquête réalisée en Juillet 2014 pour l'évaluation à mis parcours du plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015 [28], a permis de constater les faits suivants :

- L'impératif de réduire significativement le prix des médicaments a été émis, comme vœux avec une fréquence variant entre 40 à 60% des bénéficiaires par District qui les trouvent chers, en dépit de leur faible disponibilité.
- Les coûts des prestations, des médicaments, des examens médicaux, d'hospitalisation, jugés exorbitant par 38% des répondants (es) qui ont sollicité les revoir à la baisse.
- Parmi les facteurs favorisant l'expression de la demande de soins et autres services de santé, les facteurs liés aux conditions socio-économiques des ménages se résument à la disponibilité des ressources financières des ménages, cités par 87%.
- «...ils nous incriminent ouvertement, pour avoir pris un peu de temps avant de venir les consulter, alors que nous étions en quête d'argent, pour nous soigner...», constat recueilli, dans un cas sur trois au niveau des répondants (es) chefs de ménages relevant des sous catégories (très pauvres et pauvres) et cela à travers presque tous les sites, pour l'amélioration de l'accueil au niveau des services de santé.

Cet état de fait retarde aussi longtemps que possible le recours à l'utilisation des services de santé qui ne s'opère qu'en cas de complication.

Ainsi, dans le but de cerner l'accès aux médicaments essentiels à prix abordables, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) suit régulièrement la situation de médicaments de première nécessité. Les récents résultats classent le Niger dans la catégorie des pays ayant un accès faible ; avec une proportion de sa population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable compris entre 50-79%. [25]

Selon une étude de l’OMS réalisée dans sept pays pour étudier l’efficacité de la réponse du système de santé au problème du diabète sur différents paramètres et explorer les inégalités dans la prise en charge du diabète, attribuables à des facteurs socio-économiques, il ressort : « Une proportion substantielle des diabétiques n’a pas fait l’objet d’un diagnostic et ne reçoit par conséquent aucun traitement et ce, à la fois dans les pays développés et dans les pays en voie de développement. Les chiffres vont de 24% des femmes en Écosse et aux États-Unis d’Amérique à 62% des hommes en Thaïlande. Toutefois, pour les trois pays, la couverture sociale était un puissant indicateur de diagnostic et de traitement efficace, particulièrement aux États-Unis. Le coût de l’accès aux soins s’est révélé être un puissant indicateur de diagnostic et de traitement. » [22]

2.1.2.3. Coûts du diabète

En raison de sa chronicité, de la gravité de ses complications et des moyens qui doivent être mis en œuvre pour les combattre, le diabète est une maladie coûteuse, non seulement pour le malade et sa famille, mais aussi pour les autorités sanitaires.

D’après des études en Inde, une famille indienne à faible revenu dont un membre adulte souffre de diabète consacre 25% de ses ressources à la prise en charge du malade.

Aux États-Unis d’Amérique :

- ce chiffre est de 10% pour les familles ayant un enfant diabétique ;
- le total des dépenses de santé est trois fois plus élevé pour un diabétique que pour une personne qui ne souffre pas de cette maladie.
- On a calculé par exemple que, dans ce pays, le total des dépenses consacrées aux soins du diabète s’élevait à US \$44 milliards.

Dans la Région OMS du Pacifique occidental, une analyse récente des dépenses de santé a montré que 16 % des dépenses hospitalières étaient consacrées aux diabétiques.

Dans la République des Îles Marshall, le chiffre correspondant est de 25 %.

Fidji consacre aux complications du diabète 20 % de ses dépenses de santé à l’étranger, lorsque les possibilités de traitement n’existent pas dans le pays et que les patients sont obligés d’aller ailleurs. [35]

Le tout représente des sommes considérables pour des pays qui n’ont guère les moyens de faire des dépenses aussi massives sur des pathologies évitables.

Le diabète est donc une maladie coûteuse, et l’on comprend mieux tout l’intérêt de la prévention, tant au niveau des destinées individuelles que des dépenses sanitaires des nations.

Coûts directs

Pour les malades et leurs familles, ces coûts sont entre autres ceux des soins médicaux, des médicaments, de l'insuline et d'autres fournitures. A cela peuvent s'ajouter d'autres dépenses personnelles, par exemple un relèvement des cotisations ou primes d'assurance maladie, d'assurance vie et d'assurance automobile.

Pour le secteur de la santé, les coûts directs englobent ceux des services hospitaliers et des prestations médicales, des examens de laboratoire et de la prise en charge quotidienne des diabétiques - qui exige la fourniture de produits divers, insuline, seringues, agents hypoglycémisants administrés par voie orale, et matériel nécessaire aux analyses de sang. Ces coûts peuvent être relativement faibles, par exemple pour les consultations dans les services de soins de santé primaires et les consultations externes dans les hôpitaux, ou au contraire extrêmement élevés, quand il s'agit par exemple des hospitalisations de longue durée nécessaires au traitement des complications. [35]

Dans la plupart des pays, les hospitalisations pour les complications à long terme, accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux, insuffisance rénale, pathologies des membres inférieurs, représentent le poste le plus important de dépenses relatives au diabète. Pourtant, il est possible d'éviter la majorité d'entre elles en diagnostiquant rapidement le diabète, en informant efficacement les patients et les professionnels et en assurant des soins globaux sur le long terme. [35]

Coûts par diminution de la productivité ("Coûts indirects")

Il n'est pas facile d'estimer le coût de cette perte de productivité pour la société. Lorsque ces estimations ont été faites, elles ont abouti à la conclusion que le chiffre pouvait être aussi élevé, voire plus, que celui des coûts directs. Par exemple, aux Etats-Unis d'Amérique, il faut mettre en parallèle le chiffre de US \$44 milliards, cité plus haut pour les coûts directs, et les US \$54 milliards de perte de productivité estimée pour la même année (1997). Les estimations cumulées pour 25 pays d'Amérique latine donnent à penser que la perte de productivité y aurait un coût cinq fois supérieur à celui des soins. Cela s'expliquerait par le fait que, dans ces pays, il y a un accès limité aux soins de qualité et, en conséquence, une forte incidence des complications, des incapacités et des décès prématurés. Le diabète et ses conséquences grèvent aussi bien sûr les revenus des familles. [35]

Coûts intangibles

Ces coûts, qui se mesurent en souffrances, inconfort, anxiété et autres désagréments diminuant la qualité de vie, sont tout aussi lourds. Le diabétique peut devoir renoncer à certaines activités pour se faire soigner, faire l'objet de mesures discriminatoires à son travail, avoir davantage de difficultés à trouver un emploi et voir sa vie professionnelle abrégée en raison des complications entraînant des incapacités prématurées, voire la mort.

Les relations sociales, les loisirs, la mobilité peuvent aussi être entravés. Enfin, le traitement du diabète, notamment l'injection d'insuline et les contrôles, peut demander beaucoup de temps et entraîner des désagréments et de l'inconfort. [35]

Pour les aidants non professionnels de la région réunionnaise [23], aider la personne diabétique a des répercussions sur leur vie sociale, sur leur sortie durant la journée, sur les déplacements et sur leur bien être physique et moral.

Pour les aidants « non professionnels » :

- 26 % ont répondu ne plus pouvoir sortir la journée sans être au préalable remplacé dans leur rôle d'aidant et 5 % ne sortent plus du tout de la journée.
- 15 % des aidants ne peuvent plus sortir le soir
- 38 % ne peuvent plus partir quelques jours sans être remplacé dans leur rôle d'aidant et 10% ne peuvent plus partir du tout
- 40 % ont leur sommeil interrompu
- 8 % perdent ou sont en train de perdre des contacts avec leurs amis
- pour 44 %, cette aide a des conséquences négatives sur leur bien-être physique (anxiété, stress, sensation d'être submergé)
- pour 47 % le rôle d'aidant a eu des conséquences positives. Ils ont l'impression d'être plus patient et ce travail est pour eux gratifiant.

Le coût immatériel du diabète, ne concerne donc pas uniquement la personne malade, mais également ses proches, son entourage.

2.1.3. But de l'étude

Améliorer la qualité de vie et la prise en charge des diabétiques

2.1.4. Objectifs

Objectif général :

Améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière aux médicaments chez les diabétiques.

Objectifs spécifiques :

- Estimer le coût du traitement du diabétique
- Analyser les coûts socioéconomiques du diabète
- Etudier les perspectives de pérennisation de la prise en charge des diabétiques
- Formuler des recommandations que suggèrent les résultats de l'analyse des coûts

2.2. Cadre conceptuel

2.2.1. Définition des concepts

Médicament [3]

On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou restaurer, corriger, modifier leurs fonctions organiques.

Médicaments essentiels

Les médicaments essentiels sont définis par l'OMS comme ceux satisfaisant les besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé. Ils doivent donc être disponibles à tout moment, en quantité suffisante, sous la forme pharmaceutique appropriée et à un prix accessible pour les individus et la communauté. Ils sont regroupés dans une liste modèle révisée idéalement chaque deux ans. [19]

Quant aux médicaments génériques essentiels, ce sont des médicaments dont le brevet d'exploitation est tombé dans le domaine public.

Accessibilité financière aux médicaments

L'accès aux médicaments dépend, entre autres, de leur accessibilité financière, tant pour les patients que pour les systèmes de santé. [29]

Accessibilité : (aux soins), selon Picheral « c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple distance / temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque ». [31]

L'**accessibilité financière** est le coût d'un traitement par rapport au revenu de la population. [19]

Dans cette enquête, le salaire mensuel minimum du diabétique est comparé au coût d'un traitement défini pour cette affection.

Le diabète

La maladie recouvre des anomalies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie persistante, résultant d'un défaut de sécrétion ou d'action d'insulino-résistance, ou des deux à la fois. Elle se définit par une glycémie au hasard supérieure à 2g/l (11.1 mmol) avec des symptômes de diabète ou une glycémie à jeun supérieure à 1,26g/l (7.0 mmol/l) à deux reprises, ou une glycémie supérieure à 2g/l (11.1 mmol) 2 heures après une charge en glucose. [15]

2.2.2. Généralités sur le diabète : [2]

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme est incapable de produire suffisamment d'insuline ou d'utiliser l'insuline de manière efficace. [1 ATLAS]

L'insuline est une hormone fabriquée dans le pancréas, qui permet au glucose contenu dans les aliments de pénétrer dans les cellules de l'organisme, où il est transformé en énergie nécessaire au bon fonctionnement des muscles et des tissus. Chez une personne atteinte de diabète, le glucose n'est pas absorbé correctement et continue de circuler dans le sang (un

trouble connu sous le nom d'hyperglycémie), endommageant ainsi peu à peu les tissus. Ces dommages peuvent entraîner des complications invalidantes mettant la vie de la personne en danger. Il existe trois grands types de diabète:

- le diabète de type 1
- le diabète de type 2
- le diabète gestationnel

Diabète de type 1

Le diabète de type 1 est provoqué par une réaction auto-immune au cours de laquelle les propres défenses de l'organisme attaquent les cellules bêta du pancréas qui produisent l'insuline. L'organisme devient alors incapable de fabriquer l'insuline dont il a besoin. Les causes du diabète de type 1 ne sont pas clairement établies. La maladie peut toucher des personnes de tout âge, mais apparaît généralement chez les enfants ou les jeunes adultes. Les personnes atteintes de cette forme de diabète ont besoin d'insuline chaque jour afin de maintenir leur glycémie sous contrôle.

Sans insuline, les personnes atteintes de diabète de type 1 ne peuvent survivre.

En général, le diabète de type 1 apparaît de manière soudaine et se traduit par des symptômes tels que :

- ✚ soif excessive et bouche sèche ;
- ✚ mictions fréquentes ;
- ✚ manque d'énergie, fatigue extrême ;
- ✚ faim constante ;
- ✚ perte de poids soudaine ;
- ✚ cicatrisation lente des plaies ;
- ✚ infections récurrentes ;
- ✚ vision trouble.

Les personnes atteintes de diabète de type 1 peuvent mener une vie saine et normale grâce à la combinaison d'une insulinothérapie quotidienne, d'une surveillance étroite, d'une alimentation saine et de la pratique régulière d'une activité physique.

Le nombre de personnes atteintes de diabète de type 1 est en augmentation. Les raisons de cette hausse ne sont pas encore connues avec certitude mais des modifications des facteurs de risque environnementaux, des événements survenant aux premiers stades de la grossesse, l'alimentation au début de la vie et des infections virales pourraient jouer un rôle.

Diabète de type 2

Le diabète de type 2 est la forme la plus courante de la maladie. Il touche généralement les adultes mais est de plus en plus souvent observé chez des enfants et des adolescents. Chez les personnes atteintes de diabète de type 2, l'organisme est capable de produire de l'insuline, mais soit la quantité produite est insuffisante, soit l'organisme ne réagit pas à l'action de l'insuline, ce qui entraîne une accumulation de glucose dans le sang.

De nombreuses personnes atteintes de diabète de type 2 en sont longtemps inconscientes car plusieurs années peuvent s'écouler avant que les symptômes apparaissent ou soient reconnus.

Pendant ce temps, l'excès de glucose dans le sang provoque des dommages à l'organisme.

Le diagnostic n'est souvent posé que lorsque des complications du diabète se sont déjà développées.

Bien que les raisons de l'apparition du diabète de type 2 soient encore inconnues, il existe plusieurs facteurs de risque importants, entre autres :

- ✚ l'obésité ;
- ✚ une alimentation peu équilibrée ;
- ✚ l'inactivité physique ;
- ✚ un âge avancé ;
- ✚ des antécédents familiaux de diabète ;
- ✚ l'ethnie ;
- ✚ une glycémie élevée pendant la grossesse qui affecte l'enfant à naître.

Contrairement aux personnes atteintes de diabète de type 1, la majorité des personnes atteintes de diabète de type 2 n'ont pas besoin de doses quotidiennes d'insuline pour survivre. De nombreuses personnes parviennent à gérer leur maladie grâce à une alimentation saine et à davantage d'activité physique ou à des médicaments pris par voie orale.

De l'insuline peut toutefois leur être prescrite si elles ne parviennent pas à réguler leur glycémie.

Le nombre de personnes atteintes de diabète de type 2 augmente rapidement à travers le monde. Cet accroissement est associé au développement économique, au vieillissement des populations, à l'intensification de l'urbanisation, à des changements d'alimentation, à une diminution de l'activité physique et à d'autres modifications du mode de vie. [2]

Récemment encore, ce type de diabète n'était observé que chez l'adulte mais on le trouve désormais aussi chez l'enfant. [17]

Diabète gestationnel [2]

Les femmes qui développent une résistance à l'insuline et, par conséquent, une glycémie élevée pendant leur grossesse sont atteintes de diabète gestationnel (DG).

Le diabète gestationnel apparaît généralement à un stade plus avancé de la grossesse, souvent vers la 24^{ème} semaine. Ce trouble survient parce que l'action de l'insuline est inhibée, probablement par les hormones produites par le placenta, ce qui provoque une résistance à l'insuline (également appelée insulino-résistance).

Comme le diabète gestationnel apparaît généralement plus tard au cours de la grossesse, le fœtus est déjà bien formé, même si son développement n'est pas terminé. Le risque immédiat pour le bébé n'est donc pas aussi important que pour les enfants dont la mère était atteinte de diabète de type 1 ou de type 2 dès avant la grossesse. Néanmoins, un diabète gestationnel non maîtrisé peut avoir des conséquences graves à la fois pour la mère et le bébé.

Si la glycémie est mal gérée pendant la grossesse, le bébé peut être beaucoup plus gros que la normale (un trouble appelé macrosomie fœtale), ce qui rend l'accouchement difficile et risqué. Le nouveau-né risque de souffrir de blessures aux épaules et de problèmes respiratoires.

Dans de nombreux cas, une césarienne est nécessaire et met en danger la santé de la mère, en particulier parmi les communautés à faible revenu où l'accès à des soins de santé de qualité est limité.

Dans les régions rurales reculées, un travail prolongé met en péril la vie des mères.

Il existe également un risque de pré-éclampsie, à savoir une élévation soudaine de la tension artérielle mettant en danger la santé (voire la vie) de la mère et de son enfant.

Chez les mères, le diabète gestationnel disparaît généralement après l'accouchement.

Toutefois, les femmes qui ont développé un diabète gestationnel risquent davantage d'être de nouveau atteintes de ce trouble lors de grossesses suivantes et/ou de développer un diabète de type 2 plus tard au cours de leur vie. Les enfants de mères atteintes de diabète gestationnel sont également exposés à un risque plus élevé d'obésité et de diabète de type 2 durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Les femmes atteintes de diabète gestationnel doivent surveiller et maîtriser leur glycémie afin de réduire au minimum les risques pour le bébé. Pour ce faire, il leur suffit généralement d'adopter une alimentation saine et de pratiquer un exercice physique modéré. Néanmoins, dans certains cas, de l'insuline ou un médicament administré par voie orale peut être nécessaire.

Complications du diabète

Les personnes atteintes de diabète sont exposées à un risque de développer divers problèmes de santé invalidants et potentiellement mortels. Une glycémie en permanence élevée peut être à l'origine de maladies graves touchant le système cardiovasculaire, les yeux, les reins et les nerfs. En outre, les personnes atteintes de diabète sont davantage exposées aux infections.

Dans pratiquement tous les pays à revenu élevé, le diabète est une des premières causes de maladie cardiovasculaire, de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation des membres inférieurs.

Par ailleurs, dans les pays à faible et moyen revenu, l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 se double d'une multiplication de l'impact de ces complications coûteuses (en termes à la fois humains et économiques).

Le maintien de la glycémie, de la tension artérielle et du cholestérol à un niveau proche de la normale peut contribuer à retarder ou à prévenir les complications du diabète.

Les personnes atteintes de diabète doivent faire l'objet d'un dépistage régulier des complications.

L'insuline

L'insuline est une hormone produite dans le pancréas, qui permet au glucose de pénétrer dans les cellules de l'organisme où il est transformé en énergie.

Les personnes atteintes de diabète de type 1 ne peuvent survivre sans doses quotidiennes d'insuline.

Certaines personnes atteintes de diabète de type 2 ou de diabète gestationnel ont également besoin de prendre de l'insuline, en plus d'autres médicaments.

En 1921, au Canada, le scientifique Frederick Banting et l'étudiant en médecine Charles Best ont isolé une substance dans le pancréas de chiens, qu'ils ont baptisée « islétine » et que nous connaissons aujourd'hui sous le nom d'insuline.

Avant l'utilisation de l'insuline, les personnes atteintes de diabète devaient suivre un régime draconien et n'avaient aucun espoir de survie. La nouvelle des bons résultats obtenus avec l'insuline s'est répandue très rapidement et la demande de ce médicament a explosé à travers le monde. Depuis lors, d'immenses progrès ont été réalisés dans les domaines de la recherche et du développement.

Toutefois, près d'un siècle après la découverte de l'insuline, il existe encore de nombreux endroits de la planète où les personnes atteintes de diabète de type 1 n'ont pas accès à l'insuline – parce qu'elles n'ont pas les moyens financiers nécessaires ou parce qu'elles ne peuvent pas s'en procurer aisément – et décèdent peu de temps après l'apparition de la maladie.

Intolérance au glucose et anomalie de la glycémie à jeun

Les personnes dont la glycémie n'est pas aussi élevée que celle des personnes atteintes de diabète présentent une intolérance au glucose (IG) ou une anomalie de la glycémie à jeun (AGJ). Le terme « pré diabète » est également utilisé pour décrire ces troubles, une « zone grise » entre la glycémie normale et le diabète. L'intolérance au glucose est définie comme une glycémie élevée après la consommation d'aliments, tandis que l'anomalie de la glycémie à jeun est définie comme une glycémie élevée à jeun.

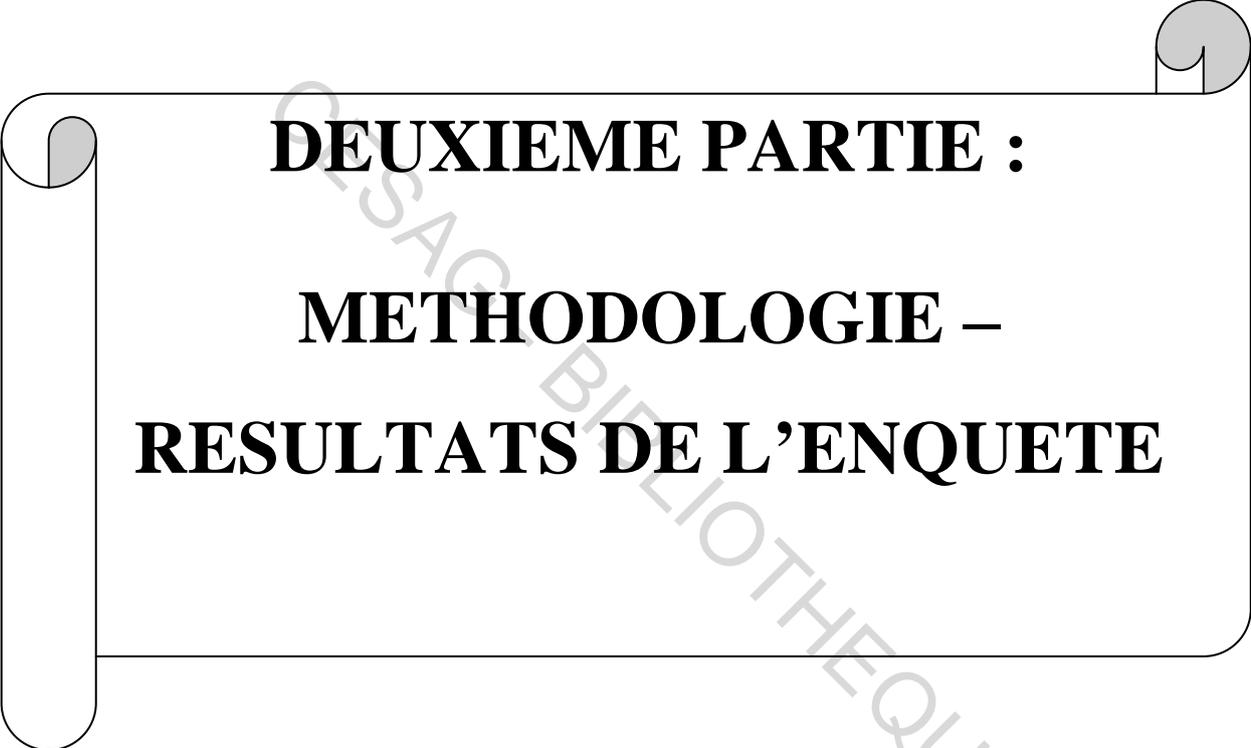
Les personnes présentant une intolérance au glucose risquent davantage de développer un diabète de type 2. L'intolérance au glucose a de nombreuses caractéristiques communes avec le diabète de type 2 et est associée à l'obésité, à un âge plus avancé et à l'incapacité de l'organisme à utiliser l'insuline qu'il produit.

Toutes les personnes présentant une intolérance au glucose ne développent pas le diabète de type 2 : de très nombreuses preuves démontrent l'efficacité d'une adaptation du mode de vie (alimentation saine et exercice physique) pour prévenir l'évolution vers le diabète.

Prise en charge du diabétique : [17]

Elle repose sur :

- l'existence de structure adaptée et équipée ;
- la compétence du personnel de santé impliqué dans cette prise en charge ;
- l'attitude du patient à suivre le traitement prescrit :
- . Education du patient et de son environnement socio professionnel,
- . Moyens matériels et financiers du patient



DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE –
RESULTATS DE L'ENQUETE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une recherche action. Il s'agit d'une étude descriptive à visée analytique. La méthodologie consiste dans un premier temps, à identifier dans une organisation un problème de gestion jugé prioritaire par les dirigeants et les autres membres ; dans un deuxième temps, à identifier les causes du problème et enfin à proposer des solutions en vue de sa résolution.

3.1. Population de l'étude

Elle concerne les patients diabétiques vus en consultation à l'hôpital national de Niamey l'HNN (aux services de médecine interne qui ont 4 jours de consultations/semaine pour les diabétiques) et à la clinique Yachfine (1 jour de consultation par semaine).

La taille de l'échantillon est fixée à 180 patients diabétiques à partir de la méthode de calcul suivante : $n = (\epsilon_{\alpha}^2 * p * q) / i^2 = 175,64$

ϵ est l'écart réduit correspondant au risque α consenti (si $\alpha = 5\%$, $\epsilon = 1,96 \approx 2$).

p est la fréquence approximative du facteur étudié = 4.3% (prévalence du diabète en 2007 selon l'enquête nationale STEP)

q est le complément de p ($q = 1-p$).

i est la précision souhaitée pour p ($i = 3\%$)

3.2. Méthode et technique d'échantillonnage

Dans cette étude, nous avons opté pour la méthode d'échantillonnage non probabiliste.

Pour la constitution de l'échantillon, nous avons procédé par la technique d'échantillonnage du choix raisonné où les unités statistiques sont choisies selon des critères prédéfinis à savoir :

- Présence de patients diabétiques,
- Présence de spécialistes en diabétologie
- Structure prend correctement en charge les patients (qualité des soins est supposée bonne)
- Structures ayant le même prix de la consultation (3500F CFA)

Ce qui nous a permis de choisir des structures représentatives de la communauté urbaine de Niamey pour le problème à traiter. Nous avons ainsi choisi la clinique Yachvine et l'hôpital national de Niamey (HNN).

Au niveau de l'HNN, on a deux endocrinologues qui ont chacun deux jours de consultation par semaine pour la prise en charge du diabète (lundi, mardi et jeudi pour les deux diabétologues) avec en moyenne vingt patients par consultation.

A la clinique Yachvine, on a un seul jour de consultation de diabétologie le samedi avec en moyenne vingt cinq patients par jour.

Ainsi on a eu 120 patients à l'HNN et 60 à la clinique Yachvine.

3.3. Stratégie de recherche

Méthode

Pour collecter le maximum de données par rapport à nos objectifs, nous avons choisi l'approche quantitative et qualitative.

Le choix de la méthode qualitative se justifie par le fait que les données recherchées sont en grande partie des discours liés aux perceptions des personnes enquêtées. La recherche qualitative produit et analyse les données qualitatives, telles que les paroles écrites ou dites.

Pour bien mener cette étude, nous avons utilisé une démarche méthodologique s'articulant sur cinq phases:

- identification du problème;
- analyse du problème;
- analyse des causes ;
- identification des solutions ;
- choix de la solution prioritaire ;
- mise en œuvre de la solution.

Toutes ces étapes ont été décrites successivement selon l'ordre chronologique dans le présent travail.

Techniques et instruments de collecte

Comme technique et outils de collecte des données nous avons exploité la documentation existante et utilisé l'entretien et les questionnaires.

L'entretien :

L'entretien a porté sur le fonctionnement et l'organisation du service, les difficultés inhérentes à la gestion quotidienne de ces patients et les mesures entreprises ou préconisées dans la recherche de l'amélioration des prestations fournies.

Le questionnaire

Le recueil des données s'est fait sur place auprès des patients et à partir d'un questionnaire. Pendant la collecte, nous avons interrogé nos malades, et nous avons recueilli nos données sur une fiche d'enquête individuelle pour chaque patient. Sur cette fiche y figurent :

- l'identité du patient (âge, sexe, profession, résidence);
- la date de découverte du diabète ;
- le type de diabète ;
- son mode de découverte ;
- la notion d'antécédent de diabète familial ;
- le type de traitement ;
- les pathologies associées et leur traitement ;
- la participation de la famille à la prise en charge
- le coût direct de la prise en charge du diabète et de ses complications regroupant :
 - les dépenses annuelles liées aux consultations ;
 - les dépenses annuelles de bilans de suivi ;
 - les dépenses annuelles liées à l'achat de médicaments ;
 - les dépenses annuelles liées aux déplacements ;
- le coût indirect regroupant :
 - le nombre d'heures de productivité « perdu » en venant à la structure de PEG
 - la perte de revenu par heure
 - la perte de revenu total
 - l'absentéisme au travail pour cause de maladie ou de visite médicale ;
 - l'inaptitude au travail pour cause d'invalidité ;
 - les absences au travail des membres de l'entourage ;
- le coût intangible (douleur morale, stress, état de bien être)

3.4. Pré-test

Avant l'administration des questionnaires nous avons en premier opté de faire un pré test des questionnaires auprès de 15 diabétiques afin d'apporter des modifications sur d'éventuelles erreurs ou incompréhensions. Ceci nous a permis d'apporter des changements dans la manière de poser certaines questions qui auraient pu faire l'objet d'incompréhension.

3.5. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée du 24 Août au 28 Septembre 2012. Elle s'est faite en deux étapes :

En premier lieu nous avons fait une prise de contact avec les principaux acteurs concernés pour expliquer le but de cette étude, son intérêt pour les diabétiques et les services de santé, le caractère confidentiel des informations recueillies et sa visée hautement statistique.

La participation ou non à l'étude a été basée sur le consentement éclairé de chaque patient diabétique sous traitement.

En second lieu nous sommes passée aux interviews qui ont touché d'abord les prestataires des soins (trois endocrinologues, le major de médecine B3 de l'HNN et celui de la clinique Yachvine) puis le responsable de la pharmacie de l'HNN, le directeur de la DEP et la directrice de santé publique, ainsi que le point focal des MNT à l'OMS.

3.6. Dépouillement et traitement des données

Le mode d'analyse a été fait en fonction des méthodes de recherche employées, nous avons procédé de la manière suivante :

Pour les données quantitatives, l'enquête est réalisée à partir de CSPro et le traitement des données est réalisé à partir du logiciel SPSS et Excel. Nous avons calculé dans un premier temps les coûts directs (médicaux et non médicaux) et indirects qui constituent des éléments quantifiables. Ensuite pour les coûts intangibles qui sont plutôt qualitatifs nous avons utilisé des fréquences pour répartir les malades en fonction des états de bien être et de douleur.

Pour les données qualitatives, nous avons fait l'analyse des données qui a conduit à décrire et à classer, par thème, les réponses obtenues de nos différentes sources. Ensuite, nous avons procédé à une réduction des données par le biais de catégorisation pour les exploiter en concevant les dires et les réponses de nos informateurs. Aussi, les informations recueillies ont été regroupées sous grands thèmes. Puis, ces thèmes ont été classés et simplifiés jusqu'à ce que les catégories soient exclues, tout en étant représentatives du contenu des entretiens pour ne garder que l'essentiel qui se rapporte uniquement à notre objet d'étude.

3.7. Difficultés et limites de l'étude

L'étude est pertinente dans l'état actuel des connaissances sur l'accessibilité financière aux médicaments des diabétiques. Mais elle comporte des difficultés et limites qui méritent d'être soulignées.

Difficultés :

Comme dans toute recherche scientifique, la réalisation de ce travail a été riche d'expériences au regard des difficultés que nous avons rencontrées.

Ces difficultés sont :

- ✓ l'instabilité du personnel due aux nombreux déplacements dans le cadre de leurs activités ou qui, par défaut de temps, tardaient à répondre aux entrevues. Ce qui nous obligeait à les attendre ;
- ✓ les jours et heures de consultation des différents spécialistes avec lesquels nous avons travaillé ont parfois coïncidé avec notre rendez-vous d'entretien;
- ✓ Certaines variables sont peu précises comme les « actes de biologie », ce qui ne permettra pas d'estimer le coût du suivi biologique, la majorité des personnes interrogées n'étant pas en mesure, ni de quantifier le nombre de prise de sang et de test urinaire effectués, ni d'apporter des précisions sur les examens réalisés ;
- ✓ Une dizaine de personnes (5,55%) ont refusé d'être interrogées sur leur revenu.

A noter par contre, la bonne participation des malades sollicités.

Limites

- La présente étude est menée dans deux structures de la communauté urbaine de Niamey (HNN, clinique Yachvine) et non dans toutes les structures hospitalières du Niger. Il peut de ce fait exister des différences significatives entre les coûts supportés par les diabétiques de la CUN et ceux des autres régions du Niger.
- Le coût total calculé est celui supporté par les patients diabétiques et leurs familles. Les coûts supportés par les structures ne sont pas incorporés dans la mesure où notre objectif est d'améliorer l'accessibilité financière aux médicaments des diabétiques pour assurer la pérennité de la prise en charge.

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS

4.1. Résultats de la revue documentaire

4.1.1. Disponibilité et accessibilité financière des médicaments

Au Niger, selon le rapport de l'étude sur les prix des médicaments réalisée en 2006 par la direction de la pharmacie des laboratoires et de la médecine traditionnelle (DPHLMT) [21] il ressort :

➤ Au niveau de la disponibilité des médicaments

Elle demeure une problématique au niveau du secteur public pour laquelle la recherche de solutions idoines s'avère urgente.

Dans le secteur privé, il a été constaté une progression assez significative de la disponibilité aussi bien des médicaments innovateurs de marque que leurs équivalents génériques. Ceci pourrait être le fruit de l'adoption d'une législation et d'une réglementation pharmaceutiques qui sont favorables à l'essor du secteur. A cela s'ajoute un contexte économique morose mettant le médicament innovateur de marque hors de la portée de la plupart des populations nigériennes.

Dans le secteur parapublic, on remarque que la disponibilité des médicaments génériques est assez moyenne et est meilleure que dans le secteur public sensé l'approvisionner.

➤ Au niveau de l'accessibilité financière

L'étude a démontré que le coût des traitements des maladies chroniques reste élevé par rapport au pouvoir d'achat des populations particulièrement pour les médicaments innovateurs de marque où il a été trouvé jusqu'à **40,7** salaires journaliers pour une cure d'un **(1)** mois.

Pour les génériques, les prix restent élevés pour certaines pathologies chroniques (Arthrite, diabète, ulcère etc.). Par contre, pour les infections aiguës, l'accessibilité financière paraît acceptable.

En outre, il a été démontré qu'il y a une grande variation entre le médicament innovateur de marque et l'équivalent générique le moins cher concernant l'accessibilité financière, allant du double ou triple en général pour dépasser dans certains cas 10 fois le nombre de salaires journaliers.

4.1.2. Impact socio économique du diabète

Lawali Salissou dans son étude sur l'impact socio économique du diabète à HNN fait ressortir les données suivantes [18]:

-les femmes sont plus touchées (57,9 %) que les hommes et l'Age moyen est de 53,82 ans avec des extrêmes de 16 à 83 ans.

-Les patients résidant à Niamey sont plus représentés suivis des régions de Tillabéry et de Dosso.

-L'acidocétose est la complication aigue la plus retrouvée dans 65,85%, tandis que les complications chroniques sont dominées par les complications cardiovasculaires dans 29,10% et les pieds diabétiques dans 29,10%.

-Le coût direct de la prise en charge est représenté par :

- *Les frais de consultation* : 34,9% des patients dépensent moins de 30 000 F CFA/an ;
- *Les frais d'hospitalisation* : 72,1% ont une dépense de frais d'hospitalisation supérieure à 30 000 F CFA ;
- *Les frais d'examen complémentaire* : 49,3% dépensent moins de 50 000 F CFA/an ;
- *Les dépenses de transport* : 35,5% dépensent entre 2000 à 10 000 FCFA,
- *La dépense moyenne de médicaments* enregistrée est de 11 701,75 FCFA par mois soit 140 420,96 F CFA par an.

-Les coûts indirects notamment : Absences répétées au travail pour cause de maladie ou de visite médicale, L'inaptitude au travail, Départ à la retraite anticipée pour cause d'invalidité, Absences au travail de l'entourage, Le décès prématuré représentent respectivement 51,22% ; 23,2% ; 12,73% ; 8,55% ; 2%.

Le diabète touche de manière disproportionnée les personnes appartenant à des groupes socio-économiques défavorisés. Guize et al. (2008) ont constaté que les personnes âgées dont la situation socio-économique est difficile sont deux à trois fois plus susceptibles que les groupes aisés de souffrir de diabète. En Australie, la proportion de diabétiques dans les populations indigènes est trois fois supérieure à celle relevée chez les autres [37].

Avec le temps, le diabète peut endommager le cœur, les vaisseaux sanguins, les yeux, les reins et les nerfs. Selon l'OMS [34]

- Le diabète augmente le risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral. Selon une étude conduite dans plusieurs pays, 50% des diabétiques meurent d'une maladie cardio-vasculaire (principalement cardiopathie et accident vasculaire cérébral).

- Associée à une diminution du débit sanguin, la neuropathie qui touche les pieds augmente la probabilité d'apparition d'ulcères des pieds, d'infection et, au bout du compte, d'amputation des membres.
- La rétinopathie diabétique est une cause importante de cécité et survient par suite des lésions des petits vaisseaux sanguins de la rétine qui s'accumulent avec le temps. Un pour cent de la cécité dans le monde peut être attribuée au diabète.
- Le diabète figure parmi les principales causes d'insuffisance rénale.
- Le risque général de décès chez les diabétiques est au minimum deux fois plus important que chez leurs pairs qui n'ont pas de diabète.

En Tunisie, Rekik et coll. ont calculé le coût direct global de la prise en charge ambulatoire à 117 dollars US par an chez le diabétique contre 48 dollars US seulement chez le non diabétique. Ce coût serait nettement plus élevé en présence de complications dégénératives du diabète (114 dollars contre 92). Toujours selon cette étude, le diabétique consulte en moyenne 8 fois par an, soit le double du non diabétique ; il fait plus d'examen biologiques et bénéficie de plus d'actes de soins que le non diabétique ; la prescription médicamenteuse coûte en moyenne 62 dollars US par an chez le diabétique. [26]

4.2. Résultats de l'enquête (description des caractéristiques de la population d'étude)

Age :

Tableau III : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
15 à 29	10	5,6	5,6
30 à 39	36	20,0	25,6
40 à 49	42	23,3	48,9
50 à 59	50	27,8	76,7
60 ans à plus	42	23,3	100,0
Total	180	100,0	

Dans notre étude, l'âge moyen est de 48,80 ans avec des extrêmes allant de 17 à 80 ans.

La majorité des diabétiques sont âgés de 40 ans et plus et la prévalence croît avec l'âge pour régresser à partir de 60 ans.

Sexe :

Notre échantillon était en majorité composé de femmes (71,1%) avec un sexe ratio F/H de 2,46

Groupe ethnique :

L'ethnie zarma était la plus représentée de notre série (47,8%), suivie de celle des haoussa (25%), peulh (9,4%), sonrai (8,3%), touareg (4,4%), béribéri (3,3%) et arabe et fon avec respectivement 0,6 %.

Origine géographique**Tableau IV : Répartition des patients selon leur provenance**

Région	Effectif	pourcentage	% cumulé
CUN	138	76,67	76,67
TILLABERI	21	11,67	88,33
DOSSO	9	5,00	93,33
TAHAOU	5	2,78	96,11
MARADI	2	1,11	97,22
DIFFA	2	1,11	98,33
ZINDER	2	1,11	99,44
AUTRES (Nigeria)	1	0,56	100,00
Total	180	100	

La majorité des patients viennent de la CUN (76,67), suivi de Tillabéri (11,67%) et Dosso (5%) qui sont les régions les plus proches de Niamey.

Statut matrimonial

La majorité des patients était mariée avec un pourcentage de 78,3%. Ensuite suivent les veufs, les célibataires et les divorcés avec respectivement 14,4%, 5% et 2,2%.

Sur les 141 mariés, les 51 sont des ménages polygames, soit 36,17% des patients mariés.

Taille de la famille

Le nombre moyen des enfants est de 5,4 enfants avec des extrêmes de 0 à 23 enfants par patient.

La majorité des patients vivent dans une famille où le nombre d'enfants est inférieur ou égal à 5 enfants. En effet cette classe représente 57,2 % de l'échantillon, contre 36,4 % pour la classe 6 à 10 enfants/patient et 6,4 % pour celle de 11 à plus d'enfants/patient.

Niveau de scolarisation

Dans la majorité des cas, les patients enquêtés n'étaient pas scolarisés. En effet 43,3% n'ont eu aucun niveau d'études. Seuls 28,3% d'entre eux ont eu à faire des études secondaires, alors que 11,7 % et 16,7 % ont respectivement fait des études primaires et universitaires.

Profession

Dans la série, 76 patients (42,2) étaient sans profession tandis que les 104 autres (57,8%) exerçaient une activité professionnelle dont 41,7% dans le secteur formel et 16,1 % dans le secteur informel. Parmi ces derniers du secteur formel au nombre de 75, les 12% exerçaient une profession libérale, alors que les 69,3% sont des salariés et 18,7% des retraités.

Type de revenu

Sur les 180 patients interrogés, 47,2% sont sans rémunération tandis que les 52,8% possèdent un revenu dont 29,4% ont un revenu mensuel, 14,4% un revenu journalier, 7,3% un revenu trimestriel et 1,7% un revenu saisonnier.

Mode de vie

Dans la présente étude, 82,8% des patients ont déclaré que la prise en charge (PEG) médicale du diabète était chère pour eux au point de vue financier, au moment où les 13,3% pensent que c'est supportable. Par ailleurs, 3,9% des patients ont déclaré être indifférents, au point de vue financier, à la cherté ou non de cette prise en charge.

Type de diabète

Les diabétiques de type 2 (DNID) représentent 93,3% de notre échantillon et ceux de type 1 (DID) représentent 6,7%.

Notion d'antécédent de diabète familial

82 patients interrogés soit 45,6% affirment avoir un antécédent familial de diabète.

Date de découverte

Les diabètes évoluant entre 1et 5 ans avaient été retrouvés chez 46,8% de nos patients, suivis de la tranche de 6 à 10 ans dans 33,5% et celles de 11à 15ans, 16 à 20 ans et 2ans et plus dans respectivement 8,2% ; 7,6% et 3,8%.

Montant du revenu**Tableau V : Répartition des patients selon le montant du revenu**

Montant	Effectif	Pourcentage	% cumulé
<100000	43	43,43	43,43
] 100001,250000]	38	38,38	81,82
] 250001,500000]	14	14,14	95,96
>500001	4	4,04	100,00
Total	99	100	

Plus de la majorité des patients 81,82% ont un faible revenu (dont 43,43% ont un très faible revenu); 14,14% ont un revenu moyen et seulement 4,04% ont un revenu élevé.

Circonstance de découverte :

Dans notre échantillon, dans la majorité des cas les patients avaient découvert leur diabète suite à un syndrome polyuro-polydipsique (46,1%), suivis des infections récurrentes (28,3%) et de manière fortuite dans 12,8%. La notion d'amaigrissement et de coma était retrouvée dans respectivement dans 10,6% et 2,2%.

Prise en charge

La totalité des patients ont reconnu la place importante de la prise en charge médicale du diabète.

✓ Participation de la famille à la PEG du diabète**Tableau VI : Répartition des patients selon le taux de participation de la famille**

Taux de participation	Effectifs	Pourcentage	% cumulé
25%	5	4,1	4,1
50%	13	10,7	14,9
75%	22	18,2	33,1
100%	81	66,9	100,0
Total	121	100,0	

Pour les 121 patients diabétiques soit 67,2%, la famille participe à la prise en charge financière pour l'achat des médicaments et ou pour payer les frais des examens complémentaires pour le suivi ou en cas de complication. Pour la majorité de ces patients (66,9%) la famille assure la PEC médicale à 100%.

✓ *Type de traitement*
Tableau VII : Répartition des patients selon le type de traitement

Type de traitement	Effectifs	Pourcentage	% cumulé
ADO	97	53,9	55,0
Insuline	78	43,3	97,2
ADO +insuline	5	2,8	100,0
Total	180	100,0	

Les patients sous ADO représentaient 53,9% de l'échantillon.

Tableau VII : Répartition des patients selon le type d'ADO

Type d'ADO	Effectifs	Pourcentage	% cumulé
Biguanides	22	21,4	21,4
Sulfamides hypoglycémiant	58	56,3	77,7
Inhibiteurs des alphaglycosidases	2	1,9	79,6
Association d'ADO	21	20,4	100,0
Total	103	100,0	

Parmi les patients sous ADO, 56,3% étaient sous sulfamides hypoglycémiant.

Tableau IX : Répartition des patients selon le type d'insuline

Type d'insuline	Effectifs	Pourcentage	% cumulé
Intermédiaire	13	15,66	15,66
Ordinaire	24	28,92	44,58
Mixte	46	55,42	100,00
Total	83	100,00	

Parmi les patients sous insuline, 55,42% étaient sous insuline mixte.

Tableau X : Répartition des patients selon le type de complication chronique

type de complication chronique	Effectifs	Pourcentage	% cumulé
Oculaires	18	23,1	23,1
Rénales	1	1,3	24,4
Cardiovasculaires	32	41,0	65,4
Neurologiques	3	3,8	69,2
Pied diabétiques	14	17,9	87,2
Main diabétique	2	2,6	89,7
Impuissance sexuelle	1	1,3	91,0
Oculaire et pied diabétique	4	5,1	96,2
pied diabétique et cardiovasculaire	3	3,8	100,0
Total	78	100,0	

De ce tableau il ressort que les complications cardiovasculaires, les pieds diabétiques et oculaires sont majoritaires avec respectivement 44,8% ; 26,8% et 28,2%.

Parmi ces patients, 7 pieds diabétiques ont été amputé et 3 patients ont subi une intervention chirurgicale oculaire.

Par ailleurs, 47 patients (26,1%) suivent une automédication ou un traitement traditionnel. Il s'agit pour ces patients, dans la majorité des cas, d'un test d'efficacité ou d'un traitement adjuvant pour potentialiser le traitement médical afin d'abaisser rapidement les chiffres glycémiques.

4.3. Analyse des résultats

4.3.1. Analyse de l'échantillon

❖ Répartition de type de diabète selon la profession :

Tableau XI : Répartition de type de diabète selon la profession

Type d'emploi	DNID	DID	Total général
Sans emploi	69	7	76
Secteur formel	72	3	75
Secteur informel	27	2	29
Total général	168	12	180

La majorité des patients du type 1 sont sans profession contre plus d'un tiers du type 2 qui le sont également.

Le « khi deux » montre une P-value égale à 0.264 ; il n'y a donc pas un lien significatif entre le type de diabète et la profession.

❖ Répartition des patients selon le montant du revenu :

Tableau XII : Répartition des patients selon le montant du revenu

Montant \ Type de diabète	<100000] 100001,250000]] 250001,500000]	>500001	TOTAL
DNID	41	35	14	3	93
DID	2	3	0	1	6
Total	43	38	14	4	99

Quel que soit le type de diabète, parmi les patients ayant un revenu mensuel, la majorité (81,82%) ont un faible revenu mensuel (inférieur ou égal à 250000 F CFA). En plus 47,8% de notre échantillon sont sans rémunération.

Le « khi deux » montre une P-value égale à 0.284 ; il n'y a donc pas un lien significatif entre le type de diabète et le « montant du revenu ».

❖ Répartition de type de diabète selon le mode de vie :

Tableau XIII : Répartition de type de diabète selon le mode de vie

Mode de vie	DNID		DID		Total général
	Effectif	%	Effectif	%	
Couteuse	139	82,73	10	83,33	149
Supportable	22	13,10	2	16,67	24
Indifférence	7	4,17	0	0,00	6
Total général	168	100	12	100	180

Quel que soit le type de patient, la proportion des patients ayant répondu que la prise en charge médicale est coûteuse est largement majoritaire. Elle représente 83,33% pour les patients de type1(DID) et 82,73% pour les patients du type 2 (DNID).

Le « khi deux » montre une P-value égale à 0.8947 ; il n'y a donc pas un lien significatif entre le type de diabète et le « mode de vie ».

❖ Répartition de type de diabète selon le taux de participation familiale :

Tableau XIV : Répartition de type de diabète selon le taux de participation familiale

Taux de participation	DNID	DID	Total général
25%	4	1	5
50%	12	1	13
75%	21	1	22
100%	74	7	81
Total général	111	10	121

Quel que soit le type de diabète, la majorité des patients, soit plus de deux tiers, sont complètement pris en charge par leur famille. En raison de sa chronicité et des moyens thérapeutiques, le diabète est une maladie coûteuse, non seulement pour le malade mais aussi pour sa famille.

Le « khi deux » montre une P-value égale à 0.0815 ; il n'y a donc pas un lien significatif entre le type de diabète et le « taux de participation familiale ».

❖ **Répartition de type de diabète selon de la notion d'antécédent de diabète familial :**

Tableau XV : Répartition de type de diabète selon la notion d'antécédent de diabète familial

Notion d'antécédent de diabète familial	DNID		DID		Total général
	Effectif	%	Effectif	%	
1. Oui	80	47,62	2	16,67	82
2. Non	88	52,38	10	83,33	98
Total général	168	100	12	100	180

La notion d'antécédent de diabète familial est beaucoup plus retrouvée chez les diabétiques non insulino-dépendants (DNID) qui représente 47,62% contre 16,67% chez les diabétiques insulino-dépendants.

Le « khi deux » montre une P-value égale à 0.07508 ; il n'y a donc pas un lien significatif entre le type de diabète et la «la notion d'antécédent de diabète familial».

❖ **Répartition de type de diabète selon le type de traitement :**

Tableau XVI : Répartition de type de diabète selon le type de traitement

Type de diabète / Type de TTT	Type 2 = DNID		Type 1 = DID	
	Effectif	%	Effectif	%
ADO	97	57,73	0	0
INSULINE	66	39,29	12	100
ADO + INSULINE	5	2,98	0	0
TOTAL	168	100%	12	100%

Plus d'un tiers de patient diabétiques de type 2 (39,29%) sont sous insuline.

4.3.2. Analyse des coûts socioéconomiques

Les coûts totaux :

Ces coûts sont composés des coûts directs médicaux (CDM), des coûts directs non médicaux (CDNM) et des coûts indirects (CI).

L'analyse montre que le coût économique total supporté par les diabétiques à la CUN est de 82 625 792 F CFA/an.

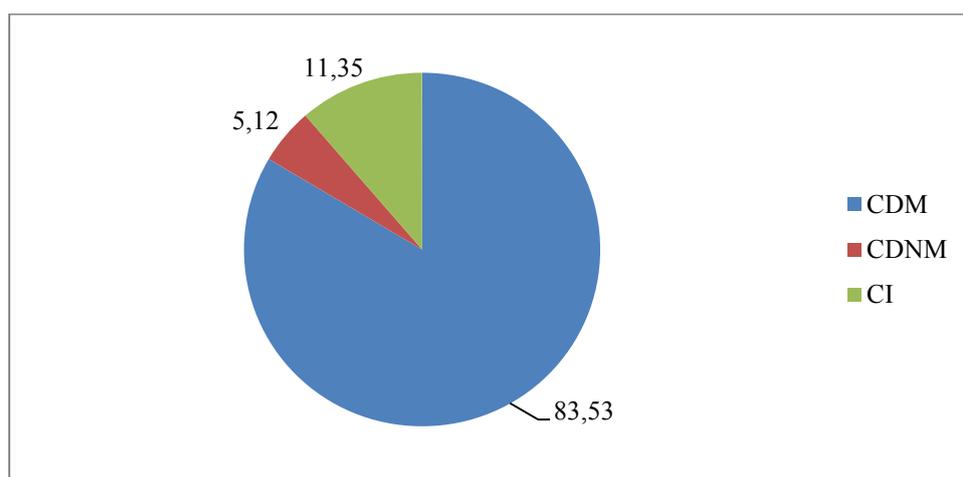


Figure 2 : Coûts totaux supportés par les diabétiques à la CUN

Les coûts directs médicaux sont de loin les plus importants ; ils se chiffrent à 69 018 052F CFA, soit 83,53% des coûts totaux. Les coûts directs non médicaux et les coûts indirects représentent respectivement 5,12% et 11,35% des coûts totaux. (Cf. annexe 5).

Le coût total moyen supporté par les diabétiques dans la prise en charge médicale est de **32494.38F CFA/mois**. Cette somme semble élevée dès lors que la plupart des patients sont sans profession et ne disposent pas de revenu fixe. Dans notre étude, 99 patients disposent d'un revenu et leur revenu moyen mensuel est de 95 267,98F CFA/mois avec des extrêmes de 10 000 à 650 000F CFA.

Par ailleurs, à travers cette analyse nous pensons que ce coût est difficilement supportable par les populations nigériennes dès lors que le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) est de 30 047F CFA/mois [30]. Sans compter que le diabétique associe un régime hygiéno-diététique au traitement médical.

La conclusion qui en découle est que ce coût élevé constitue un réel obstacle à l'accessibilité financière de cette prise en charge médicale.

Le coût total moyen devient plus important au fur et à mesure qu'on s'éloigne de Niamey.

Les coûts directs médicaux :

Ces coûts regroupent ceux des médicaments, de la consultation et du bilan trimestriel (glycémie et hémoglobine Glyquée) et annuel.

Il faut noter que dans cette activité de prise en charge médicale d'autres examens biologiques plus coûteux sont nécessaires (Cf. annexe 5). La majorité des personnes interrogées n'étant pas en mesure, ni de quantifier le nombre de prise de sang et de test urinaire effectués, ni d'apporter des précisions sur les examens réalisés, on se limite aux examens [5] que chaque

patient doit payer au minimum dans le cadre de son suivi thérapeutique en dehors de toute complication :

- tous les 3 mois : glycémie et hémoglobine Glyquée
- tous les ans : Bilan lipidique à jeun, Fond d'œil, Protéinurie/ Micro albuminurie, ECG de repos et d'effort, Radiographie pulmonaire.

37 patients (soit 20,5%) bénéficient d'une mutuelle ou assurance maladie dont 3 à 100% (1,7%) ; 6 à 90% (3,3%) ; 26 à 80% (14,4%) et 2 à 50% (1,1%). Pour ces patients, nous avons seulement considéré la part non remboursée qu'ils payent eux même c'est-à-dire respectivement 0%, 10%, 20% et 50% des coûts des médicaments et ou des examens complémentaires.

Ces CDM se chiffrent à 69 018 052F CFA/an et se répartissent comme suit :

- Les médicaments représentant la majorité avec 52,97% ;
- Le bilan avec 39,31% dont 19,24% pour les tests de la glycémie et de l'hémoglobine Glyquée et
- La consultation à 7,09%.

Le coût moyen direct médical est de 32 494,38 F CFA/mois.

Notons que le coût de l'insuline représente 48,65 % du coût des médicaments

Les coûts directs non médicaux

Les coûts directs non médicaux concernent uniquement le coût du transport des patients et de leurs accompagnants : c'est le coût de déplacement jusqu'à la structure de santé que doit supporter le patient et sa famille s'il assiste à une activité complète de prise en charge médicale (consultation, bilan de suivi et achat de médicament)

Parmi les patients, 44,4% sont accompagnés par leur entourage à la consultation ou pour faire le bilan contre 55,6 qui ne le sont pas.

De plus, 69,4% des patients ne font pas le bilan et la consultation le même jour (ils le font soit la veille, soit le lendemain de la consultation) alourdissant ainsi les frais de transport.

En outre, 88,3% de nos patients achètent leurs médicaments dans les pharmacies privées pour non disponibilité de ces produits dans les officines publiques contre 7,8% des patients qui se procurent au niveau même de la structure de PEG (HNN). Le reste de l'échantillon se procurent les médicaments soit au marché parallèle (2,8%) soit en dehors du Niger (1,2%).

Ces faits ont pour conséquence de doubler, voire tripler le coût de transport pour ces patients.

Dans notre étude, ces coûts sont évalués à 4 229 704 F CFA ; mais il est à préciser que cette valeur a été calculée en fonction du nombre de malades (avec ou sans leurs accompagnants)

ayant pris le transport pour se rendre dans la structure de santé. Pour l'ensemble de ces patients, le coût moyen direct non médical est de 1 980,2 F CFA/séance de suivi (Cf. annexe 5). Cependant en tenant compte de l'effectif total des patients ayant pris le transport (117 soit 98,3%), on voit nettement que le coût direct non médical lié au transport croît avec la distance. Plus l'adresse du patient est éloignée de Niamey, plus ce coût augmente.

Les coûts indirects

Ces coûts sont principalement constitués par la perte de revenu résultant de la perte de productivité des patients et causée par la prise en charge médicale. Dans la présente étude ils prennent en compte les patients disposant d'un revenu et ayant subi des pertes. Ils se chiffrent à 9 378 036 F CFA (Cf. annexe 5, pour détail de calcul).

Dans notre échantillon, 57 patients (31,7%) affirment avoir eu des absences répétées pour causes de maladies ou de visite médicale ; 4,4% de nos patients étaient contraints au départ à la retraite anticipée pour cause d'invalidité. La plupart de ces patients ont présenté une complication aiguë ou chronique. Ceci a pour conséquence une perte de productivité importante chez la plupart de ces patients.

Les absences au travail de l'entourage ont été observées chez 8,55% de nos patients, entraînant un manque à gagner important pour ces personnes.

Par ailleurs, nous notons que la perte de revenu augmente lorsque les patients viennent hors de Niamey car, du fait du voyage le nombre d'heures de travail « perdues » devient beaucoup plus important

Les coûts intangibles :

Ces coûts font référence au stress, à la douleur et à la perte de bien être des patients dont l'évaluation n'est pas du tout évident. Dans notre étude nous n'avons pas évalué ces coûts intangibles, nous voulions juste avoir un aperçu sur la distribution statistique de ces trois composantes au sein de notre échantillon.

Ainsi concernant la douleur dans la majorité des cas (77,8%) nous avons noté la présence de douleur morale. 72,2% des patients avouent qu'ils sont souvent stressés par la prise en charge médicale contre 15,6% qui disent qu'ils ne sont pas stressés et 12,2% qui sont toujours stressés.

Pour l'état de bien être, il a été qualifié de « bien » pour 49,4% des patients, suivi de « assez bien » dans 46,1% puis de mauvais dans 3,3% et « très bien » dans seulement 1,1%.

TROISIEME PARTIE :

- DETERMINATION / ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION**
- IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS**
- PLAN DE MISE EN ŒUVRE**

CHAPITRE V : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

5.1. Présentation des outils

Cette partie présente les instruments de base qui nous ont permis de déterminer et d'analyser les causes ainsi que leur priorisation. Pour cela, nous avons eu recours à des outils de résolution de problèmes

Ceux-ci permettent de réaliser les actions correspondantes aux différentes étapes de la méthode. Une bonne connaissance de leur apport et leur utilisation est nécessaire pour mener à bien une démarche d'amélioration de la qualité.

Parmi ces outils, on peut citer entre autres :

Diagramme cause-effet : encore appelé **Diagramme d'ISHIKAWA** est une arborescence visualisant le problème d'un coté et de ses causes potentielles, de l'autre. Cet outil a été créé et diffusé par Kaoru ISHIKAWA, ingénieur japonais à l'origine des cercles de qualité. [32]

C'est un graphique qui sert à comprendre les causes d'un défaut de qualité ; il sert à analyser le rapport existant entre un problème et toutes les causes possibles.

Ce diagramme se présente sous la forme d'arêtes de poisson classant les catégories de causes inventoriées selon la loi des 5M. Ce sont :

- **Matière** : tout ce qui est consommable ou l'élément qui est à transformer par le processus (matières premières, énergie, information, etc.)
- **Méthode** : tout ce qui est lié au savoir faire ou à l'organisation (procédures, mode d'emploi, etc.)
- **Matériel** : tout ce qui résulte d'investissement (l'équipement ; les machines ; le petit matériel ; les locaux)
- **Main-d'œuvre** : tout ce qui est lié à l'action humaine (compétence, formation, comportement des individus, communication des individus, etc.)
- **Milieu** : tout ce qui est lié à l'environnement physique et humain de l'organisation (température, bruit, condition de travail, aspect relationnel, etc.)

Vote pondéré : Technique de sélection finale du problème ou de la solution à mettre en œuvre que le groupe nominal souhaite résoudre en premier lieu. Il évite, plus que le vote simple, les résultats ex aequo. Il permet de sélectionner les idées les plus importantes et de choisir la solution à mettre en œuvre.

IL est utilisé après un vote simple qui aura réduit le nombre de problèmes ou de solutions identifiées. IL peut aussi être utilisé directement, lorsque le nombre de problèmes ou solution proposés reste inférieur à 20. Cet outil permet d'éliminer les idées secondaires et de se consacrer aux plus importantes. Il a la même fonction que l'écrit d'un concours, il sélectionne les meilleurs, mais ne décide pas des admis.

En somme, ces méthodes doivent devenir comme des reflexes face à tout problème posé. Ils permettent en effet d'en catégoriser les tenants et aboutissants et de faciliter la recherche et la définition de solution possibles et envisageables.

5.2. Détermination et analyse des causes

Les causes sont les facteurs susceptibles d'influer sur un problème. L'analyse et l'identification des causes ont été d'abord faites à partir de la revue de la littérature puis à partir des résultats de l'enquête.

❖ Causes à partir de la revue de littérature

Il ne suffit pas que des médicaments même essentiels soient disponibles, encore faut-il qu'ils soient accessibles.

Les données sur l'accessibilité financière aux médicaments montrent que trois facteurs sont essentiels:

- ✚ le niveau général des revenus et leur répartition;
- ✚ le niveau des prix;
- ✚ la zone d'habitat.

Les variables zone d'habitat et niveau de revenus sont fortement corrélées, la plus grande partie de la population défavorisée résidant en milieu rural. Il est donc plus juste de les considérer ensemble. [26]

Au Maroc [26], les points critiques de l'accessibilité financière aux médicaments sont les suivants:

- ◆ Seule une petite proportion de la population bénéficie d'assurance-maladie (environ 15% en 1995); il s'agit surtout de population aisée et urbaine.
- ◆ Le montant du budget de l'Etat pour financer les médicaments prescrits dans le secteur public est insuffisant. Il en résulte par exemple que les malades hospitalisés doivent

acheter en pharmacie environ la majorité des médicaments dont ils ont besoin. Certains médicaments ne sont pas disponibles dans le secteur public.

- ◆ La consommation pharmaceutique est donc financée en grande partie par les ménages. Le niveau de la consommation est de ce fait très sensible aux revenus des ménages et au prix des médicaments.

- ◆ Selon une étude réalisée portant sur 600 ordonnances des secteurs public et privé :
 - Le coût des ordonnances prescrites est très élevé au regard des revenus: le coût moyen d'une ordonnance représente 10% du salaire mensuel minimum légal.
 - Une partie importante de la consommation pharmaceutique est faite sans prescription médicale: 28%. Pour les couches les plus pauvres, l'achat direct sans prescription permet d'éviter d'avoir à payer une consultation privée, et permet de mieux contrôler le coût de l'acquisition.

Au Niger [21], depuis la Déclaration de la Politique Pharmaceutique Nationale ayant pour entre autres objectifs majeurs, « la politique des médicaments essentiels génériques » on constate encore ce qui suit :

- le contexte socio économique général fait qu'une part importante de la population n'a pas accès aux médicaments dont elle a besoin (grande pauvreté, absence de mécanismes d'assurance, etc.).
- les ruptures fréquentes des médicaments tant génériques qu'innovateurs de marque ;
- une variation des prix d'un secteur à l'autre ou d'une zone à l'autre voire au sein du même secteur ;
- la différence des prix entre les médicaments de marque innovateurs et leurs équivalents génériques.

Par ailleurs, la pauvreté est l'un des plus importants facteurs ayant une influence défavorable sur l'état de santé. Les personnes à faible revenu sont plus susceptibles d'être malades et de prendre des médicaments et les personnes malades, psychologiquement ou physiquement, sont plus susceptibles d'avoir un faible revenu. Dans les deux cas, la composante monétaire pose problème quand vient le temps de se procurer des médicaments. Ainsi, on tombe parfois malade à cause des conséquences de la pauvreté : loyer insalubre, malnutrition et sous-alimentation, stress financier, etc. Il y a aussi plusieurs personnes qui vont chercher de l'aide financière de dernier recours car ils ont développé une maladie. Ces personnes ont pour la

plupart besoin d'une médication dans le but de maintenir une santé qui contribuerait à éventuellement les sortir de la pauvreté. [33]

❖ Causes à partir de l'enquête

Les causes recensées sont :

Au niveau du programme :

- Non intégration de la prise en charge du diabète dans les soins de santé primaire ;
- Absence de stratégie de lutte contre le diabète ;
- Absence de données récentes sur le diabète au niveau national ;
- Insuffisance de financement des activités du plan de communication pour un changement de comportement.

Au niveau des services de santé :

- Insuffisance de formation des agents sur la prise en charge du diabète ;
- Insuffisance de matériels de diagnostic du diabète ;
- Absence d'un centre ambulatoire de prise en charge du diabète ;
- Coûts élevés des médicaments antidiabétiques ;
- Rupture des médicaments dans les officines publiques et parfois privées ;
- Non disponibilité de certaines classes de médicaments.

Au niveau des patients :

- Non information des patients sur le diabète ;
- Faible revenu ;
- Méconnaissance de l'association des diabétiques ;
- Coût du transport élevé ;
- Coûts élevés des ordonnances.

La seconde étape consiste à classer et à analyser ces causes inventoriées à l'aide du diagramme de cause à effet associé à la méthode des 5M. Ce qui nous facilitera l'élaboration du plan de mise en œuvre de la solution choisie.

Ainsi, la classification des causes est basée sur les cinq dimensions techniques du diagramme d'ISHIKAWA. Les causes retrouvées sont les suivantes :

Selon le matériel :

- ✓ Insuffisance voire absence du matériel de diagnostic en périphérie (au niveau des CSI)

Selon la main d'œuvre :

- Insuffisance d'agents formés sur la PEC du diabète;
- Manque de formation continue sur la prise en charge du diabète;
- Insuffisance de spécialistes (endocrinologues).

Selon la méthode :

- ✓ Absence de protocole de prise en charge au niveau périphérique ;
- ✓ Absence de stratégie de lutte contre le diabète ;
- ✓ Communication pour un changement de comportement insuffisante.

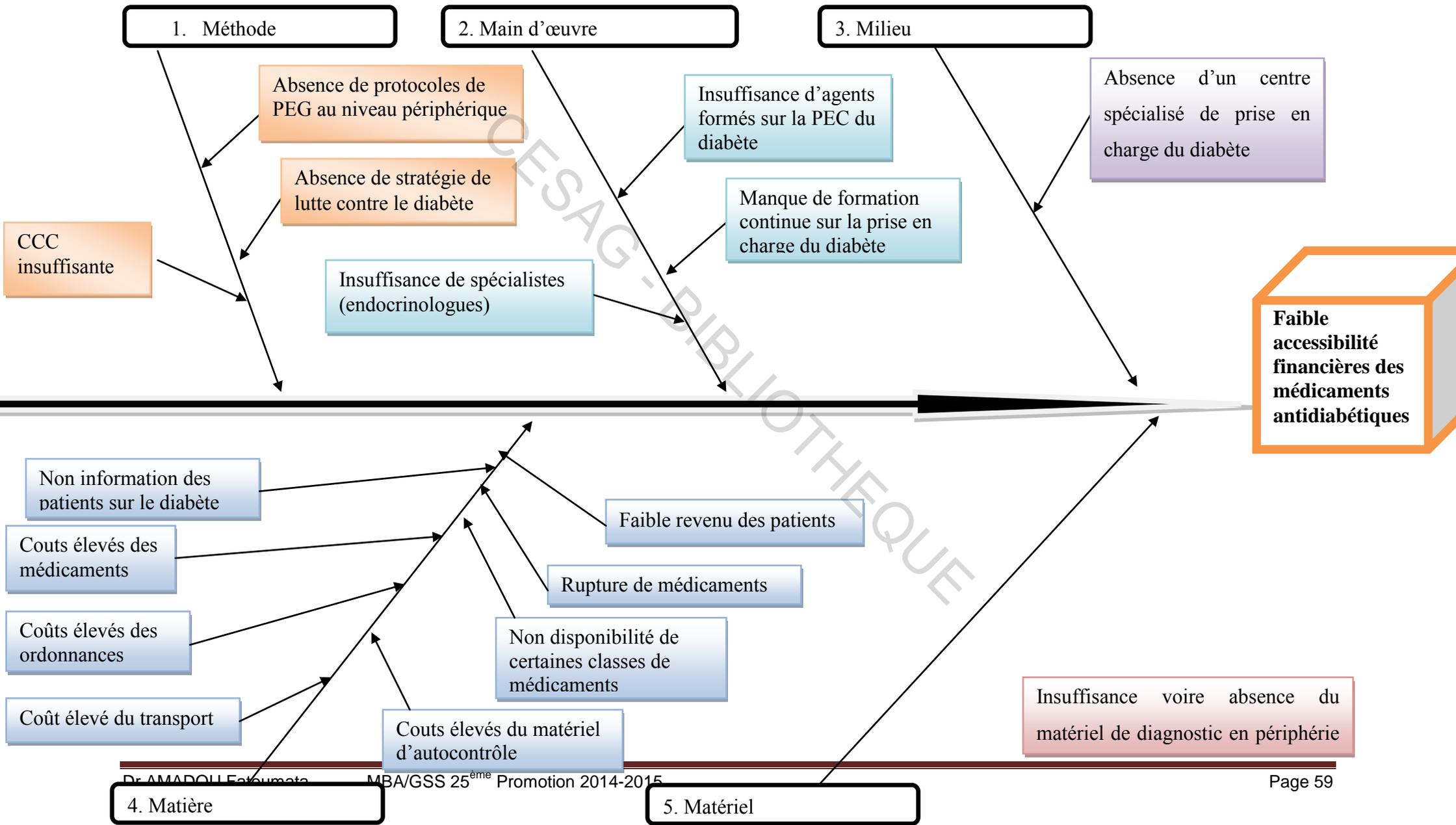
Selon le milieu :

- ✓ Absence d'un centre spécialisé de prise en charge du diabète.

Selon la matière

- ✓ Coûts élevés des médicaments ;
- ✓ Coûts élevés des ordonnances ;
- ✓ Coût élevé du transport ;
- ✓ Coûts élevés du matériel d'autocontrôle (glycomètre) ;
- ✓ Non disponibilité de certaines classes de médicaments notamment la classe 4 (Les incrétines dont le GLP1) et classe 5 (les inhibiteurs du SGLT2) ;
- ✓ Rupture de médicaments ;
- ✓ Non information des patients sur le diabète ;
- ✓ Faible revenu des patients.

Figure 3 : Diagramme d'ISHIKAWA.



5.3. Hiérarchisation des causes

Après l'identification des causes à partir des résultats, une synthèse a été faite avant leur priorisation par le groupe nominal.

La priorisation a été faite sur la base des critères suivants, chacun d'eux ayant été pondéré de 0 à 5 selon son importance :

- la pertinence de la cause ;
- le lien de la cause avec le problème ;
- la possibilité d'agir sur la cause ;
- l'impact que l'action sur la cause aura sur le problème

Le tableau suivant présente la synthèse du vote des membres du groupe nominal.

Tableau XVII : Priorisation des causes

CAUSES		CRITERES					Score	Rang
		<i>Pertinence de la cause</i>	<i>Lien de la cause avec le problème</i>	<i>Possibilité d'agir sur la cause</i>	<i>Impact</i>			
A	Non intégration de diabète dans les SSP	22	20	21	20	83	1	
B	Faible revenu	12	10	5	6	33	4	
C	Absence d'un centre de PEC du diabète	5	8	6	6	25	5	
D	Coûts élevés des médicaments	17	19	15	13	66	2	
E	Non information des patients sur le diabète	13	13	18	15	59	3	

Il ressort de ce tableau de priorisation que la **Non intégration de diabète dans les SSP** est retenue, comme la cause principale de la faible accessibilité financière aux médicaments des diabétiques avec un score de 83 points. Les causes **D** et **E** ont enregistré respectivement 66 points et 59 points. Ils bénéficieront des solutions dans la matrice du cadre logique.

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

A l'issue de l'étape précédente ayant mise en exergue la cause principale du problème étudié, dans ce chapitre nous allons d'abord procéder à l'identification des solutions possibles par le groupe de travail, la seconde phase consiste, à la priorisation de ces solutions dans le but de choisir la solution retenue à l'unanimité pouvant aider à la résolution de ce problème.

6.1. Identification des solutions possibles

Les solutions majeures proposées par le groupe de travail sont les suivantes :

Intégration de la PEG du diabète dans le paquet minimum des activités des CSI

La nécessité d'intégrer la prise en charge du diabète dans les centres de santé primaires s'impose à travers la délivrance d'un paquet minimum d'activités couvrant l'identification des personnes (groupes) à haut risque et requiert de les y référer pour le dépistage, le suivi et la supervision des soins. Le personnel de santé sera formé à la prévention et à la prise en charge du diabète dans les centres de santé primaires. Ceci permettra aux soins dispensés jadis par seul le médecin d'évoluer vers une équipe multidisciplinaire formée et intégrée dans les centres de santé. [30]

Réduction du coût des médicaments antidiabétiques

couverture universelle en santé,

Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières. Pour cela il faut: [36]

- un système de santé solide, efficace et bien géré;
- des soins à un coût abordable;
- l'accès aux médicaments et technologies médicales;
- des personnels de santé en nombre suffisant, bien formés et motivés.

mutuelle et assurance maladie [6]

Face aux difficultés d'accès financier aux soins, les populations ont commencé à s'organiser en mettant en place des mutuelles de santé.

D'une manière générale la population Nigérienne est répartie en cinq grands groupes par rapport à la protection du risque maladie :

- Le premier groupe est composé des fonctionnaires, des militaires et les forces de sécurité.

Les dispositions réglementant les prestations fournies par les hôpitaux stipulent la prise en charge des frais d'hospitalisation pour ce groupe à 80% par le budget de l'Etat. Mais en réalité cette prise en charge n'est que théorique. Dans la plupart des cas les soins, les examens, les médicaments restent intégralement à la charge des malades. Il faut aussi relever que les dispositions réglementant les prestations fournies sont demeurées muettes sur le versement préalable de cotisation par le fonctionnaire en contre partie d'une réparation des conséquences financières du risque maladie.

- Le deuxième groupe est constitué de travailleurs salariés du secteur privé affiliés à la caisse nationale de sécurité sociale. Ils bénéficient avec leurs familles des soins de santé auprès des services médico-sociaux de la caisse. Ici il faut noter que les services de la caisse disposent dans les régions des centres médico-sociaux où il est pratiqué des tarifs différentiels selon que le malade appartienne à un ménage affilié à la caisse ou non.

- Le troisième groupe est composé des travailleurs salariés du secteur parapublic où chaque entreprise dispose d'une forme d'assurance maladie interne. Généralement ces entreprises disposent aussi de leur propres formations sanitaires, les malades s'adressent d'abord à ces structures qui jugent de la prise en charge à leur niveau ou la référence avec un bon de prise en charge à présenter à la structure de référence.

- le quatrième groupe est formé de quelques assurés auprès des compagnies d'assurances commerciales. Ce groupe est composé uniquement de personnel de projets, les ambassades, de quelques entreprises et sociétés. Ce mécanisme fonctionne par un système de remboursement.

- Le cinquième groupe formé du monde rural et du secteur moderne informel dont on ignore à peu près tout de leur composition exacte et de leurs revenus. Ce groupe ne bénéficie d'aucune forme de protection maladie. La tendance dans ce groupe est que les individus et leurs familles reçoivent les soins de santé selon leurs moyens plutôt que selon leurs besoins dans un contexte de généralisation du recouvrement des coûts des soins de santé à option paiement direct par épisode.

◆ subvention des médicaments antidiabétiques.

6.2. Priorisation de la solution retenue

Comme pour les problèmes et les causes, la priorisation des solutions à été faite par le groupe nominal du PNLMNT. Nous avons également sollicité l'avis des prestataires de soins (médecins, et les infirmiers) et les responsables de la DEP, de la santé publique et le point focal des MNT de l'OMS, ainsi que les patients.

Pour ce faire, les critères retenus ont été de 0 à 5. Il s'agit de :

Faisabilité technique de la solution : est-il techniquement facile de mettre en œuvre la solution ; plus la mise en œuvre est facile plus le point à attribuer est élevé ;

Cout de la solution : il s'agit ici du cout estimatif que va nécessiter la mise en œuvre de la solution ; plus ce cout est faible, plus le point à attribuer est élevé ;

Délai de sa mise en œuvre : le temps qu'il faut pour la mettre en œuvre ; plus ce temps est court ; plus le point à attribuer est élevé

La synthèse des points accordés se trouve dans les tableaux ci-dessous :

Tableau XVIII : Choix de la solution des personnes ayant participé à l'étude

Participants Solutions	groupe nominal du PNLMNT	les prestataires de soins	les responsables de la DEP, de la santé publique et le point focal des MNT de l'OMS	les patients.
Couverture universelle	4	4	4	3
Mutuelle et assurance de santé	3	3	3	4
Intégration de la PEG du diabète dans le paquet minimum des activités des CSI	1	2	1	2
Subvention des médicaments antidiabétiques	2	1	2	1

L'Intégration de la PEG du diabète dans le paquet minimum des activités des CSI est le choix prioritaire du PNLMNT et des responsables de la DEP, de la santé publique et le point focal des MNT de l'OMS, tandis que la Subvention des médicaments antidiabétiques est la solution prioritaire des patients et des prestataires de soins.

Tableau XIX : Priorisation des solutions

Solutions / Critères	<i>Faisabilité technique de la solution</i>	<i>Coût de la solution</i>	<i>Délai de sa mise en œuvre</i>	<i>Score</i>	<i>Rang</i>
Couverture universelle	10	9	8	27	4
Mutuelle et assurance de santé	14	15	18	47	3
Intégration de la PEG du diabète dans le paquet minimum des activités des CSI	24	24	23	71	1
Subvention des médicaments antidiabétiques	19	20	20	59	2

Au regard des scores obtenus, l'**Intégration de la PEG du diabète dans le paquet minimum des activités des CSI** est la solution qui sort avec le plus grand nombre de points.

Ainsi la principale orientation qui a été retenue pour améliorer l'accessibilité financière aux médicaments, en accord avec le PNLMT, porte sur le projet de l'**intégration de la PEG du diabète dans le paquet minimum des activités de 10 CSI du district V de la communauté urbaine de Niamey (CUN)**.

CHAPITRE VII: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

Le plan de mise en œuvre de la solution choisie de façon participative, c'est-à-dire la Promotion de la lutte contre le diabète, va nous conduire à élaborer d'abord son cadre logique, ensuite son plan opérationnel et enfin, le budget nécessaire pour les activités à mener.

Pour la réalisation de notre plan de mise en œuvre, nous avons utilisé la technique de structuration de l'information sur la base des questions suivantes qui doivent être abordées systématiquement l'une après l'autre :

Quoi ? : Que voulons-nous faire ?

Qui ? : Qui est concerné dans la mise en œuvre de la solution préconisée ?

Qui ? : Qui va faire quoi dans ce projet ?

Où ? : Dans quel(s) secteur(s) l'action va-t-elle être réalisée ?

Quand ? : À quel moment l'action devra-t-elle être mise en application ? Sur quelle durée ou à quelle fréquence ?

Comment? : Comment allons-nous procéder, en termes d'étapes, de modalités de réalisation, de moyens associés ?

7.1. Justification

La mise en œuvre d'une solution consiste à réaliser les activités qui permettent la résolution du problème en vue de réduire ou de supprimer l'écart constaté entre l'état actuel et l'état désiré.

Le diabète sucré est une maladie chronique dont l'expansion mondiale lui confère les caractéristiques d'une pandémie. Sa forme la plus fréquente est le diabète de type 2 qui représente plus de 93,3 % des cas.

La gravité du diabète reste liée à ses complications, à savoir : les atteintes cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale, la cécité, les gangrènes des pieds à l'origine des amputations et l'impuissance sexuelle.

Le manque aigu de spécialistes et d'agents formés au diabète rend sa prise en charge difficile. Des généralistes ou des radiothérapeutes en assurent parfois le suivi. L'examen de la glycémie n'est pas toujours réalisable dans les centres de santé au niveau périphérique.

L'observance des traitements antidiabétiques, au long cours, demeure problématique en raison de leur coût prohibitif, de leur indisponibilité et de l'absence de subventions étatiques. Nous avons estimé à **389 932,497** le coût moyen annuel direct d'un traitement et le coût moyen direct médical à 32 494,38 F CFA/mois avec un coût de l'insuline à 48,65 % du coût des

médicaments. Ce coût élevé constitue un réel obstacle à l'accessibilité financière de cette prise en charge médicale.

Le diabète de type 2 peut être prévenu dans 80 % de cas par des mesures simples. Aussi, convient-il de revisiter le modèle hospitalo-curatif du diabète en l'insérant dans les soins de santé primaires. [30]

Le plan de mise en œuvre donne ici la programmation et la succession des activités à mener, pour résoudre le problème. Les étapes de mise en œuvre sont : la fixation des objectifs ; l'identification des stratégies et activités, l'analyse des besoins ; la période de réalisation ; les ressources nécessaires, les indicateurs de performance et les responsables chargés du suivi de leur exécution

7.2. Objectifs du projet

Objectif général :

Améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière aux médicaments chez les diabétiques.

Objectifs spécifiques :

- Assurer la prise en charge des cas de diabète au niveau périphérique d'ici décembre 2016 ;
- Amener 80% de la population à connaître le diabète et ses principaux facteurs de risque d'ici décembre 2016 ;
- Obtenir une subvention des médicaments antidiabétiques d'ici décembre 2016 ;
- Assurer le suivi et l'évaluation des activités du projet

7.3. Cadre logique

Le cadre logique est un outil de gestion de projet créé en 1970 par un bureau d'étude sous l'égide de l'agence Américaine pour le développement international (USAID) pour répondre aux besoins de la planification, de gestion et d'évaluation de projets.

Il permet de clarifier les liens logiques entre les objectifs et les sous objectifs d'un projet, d'identifier les indicateurs et les conditions extérieures qui peuvent influencer l'atteinte des objectifs.

Le cadre logique peut se présenter sous la forme d'une matrice 4X4 ou 5X4 est composée de deux parties :

- une logique verticale allant de l'objectif global, des objectifs spécifiques vers les extrants ou résultats et les intrants ou activités ;
- une logique horizontale qui permet d'identifier pour chaque niveau de la logique verticale les résultats précis à obtenir ainsi que les moyens nécessaires grâce auquel on peut obtenir les données (colonne des indicateurs objectivement vérifiables + colonne des moyens de vérification).

L'objectif global ou la finalité du projet est ce vers quoi sont orientés les efforts du projet, il correspond à l'impact majeur attendu du projet.

L'objectif spécifique ou le but traduit la situation de fin de projet, il correspond à l'effet de la résolution du problème sur un service ou un secteur.

Les extrants ou résultats sont des réalisations concrètes en terme de biens ou services attendus du projet grâce aux activités entreprises et aux ressources fournies.

Les intrants ou activités désignent tout ce qui est nécessaire pour produire les résultats escomptés (ressources et activités)

Les indicateurs objectivement vérifiables (I.O.V) renseignent sur la réalisation d'un objectif en termes de quantité, qualité, temps et lieu.

Les moyens de vérification (M.V) sont les sources et les moyens à utiliser pour obtenir des données significatives pour l'élaboration du projet.

Les conditions critiques (C.C) décrivent les conditions, les événements ou éléments sur lesquels l'équipe de projet n'a aucune emprise et qui sont nécessaires pour la réussite du projet.

Tableau XX : Présentation du cadre logique

Titre du projet : Intégration de la PEG du diabète dans le paquet minimum de 10 CSI de District V de Niamey		Durée d'exécution : 1 an	
Site du projet : District Niamey 5		Cible: Prestataires, diabétiques, décideurs	
Hiérarchisation des objectifs (HO) ou logique d'intervention (LI)	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de vérification (SV)	Conditions critiques (CC) ou hypothèses ou suppositions
OG : Améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière aux médicaments chez les diabétiques.	Taux de morbidité Taux de mortalité	SNIS	Engagement du PNLMNT Engagement politique
OS1 : Assurer la prise en charge des cas de diabète au niveau périphérique d'ici décembre 2016	% de CSI assurant la PEC du diabète	SNIS	Engagement du PNLMNT Disponibilité financière
OS2 : Amener 80% de la population à connaître le diabète et ses principaux facteurs de risque d'ici décembre 2016	Taux de connaissance du diabète et de ses principaux facteurs de risque	Enquête STEP wise	Engagement du PNLMNT Disponibilité financière
OS3 : Obtenir une subvention des médicaments antidiabétiques d'ici décembre 2016	Nombre de textes législatifs et réglementaires adoptés	MSP/OMS	Engagement du PNLMNT, de l'association des diabétiques et du politique
OS4 : Assurer le suivi et l'évaluation des activités du projet	% de rapports réalisés Nombre d'enquête réalisée	Rapports d'activités	Engagement du PNLMNT
<u>Extrants ou Résultats attendus</u>			
R1 : La prise en charge du diabète est assurée en périphérie	% de CSI assurant la PEC du diabète	SNIS	Engagement du PNLMNT Disponibilité financière
R2 : 80% de la population connaissent le diabète et ses facteurs de risques	Taux de connaissance du diabète et de ses principaux facteurs de risque	Enquête CAP	Engagement du PNLMNT Disponibilité financière
R3 : Les médicaments anti diabétiques sont subventionnés	Nombre de textes accordant la subvention	Budget	Engagement du PNLMNT, de l'association des diabétiques et du politique
R4 : Les activités sont suivies et évaluées	% de rapports réalisés Nombre d'enquête réalisée	Rapports d'activités	Engagement du PNLMNT
<u>Intrants ou Activités</u>			
A1 : Réactualiser les protocoles de PEC du diabète au niveau périphérique	Nombre de protocoles réactualisés	Rapports d'activités	Disponibilité financière Disponibilité des agents
A2 : Formation de 20 agents de santé (dont 5 médecins) sur la PEC du diabète	Nombre d'agents de santé formés sur la PEC du diabète	Rapports d'activités	
A3 : Equiper 10 CSI en matériels et consommables adéquats pour la PEG du diabète	Nombre de CSI équipés en matériels et consommables adéquats pour la PEC du diabète	Rapports d'activités	

A4 : IEC /CCC pour informer, sensibiliser et éduquer la population sur le diabète et ses facteurs de risque	Nombre de séances de sensibilisation réalisées	Rapports d'activités	-Disponibilité de budget à la date de 01-01-2016
A5 : Organiser un dépistage annuel de l'hyperglycémie pour les personnes de 15ans et plus	Nombre de personnes de 15 ans et plus dépistés	Rapports d'activités	-Participation de l'Etat :
A6 : Plaidoyer auprès des autorités politiques et les PTF pour la subvention des médicaments antidiabétiques	Nombre d'adhésion des leaders d'opinion, des Associations et des ONG	Rapports d'activités	. 5% du budget . Disponibilité des agents de santé
A7 : Organiser un atelier de définition et d'intégration des indicateurs des MNT dont le diabète dans le SNIS	Rapport de l'atelier disponible	Rapports d'activités	-Disponibilité de la population cible
A8 : Elaborer un plan de suivi évaluation des indicateurs du PNLMT	Un plan de suivi évaluation des indicateurs du PNLMT disponible	Rapports d'activités	

7.4. Plan opérationnel

Un plan opérationnel ou plan de développement, s'appuie sur la stratégie définie préalablement, et constitue en quelque sorte sa mise en application.

En effet, la définition d'une stratégie a permis d'identifier de tirer les enseignements de toutes les étapes préalables et autoriser certains réajustements.

Un plan devra donc rester souple et définir des objectifs intermédiaires que l'entreprise devra réaliser. Cette partie présente les opérations requises pour la mise en œuvre du projet en accord avec les responsables du PNLMT.

Tableau XXI : Plan opérationnel de la solution

But : Améliorer la qualité et la pérennité de la prise en charge du diabète / Stratégie globale : Intégration du diabète dans les SSP										
Objectif général : Contribuer à améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière aux médicaments chez les diabétiques.										
Activités	Cibles	Période d'exécution 2016				Sources de données	Méthodes de collecte	Fréquence	Sources de financement	Responsables
		T1	T2	T3	T4					
OS1 : Assurer la prise en charge des cas de diabète au niveau périphérique d'ici décembre 2016										
A1 : Réactualiser les protocoles de PEC du diabète	Patients diabétiques	X				PNLMNT	Rapports d'activités	Semestriel	OMS	PNLMNT
A2 : Formation de 20 agents de santé (dont 5 médecins) sur la PEC du diabète	5 médecins 15 IDE et Sage femmes		X			PNLMNT	Rapports d'activités	Semestriel	FC	PNLMNT
A3 : Equiper 20 CSI en matériels et consommables adéquats pour la PEC du diabète (glucomètre et bandelettes adaptées, médicaments, bandelettes urinaires)	20 CSI de la communauté urbaine de Niamey		X			PNLMNT	Rapports d'activités	Semestriel	ETAT	PNLMNT
OS2 : Amener 80% de la population à connaître le diabète et ses principaux facteurs de risque d'ici décembre 2016										
A4 : IEC /CCC pour informer, sensibiliser et éduquer la population sur le diabète et ses facteurs de risque	Population nigérienne	X	X	X	X	PNLMNT	Rapports d'activités	Trimestriel	ETAT	PNLMNT
A5 : Organiser un dépistage annuel de l'hyperglycémie pour les personnes de 15ans et plus	Personnes de 15ans et plus	X							ETAT	PNLMNT
OS3 : Obtenir une subvention des médicaments antidiabétiques d'ici décembre 2016										
A6 : Plaidoyer auprès des autorités pour la subvention des antidiabétiques	Président de la République, Députés, 1 ^{er} Ministre.		X	X		PNLMNT/ Association des diabétiques	Rapports d'activités	Trimestriel	PNLMNT	PNLMNT
OS4 : Assurer le suivi et l'évaluation des activités du projet										
A7 : Organiser un atelier de définition et d'intégration des indicateurs des MNT dont le diabète dans le SNIS	Personnel du PNLMNT	X				PNLMNT	Rapports d'activités	Trimestriel	OMS	PNLMNT
A8 : Elaborer et diffuser un plan de suivi évaluation des indicateurs du PNLMNT	Personnel du PNLMNT		X				Rapports d'activités		ETAT	PNLMNT

7.5. Budget

Le budget est la valorisation du coût des ressources à utiliser.

Dans le cadre de notre projet : intégration de la PEG du diabète dans le paquet minimum des activités de 10 CSI du district V de la CUN, le budget s'élève à **trente six millions deux cent cinq mille cinq cent franc CFA (36 205 500 FCFA)**.

Tableau XXII : Budget du plan de mise en œuvre de la solution retenue au PNLMT

ACTIVITES	MONTANT
<i>OS1 : Assurer la prise en charge des cas de diabète au niveau périphérique d'ici décembre 2016</i>	
A1 : Réactualiser les protocoles de PEC du diabète	2 500 000
A2 : Former 20 agents de santé (dont 5 médecins) sur la PEC du diabète	3 500 000
A3 : Equiper 20 CSI en matériels et consommables adéquats pour la PEC du diabète (glucomètre et bandelettes adaptées, médicaments, bandelettes urinaires)	9 475 000
Total OS1	15 475 000
<i>OS2 : Amener 80% de la population à connaître le diabète et ses principaux facteurs de risque d'ici décembre 2016</i>	
A4 : IEC /CCC pour informer, sensibiliser et éduquer la population sur le diabète et ses facteurs de risque	8 480 500
A5 : Organiser un dépistage annuel de l'hyperglycémie pour les personnes de 15ans et plus	2 750 000
Total OS2	11 230 500
<i>OS3 : Obtenir une subvention des médicaments antidiabétiques d'ici décembre 2016</i>	
A6 : Plaidoyer auprès des autorités pour la subvention des antidiabétiques	PM
Total OS3	PM
<i>OS4 : Assurer le suivi et l'évaluation des activités du projet</i>	
A7 : Organiser un atelier de définition et d'intégration des indicateurs des MNT dont le diabète dans le SNIS	2 500 000
A8 : Elaborer et diffuser un plan de suivi évaluation des indicateurs du PNLMT	7 000 000
Total OS4	9 500 000
Total des activités des OS 1+2+4	36 205 500

7.6. Suivi et Evaluation

Le suivi permettra aux dirigeants de voir si le plan de mise en œuvre se déroule comme prévu : identification des progrès, des écarts, des difficultés dans la mise en œuvre afin de les analyser et d'apporter des réajustements nécessaires.

L'évaluation quant à elle, permettra de mesurer l'impact du plan sur les performances du centre de santé en matière de planification.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

Au Ministère de la Santé Publique (MSP) :

- ✓ Plaider auprès du Ministère des Finances afin de créer une ligne budgétaire pour la lutte contre les MNT;
- ✓ Engager à temps les crédits alloués aux activités programmées dans le PAA pour la lutte contre les MNT ;
- ✓ Créer et équiper en ressources adéquates un centre national de diabétologie en vue de sécuriser la prise en charge des malades diabétiques surtout pour les cas compliqués,
- ✓ Rendre le coût des médicaments antidiabétiques abordable, en subventionnant le prix des insulines et la distribution des antidiabétiques oraux (génériques).

Au Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT)

- ❖ Mener une enquête épidémiologique de masse en vue de déterminer la prévalence, la typologie clinique et la morbidité du diabète au plan national, afin de disposer de données de base pour l'élaboration d'un programme national de lutte contre le diabète,
- ❖ Mettre à profit la journée internationale du diabète pour organiser, à l'échelle nationale, des séances gratuites de dépistage/ conseils et de prise en charge,
- ❖ Créer au niveau de chaque région une coordination régionale du PNLMNT rattachée à la Direction Régionale de la Santé Publique pour améliorer le système d'information et de collecte des données des MNT à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- ❖ Accroître la sensibilisation au niveau communautaire, à travers des messages de prévention et d'information sur les populations à risque de diabète ;
- ❖ Développer des mécanismes de financement des activités de sensibilisation à travers des partenariats solides avec les institutions de la téléphonie mobile.

Aux malades :

- ❖ Respecter de manière scrupuleuse les instructions relatives à la prise en charge et l'utilisation des médicaments traditionnels :
 - Suivre régulièrement les consultations chez le médecin ;
 - Suivre les conseils prodigués par le personnel soignant ;
 - Contrôler régulièrement la glycémie malgré un traitement antidiabétique.
- ❖ Adhérer à l'association des diabétiques ; celle-ci permettra de sauvegarder les intérêts moraux et matériels des uns et des autres et afin d'amener les autorités à « un peu plus

de mesure » dans la prise en charge, telle que la subvention des médicaments antidiabétiques.

A l'OMS

- ❖ Accélérer les procédures de déblocage des fonds ;
- ❖ Renforcer l'appui technique et financier du PNLMT ;
- ❖ Inciter les principaux partenaires, à savoir la Fédération internationale du Diabète et les autres à allouer des ressources additionnelles aux interventions du PNLMT en faveur du diabète;

CESAG - BIBLIOTHEQUE



CONCLUSION

Afin de garantir la santé de la population, une bonne disponibilité et une bonne accessibilité des médicaments sont des éléments indispensables à tout système de santé.

Ce travail a pour but de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la pérennité de la prise en charge des diabétiques au Niger. Au terme d'une démarche méthodologique basée sur la résolution des problèmes, le problème principal identifié a été la faible accessibilité financière des médicaments chez les diabétiques.

Cependant, la pérennisation de cette prise en charge ne peut être réalisée sans maîtrise, ni connaissance des différents coûts qu'elle engendre.

C'est dans cette optique, que nous avons analysé les coûts supportés par les diabétiques dans leur prise en charge médicale à travers un échantillon de 180 patients recrutés à l'HNN et à la clinique Yachvine et qui nous semble assez représentatif de la population à l'étude.

L'analyse a montré qu'en plus des coûts directs médicaux classiquement rencontrés dans toute activité de prise en charge médicale, il existe d'autres coûts liés au transport et à la perte de productivité. Le montant global supporté par le diabétique est au minimum 32494,38 F CFA/mois quel que soit son régime thérapeutique en dehors de toute complication. Les coûts directs médicaux, les coûts directs non médicaux liés au transport et les coûts indirects représentent respectivement 83,53% ; 5,12% et 11,35% des coûts totaux.

Ce coût est difficilement supportable par les diabétiques et leur entourage dès lors que le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) est de 30 047F CFA/mois.

Pour les 67,2% des diabétiques, la famille participe à la prise en charge financière pour l'achat des médicaments et ou pour payer les frais des examens et le transport.

De plus, 69,4% des patients ne font pas le bilan et la consultation le même jour (ils le font la veille ou le lendemain de la consultation) alourdissant ainsi les frais de transport.

En outre, 88,3% de nos patients achètent leurs médicaments dans les pharmacies privées pour la non disponibilité de ces produits dans les officines publiques contre 7,8% des patients qui se procurent au niveau même de la structure de PEG (HNN). Le reste de l'échantillon se procurent les médicaments soit au marché parallèle (2,8%) soit en dehors du Niger (1,2%).

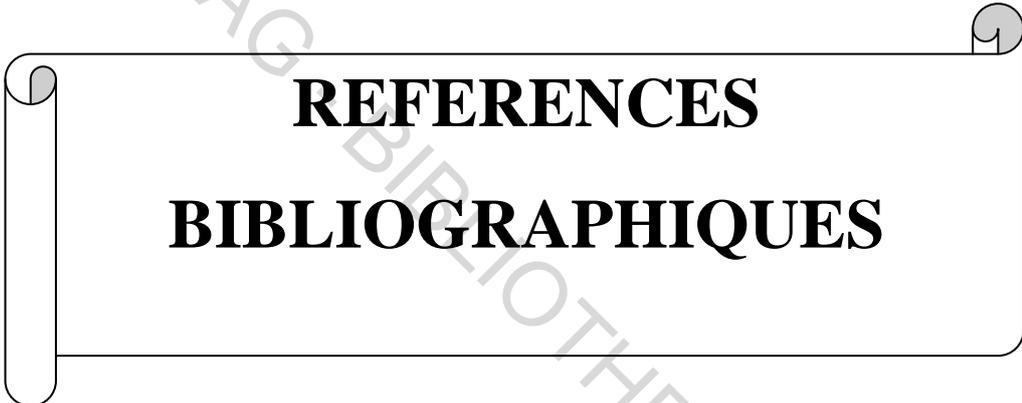
Pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière aux médicaments chez les diabétiques, nous avons proposé une solution en accord avec les membres de l'organisation. La solution s'articule autour de l'intégration de la prise en charge du diabète dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires au niveau périphérique pour un accès équitable aux soins. Il s'avère également nécessaire de subventionner la prise en charge soit partielle, soit totale par le système de santé au Niger afin de réduire le coût très élevé de la prise en charge du diabète par le patient et son entourage.

Pour réaliser cet objectif, un plan de mise en œuvre de la solution proposée a été conçu. Les objectifs spécifiques, les activités, les indicateurs et les ressources ont été déterminés.

L'implication effective de tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le diabète au Niger, apporteront une amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité financière des médicaments antidiabétiques.

Une attention soutenue doit aussi être accordée à la prévention, au dépistage et au traitement des complications et des facteurs de risque cardiovasculaires associés. Ces actions ont un coût, mais leur prix doit s'effacer devant les avantages escomptés en matière de bénéfices médicaux et sociaux.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

OUVRAGES

1. ALBERTI KG

Quelques problèmes posés par la définition et l'épidémiologie du diabète de type 2 (non insulino-dépendant) dans le monde. 1994 ; 20 : 315 — 324p

2. ATLAS du diabète de la FID : 6^{ème} édition, 2013, 160p

3. Dumoulin Jérôme, Kaddar Miloud, Velasquez Germán, (2001). Guide d'analyse économique du circuit du médicament, OMS /Genève, 61 p.

4. Massi-Benedetti M,

CODE-2 Advisory Board. The cost of diabetes type II in Europe: The CODE- 2 Study. *Diabetologia* 2002; 45:S1-S4.

5. Millot .G (2006).

Politiques nationales. Le Médicament Essentiel en Afrique: pour une vision globale *Med Trop*; 66 : 558-564

6. OMS/MSP – Niger : Stratégie nationale de financement de la sante en vue de la couverture universelle en sante au Niger, Juin 2012, 73p

7. Plan de Développement Sanitaire du Niger 2011-2015

8. PNLMNT de Benin

Pan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2014-2018, 98p

9. PNLMNT du Niger:

Plan stratégique national intégré de prévention et de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles 2012-2016, 56p

10. PNLMNT : Module de formation des professionnels de sante sur la prise en charge du diabète sucre

REVUES ET PERIODIQUES

11. Comptes nationaux de la sante du Niger : exercice 2011, Décembre 2013, 104p

12. Comptes de la sante du Niger : exercices 2012-2013, Avril 2015, 141p

13. Annuaire des statistiques sanitaires du Niger année 2013 : Septembre 2014, 323p

14. Annuaire des statistiques sanitaires du Niger année 2014 : Aout 2015, 354p

15. OMS: report of consultation, Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia, Geneva, World Health Organization, 2006.

Quarante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé; point 18.2 de l'ordre du jour.

16. OMS (2007)

Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques: Donner un soutien aux pays pour réduire le manque d'accès aux médicaments, Rapport annuel 2007 p ,20.

THESES

17. Ibrahim Haidara,

Etude de l'impact socio-économique du diabète, Thèse Med, Bamako, 2008.

18. Lawali SALISSOU :

Thèse de doctorat en médecine : « étude de l'impact socio économique du diabète à l'HNN » 2013, 112 p

RAPPORTS ET ETUDES

19. DGPML (BURKINA FASO)

Mesurer les prix, la disponibilité, l'accessibilité financière et les composantes des prix des médicaments au Burkina Faso ; RAPPORT D'ETUDE/MARS 2010 ; 70p

20. Direction de la lutte contre la maladie et les endémies

Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles Au Niger (Approche Step"wise" de l'OMS), DECEMBRE 2008, 105p

21. Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle

Rapport de l'étude sur les prix des médicaments au NIGER, 2006, 71 p

22. Emmanuela Gakidou, Leslie Mallinger, Jesse Abbott-Klafter, Ramiro Guerrero, Salvador Villalpando, Ruy Lopez Ridaura, Wichai Aekplakorn, Mohsen Naghavi, Stephen Lim, Rafael Lozano & Christopher JL Murray :

Traitement du diabète et des facteurs de risque cardiovasculaire associés dans sept pays: comparaison des données d'enquêtes nationales de santé par examen

Bulletin de l'OMS Volume 89, numéro 3, mars 2011, 161-240

23. Emilie Nartz : Maladies endocriniennes et diabète/ Quels « coûts » pour la population réunionnaise ? Rapport final octobre 2006, 66p

24. Enquête démographique de santé à indicateurs multiples du Niger (EDSN-MICS IV) 2012

25. INS-NIGER ; Rapport national sur les progrès vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, Niger 2012, 114p

- 26. M. M. Kaddar, Economiste, CIDEF (Paris) et M. J. Dumoulin (CNRS). Y ont collaboré M. R. Baziri (Maroc), M.C. Touativ (Maroc), Mme N. Dellaporta (France) et M. A. Touat (Algérie) ;** Le secteur pharmaceutique privé commercial au Maroc - Dynamique de développement et effets sur l'accessibilité des médicaments - Série de recherche, No. 21 (1997; 56 pages)
- 27. MSP :** Rapport des progrès réalisés vers l'attente des OMD liés à la santé, Décembre 2013, 58p
- 28. MSP/Evaluation à mi parcours PDS 2011-2015 :** Enquête de satisfactions des bénéficiaires des prestations des soins et de santé. Rapport de synthèse finale, Juillet 2014, 74p
- 29. Nicole Scholz /EPRS | Service de recherche du Parlement européen**
Les médicaments dans l'UE: prix et accès, Briefing Avril 2015, 9p
- 30. OMS/ Prévention et contrôle du diabète :** Une stratégie pour la région africaine de l'OMS ; Rapport du Directeur régional **AFR/RC57/7**, 25 juin 2007 ; 12p
- 31. Valéry Pascal BONNET :** Le concept d'accessibilité dans le système de santé : Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé. Dossier DEA GEOS Université Montpellier 3 Paul © 2002, 25p, p 7

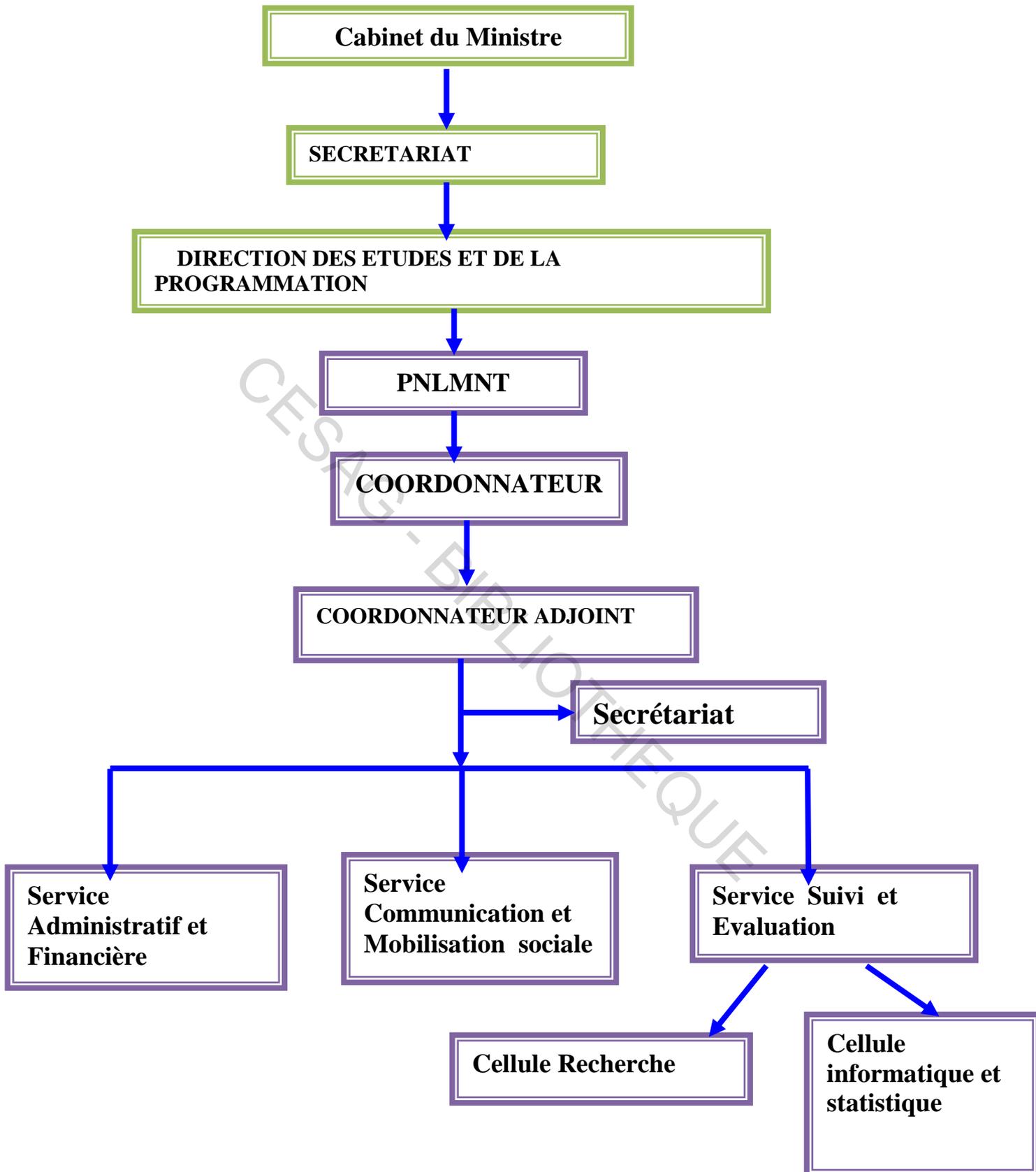
SITES INTERNET

- 32. Diagramme d'Ishikawa :** Diagramme de causes et effets — Wikipédia
https://fr.wikipedia.org/wiki/Diagramme_de_causes_et_effets
- 33. MARYE-CLAUDE BELZILE :** L'accessibilité aux médicaments d'ordonnance au Québec ; ANALYSES 17 FÉVRIER 2015,
revuelespritlibre.org/laccessibilite-aux-medicaments-dordonnance-au-qu.
- 34. OMS/www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/fr/ :**
Diabète : Aide-mémoire N°312, Janvier 2015. Consulté le 20-08-2015
- 35. OMS | Diabète: le coût du diabète - WHO | World...**
Diabète: le coût du diabète. Aide-mémoire N°236. Consulté le 20-08-2015
- 36. OMS www.who.int/universal_health_coverage/fr/** Consulté le 20-08-2015
- 37. Panorama de la santé 2013 : Prévalence et incidence du diabète - OECD iLibrary**
www.oecd-ilibrary.org/sites/health...fr/.../index.html? Consulté le 09-09-2015
- 38. www.votresalaire.org/Niger/home :** (consulté le 26- 09- 2015 à 12h)



ANNEXES

Annexe 1 : ORGANIGRAMME DU PNLMNT



Annexe 2 : QUESTIONNAIRE

Numéro: /__ / __ / __ / __

A. ETAT CIVIL

A.1. Structure de santé :

A.2. Age: /__ / __ / __ / __ ans

A.3. Sexe : 1=Masculin 2=Féminin /__ /

A.4. Ethnie :

A.5. Adresse :

B. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

B.1. Statut matrimonial : 1=Marié 2=Célibataire 3=Veuf(e) 4=Divorcé(e) /__ /

Si marié(e) : 1=Polygame 2= Monogame /__ /

Nombre d'enfants : /__ // __ /

B.2. Niveau d'étude : 1=Primaire 2= Secondaire 3=Universitaire 4=Néant 5=Autre /__ /

B.3. Profession 1=Secteur formel 2=Secteur informel 3=Sans /__ /

Si secteur formel : 1=Salarié 2=Libéral 3=Retraité /__ /

B.4. Type de revenu 1=Journalier 2=Mensuel 3=Trimestriel 4=Saisonnier 5=Autre /__ /

B.4.1 Montant du revenu mensuel: /__ // __ // __ // __ // __ // __ /

B.6. Mode de vie : Comment vous (le patient) et ou votre entourage immédiat percevez la prise en charge au point de vue financier ? 1=Couteuse 2=Supportable 3=Indifférence /__ /

B.7. Type de diabète 1=DNID 2=DID /__ /

B.8. Date de découverte en Année /__ // __ /

B.9. Circonstance de découverte : 1=Fortuite 2=Infections intercurrentes 3=Syndrome polyuropolydipsique 4=Amaigrissement 5=Coma 6=Autres : supérieur à 2 /__ /

B.10. Notion d'antécédent de diabète familial : 1=Oui 2=Non /__ /

B.11. Prise en charge médicale :

Cette prise en charge est-elle importante pour vous ? 1=Oui 2=Non /__ /

Respectez-vous vos rendez-vous ? 1=Oui 2=Non /__ /

Si non pourquoi ?

B.12. La famille participe-t-elle à la prise en charge ? 1=Oui 2=Non /__ /

Si oui, que paye-t-elle ? 1=Médicaments 2=Examens complémentaires 3=1+2 /__ /

Quel est son taux de participation ? 1=25% ; 2=50% ; 3=75% ; 3=100% /__ /

B.13. Traitement : /__ /

1=Régime alimentaire+ exercices physiques+ ADO ; 2=Régime alimentaire+ exercices physiques+ insuline 3=Régime alimentaire +exercices physiques +ADO +insuline

B.14. Type d'ADO ou nom du médicament: /__ /

1=Biguanides 2=Sulfamides hypoglycémiantes 3=Inhibiteurs des alphaglucosidases
4=Association d'ADO

B.15. Type d'insuline ou nom de l'insuline: 1=Intermédiaire 2=Ordinaire 3=Mixte /__/

B.16. Complications chroniques : /__/

1=Oculaires ; 2=Rénales ; 3=Cardiovasculaires ; 4=Neurologiques ; 5=Pied diabétiques ;
6=Main diabétique ; 7=Impuissance sexuelle

B.17. Traitement des complications : /__/

1=Traitement médical ; 2=Amputation ; 3=Laser ; 4=Chirurgie oculaire ; 5=Dialyse

B.21. Suivez-vous une automédication ou un traitement traditionnel ?

1=oui 2=Non /__/

C. COUTS DE LA PRISE EN CHARGE

C.1. COUTS DIRECT MEDICAUX

C1.1 Payez-vous la consultation ? 1=oui 2=Non /__/

Si oui, combien vous payez ?

C.1.2. Payez-vous des examens de laboratoire pour le bilan ? 1=oui 2=Non /__/

Si oui, combien vous payez ? /__//__//__//__//__/

C.1.3. Payez-vous des examens radiologiques pour le bilan ? 1=oui 2=Non /__/

Si oui, combien vous payez ?

C.1.4. Nombre de bilan dans l'année :

C.1.5. Où payez-vous les médicaments ?

1=Dans la structure de PEC

2=Pharmacie privée /__/

3=En dehors du Niger

4=Autres

Combien vous payez ?

C.2. COUT DIRECT NON MEDICAUX

C.2.1. Etes-vous accompagner à la consultation ou pour faire le bilan ?

1=oui 2=Non /__/

C.2.2. Payez-vous le transport 1=oui 2=Non /__/

Si oui, combien vous dépensez pour venir à la consultation ?

C.2.3. Faites-vous la consultation et le bilan le même jour et au même endroit ?

1=oui 2=Non /__/

Si non, combien vous dépensez pour aller faire le bilan ? /__//__//__//__//

Combien vous dépensez pour aller acheter les médicaments ? /__//__//__//__//

C.3. COUTS INDIRECTS

C.3.1. Rencontrez-vous des difficultés pour venir à la structure de prise en charge ?

1=oui 2=Non /__/

Si oui, lesquelles ?

C.3.2. Y a-t-il une perte de productivité ou de production, liée au « temps perdu » en venant à la structure de prise en charge ? 1=oui 2=Non /__/

Si non, pourquoi ?

C.3.3 Si oui, quel est le nombre d'heures de productivité « perdu » en venant à la structure de prise en charge ? /__//__//__/

C.3.4 Quelle est la perte de revenu par heure ? /__//__//__//__//__/

C.3.5 Perte de revenu totale /__//__//__//__//__/

C.3.6 Absences répétées au travail pour cause de maladie ou de visite médicale

1=oui 2=Non /__/

C.3.7 Inaptitude au travail pour cause d'invalidité 1=oui 2=Non /__/

C.3.8 Absence au travail de votre entourage 1=oui 2=Non /__/

C.4. COUTS INTANGIBLES

C.4.1 La prise en charge médicale, est source de douleur morale ?

1=Douleur 2=Pas de douleur 3=Indifférence /__/

C.4.2 Etes-vous stressé(e) par cette prise en charge médicale ?

1=Pas stressé (e) 2=Souvent stressé (e) 3=Toujours stressé(e) /__/

C.4.3 Comment qualifiez-vous votre état de bien être ?

1= Mauvais 2=Assez bien 3=Bien 4=Très bien /__/

Annexe 3 : Guide d'entretien avec les prestataires des soins antidiabétiques

Objet : Problématique de l'accessibilité financière aux médicaments des patients diabétiques

Date de l'entretien :

1. Pour un bilan, quels sont les examens complémentaires pour le suivi du patient
2. Quel est le rythme de bilan par an ?
3. Est-ce que les patients arrivent à honorer leur ordonnance et les examens complémentaires ?
4. Les patients respectent-ils les rendez-vous ?
Si non quelles sont les raisons selon vous ?
5. Quelles sont les difficultés de la prise en charge ?
6. Les médicaments sont-ils disponibles à la pharmacie ?
7. Quelles sont vos suggestions pour améliorer l'accessibilité financière aux médicaments antidiabétiques ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 4 : Le coût des éléments de surveillance du patient diabétique à l'HNN

<i>Tous les 3 mois</i>	<i>Prix Unitaire</i>	<i>Prix Annuel</i>
HbA1c (si dosage fiable)	8000	32000
Glycémie (si contributive à la décision thérapeutique)	1500	6000
<i>Tous les ans</i>		
Bilan lipidique a jeun :		15000
<i>LDL</i>	6000	
<i>HDL</i>	3000	
<i>Triglycérides</i>	3000	
<i>cholestérol total</i>	3000	
Créatininémie et calcul de la clairance par la formule de Cockcroft	3000	3000
Fond d'œil si 1 ^{er} examen normal	3800	3800
Protéinurie et hématurie (recherche d'infection par bandelettes urinaires)	1500	1500
Micro albuminurie (si pas de protéinurie)	2700	2700
ECG de repos et d'effort	3000	3000
Radiographie pulmonaire	6600	6600 F CFA
Examen cytobactériologique des urines (ECBU)	6300	6300 F CFA
Consultation stomatologique	3500	3500
Consultation podologique si pied à risque	3500	3500
Consultation ORL	3500	3500
<i>Tous les 5 ans</i>		
Doppler des vaisseaux du cou et des membres inférieurs		
Epreuve d'effort ou scintigraphie myocardique		
<i>En cas des complications</i>		
Ionogramme sanguin	3000 F CFA	
Urée	1000 F CFA	
Hémoculture	5500 F CFA	
TELECOEUR	4400 F CFA	
CRP (protéine réactive C)	2500 F CFA	
vitesse de sédimentation (VS)	1000 F CFA	
Gaz du sang		
Numération formule sanguine (NFS)	3000 F CFA	
Goute épaisse (GE)	2600 F CFA	
PEPTIDE C	10000 F CFA	
TSH	7000 F CFA	
T3	7000 F CFA	
T4	7000 F CFA	
HEMODIALYSE	50000 F CFA	
AMPUTATION	50000 F CFA	
ABLATION DE FIL	2000 F CFA	
CHIRURGIE OCULAIRE	25000 F CFA	
PANSEMENT	1000 f/séance	
ECHO DOPPERS	15000 F CFA	
SCANNER CEREBRAL	50000 F CFA	
KINESITHERAPIE	3000 f/séance	
Consultation spécialisée	3500 F CFA	

Annexe 5 : calcul des coûts à partir des données de l'enquête

Patients	Coût direct médicaux (CMD)				Coût direct non médicaux (CDNM) Cout Transport	Coût indirect (CI)			
	Bilan	Médicaments	Consultation	Total		Nombre heures	perte par heure	perte de revenu annuelle	
P1	78900	504000	14000	596900	32000	0	0	0	
P2	78900	216000	14000	308900	12000	5	2550	153000	
P3	78900	420000	14000	512900	12000	0	0	0	
P4	78900	22740	14000	115640	18000	0	0	0	
P5	78900	121920	14000	214820	24000	5	2500	150000	
P6	78900	480000	14000	572900	24000	0	0	0	
P7	78900	144000	14000	236900	69600	0	0	0	
P8	78900	72000	14000	164900	12000	0	0	0	
P9	78900	121920	14000	214820	32000	5	0	0	
P10	78900	420000	14000	512900	7200	4	438	21024	
P11	15780	155880	2800	174460	120000	5	2550	153000	
P12	15780	156000	2800	174580	8000	4	1875	90000	
P13	78900	73920	14000	166820	24000	0	0	0	
P14	78900	156000	14000	248900	9600	5	157	9384	
P15	78900	120000	14000	212900	36000	5	0	0	
P16	78900	126000	14000	218900	22000	0	0	0	
P17	78900	120000	14000	212900	44000	0	0	0	
P18	78900	48000	14000	140900	14400	0	0	0	
P19	78900	144000	14000	236900	13600	5	1000	60000	
P20	78900	120000	14000	212900	56000	0	0	0	
P21	15780	144000	2800	162580	12000	3	2786	100296	
P22	15780	222000	2800	240580	196000	40	1715	823200	
P23	15780	82200	2800	100780	9600	5	0	0	
P24	15780	147600	2800	166180	14400	0	0	0	
P25	78900	132000	14000	224900	12000	0	0	0	
P26	78900	121920	14000	214820	40000	0	0	0	
P27	78900	420000	14000	512900	9600	5	500	30000	
P28	78900	540000	14000	632900	9600	0	0	0	
P29	15780	72192	2800	90772	12000	5	600	36000	
P30	78900	73920	14000	166820	35200	0	0	0	
P31	78900	429300	14000	522200	17600	0	0	0	
P32	15780	156000	2800	174580	12000	4	684	32832	
P33	78900	84000	14000	176900	48000	0	0	0	
P34	78900	73920	14000	166820	16000	0	0	0	
P35	78900	420000	14000	512900	14400	0	0	0	
P36	7890000	540000	1400000	9830000	12000	5	872	52320	
P37	78900	156000	14000	248900	32000	0	0	0	
P38	78900	156000	14000	248900	16000	0	0	0	
P39	78900	427200	14000	520100	24000	0	0	0	
P40	78900	288000	14000	380900	12000	0	0	0	
P41	15780	120000	2800	138580	12000	5	1236	74160	
P42	78900	240000	14000	332900	32000	24	1563	150000	

Contribution a une meilleure prise en charge financière du diabète au Niger

P43	7890	120000	1400	129290	9600	5	1786	107148
P44	7890	120000	1400	129290	12000	3	2500	90000
P45	15780	240000	2800	258580	24000	5	17868	107160
P46	78900	72000	14000	164900	12000	0	0	0
P47	78900	120000	14000	212900	11200	0	0	0
P48	78900	72000	14000	164900	29600	72	469	45000
P49	78900	72000	14000	164900	20000	0	0	0
P50	78900	120000	14000	212900	5600	0	0	0
P51	78900	120000	14000	212900	5600	0	0	0
P52	78900	72000	14000	164900	10000	0	0	0
P53	78900	120000	14000	212900	12000	0	0	0
P54	78900	120000	14000	212900	10000	0	0	0
P55	78900	480000	14000	572900	12000	0	0	0
P56	78900	120000	14000	212900	24000	0	0	0
P57	78900	120000	14000	212900	24000	0	0	0
P58	78900	721920	14000	814820	14400	0	0	0
P59	78900	120000	14000	212900	12000	0	0	0
P60	78900	420000	14000	512900	116000	0	0	0
P61	78900	72000	14000	164900	32000	0	0	0
P62	78900	156000	14000	248900	104000	0	0	0
P63	78900	120000	14000	212900	9600	0	0	0
P64	78900	120000	14000	212900	44000	0	0	0
P65	78900	72000	14000	164900	9600	0	0	0
P66	78900	721920	14000	814820	12000	5	2000	120000
P67	78900	120000	14000	212900	12000	0	0	0
P68	78900	120000	14000	212900	24000	0	0	0
P69	78900	72000	14000	164900	12000	0	0	0
P70	78900	721920	14000	814820	9600	0	0	0
P71	78900	120000	14000	212900	76000	0	0	0
P72	78900	120000	14000	212900	168000	40	2000	960000
P73	15780	119400	2800	137980	8700	5	1000	60000
P74	78900	156000	14000	248900	12800	0	0	0
P75	7890	156000	1400	165290	7200	4	1215	58320
P76	7890	156000	1400	165290	7200	0	0	0
P77	78900	120000	14000	212900	24000	5	1000	60000
P78	78900	420000	14000	512900	24000	0	0	0
P79	39450	300000	7000	346450	204000	40	14295	685716
P80	78900	120000	14000	212900	44000	0	0	0
P81	78900	684000	14000	776900	36000	5	3214	192864
P82	15780	144000	2800	162580	24000	0	0	0
P83	7890000	144000	1400000	9434000	24000	0	0	0
P84	78900	156000	14000	248900	60000	4	5000	240000
P85	78900	117360	14000	210260	8400	0	0	0
P86	78900	156000	14000	248900	24000	0	0	0
P87	15780	240000	2800	258580	12000	4	1429	68580
P88	78900	144000	14000	236900	12000	0	0	0
P89	15780	208800	2800	227380	24000	5	1308	78432

Contribution a une meilleure prise en charge financière du diabète au Niger

P90	78900	240000	14000	332900	0	0	0	0
P91	0	0	0	0	36000	5	1680	100800
P92	78900	528000	14000	620900	9600	0	0	0
P93	78900	900000	14000	992900	36000	4	3572	171432
P94	7890	144000	1400	153290	38400	16	4286	822864
P95	78900	156000	14000	248900	96000	0	0	0
P96	0	0	0	0	8000	5	1000	60000
P97	78900	156000	14000	248900	5200	0	0	0
P98	39450	60000	7000	106450	60000	0	0	0
P99	78900	540000	14000	632900	60000	0	0	0
P100	78900	240000	14000	332900	4800	0	0	0
P101	78900	156000	14000	248900	8000	6	750	54000
P102	78900	144000	14000	236900	8000	0	0	0
P103	78900	120000	14000	212900	4000	0	0	0
P104	78900	720000	14000	812900	8000	3	1610	57960
P105	78900	600000	14000	692900	2000	6	820	58800
P106	78900	144000	14000	236900	8000	4	0	0
P107	78900	600000	14000	692900	16000	6	572	41160
P108	78900	144000	14000	236900	4000	0	0	0
P109	78900	72000	14000	164900	20000	0	0	0
P110	78900	312000	14000	404900	16000	6	1875	135000
P111	78900	240000	14000	332900	17600	0	0	0
P112	7890	280200	1400	289490	104000	35	360	150000
P113	78900	420000	14000	512900	40000	0	0	0
P114	15780	156000	2800	174580	0	3	1430	52620
P115	15780	73920	2800	92500	8000	6	428	30852
P116	78900	636000	14000	728900	52000	0	0	0
P117	78900	180000	14000	272900	14004	0	0	0
P118	78900	180000	14000	272900	2800	6	1771	127536
P119	78900	162000	14000	254900	8000	5	250	15000
P120	15780	73800	2800	92380	12000	5	408	24432
P121	78900	540000	14000	632900	18000	3	4286	154284
P122	15780	96600	2800	115180	20000	5	0	0
P123	15780	456000	2800	474580	9600	0	0	0
P124	78900	222000	14000	314900	10000	5	6000	360000
P125	15780	300000	2800	318580	7200	5	1272	76320
P126	15780	156000	2800	174580	20000	5	1286	77148
P127	15780	73920	2800	92500	7200	5	625	37500
P128	78900	84000	14000	176900	7800	0	0	0
P129	78900	120000	14000	212900	9600	0	0	0
P130	78900	78000	14000	170900	13600	0	0	0
P131	78900	144000	14000	236900	12000	0	0	0
P132	78900	540000	14000	632900	24000	0	0	0
P133	78900	148800	14000	241700	14000	5	1000	60000
P134	78900	312000	14000	404900	34000	5	650	39000
P135	15780	480000	2800	498580	9600	5	3136	188148
P136	78900	144000	14000	236900	9600	0	0	0
P137	78900	117600	14000	210500	9600	4	3000	14400

Contribution a une meilleure prise en charge financière du diabète au Niger

P138	0	0	0	0	36000	3	1786	64296
P139	78900	132000	14000	224900	16000	0	0	0
P140	78900	180000	14000	272900	24000	6	625	45000
P141	78900	120000	14000	212900	2800	6	571	41160
P142	78900	60000	14000	152900	4000	0	0	0
P143	78900	120000	14000	212900	32000	24	0	0
P144	78900	120000	14000	212900	4000	0	0	0
P145	78900	240000	14000	332900	44000	15	0	0
P146	78900	180000	14000	272900	4000	6	1428	102492
P147	78900	120000	14000	212900	12000	6	0	0
P148	78900	60000	14000	152900	5600	6	0	0
P149	78900	60000	14000	152900	40000	12	0	0
P150	78900	240000	14000	332900	40000	12	0	0
P151	78900	60000	14000	152900	12000	12	0	0
P152	78900	60000	14000	152900	4000	5	0	0
P153	78900	120000	14000	212900	5600	6	0	0
P154	78900	60000	14000	152900	4800	6	0	0
P155	78900	144000	14000	236900	2800	5	0	0
P156	78900	48000	14000	140900	10000	6	0	0
P157	78900	156000	14000	248900	12000	6	0	0
P158	78900	48000	14000	140900	2000	5	0	0
P159	78900	120000	14000	212900	2000	6	1378	99252
P160	78900	216000	14000	308900	4000	6	1285	92580
P161	78900	60000	14000	152900	4000	6	125	9000
P162	78900	312000	14000	404900	4000	6	1250	90000
P163	78900	60000	14000	152900	140000	18	1250	270000
P164	78900	156000	14000	248900	6000	0	0	0
P165	78900	180000	14000	272900	12000	6	187	13500
P166	78900	144000	14000	236900	14000	12	1000	144000
P167	15780	102000	2800	120580	20000	24	843	242748
P168	78900	540000	14000	632900	24000	0	0	0
P169	78900	120000	14000	212900	10000	5	300	18000
P170	78900	120000	14000	212900	12000	0	0	0
P171	78900	120000	14000	212900	2800	0	0	0
P172	78900	60000	14000	152900	4000	4	125	6000
P173	78900	72000	14000	164900	20000	12	500	72000
P174	78900	84000	14000	176900	14000	12	1200	86400
P175	78900	60000	14000	152900	4000	6	921	66336
P176	78900	120000	14000	212900	24000	5	0	0
P177	78900	120000	14000	212900	4000	6	958	69000
P178	78900	540000	14000	632900	3200	3	1500	54000
P179	78900	240000	14000	332900	8000	0	0	0
P180	78900	78000	14000	170900	12000	5	1243	74580
Total	27567660	36558792	4891600	69018052	4229704		136652	9378036
coût moyen annuel	155749,492	206546,847	27636,1582	389932,497	23762,382		1846,648649	126730,2162
coût moyen mensuel	12979,1243	17212,2373	2303,01318	32494,3748	1980,1985			10560,85135
Coût total moyen annuel	459032,178							
coût total mensuel	38252,6815							