



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION**

**DEPARTEMENT CESAG-SANTE**

**19eme PROMOTION D'ECONOMIE DE LA SANTE**



**MEMOIRE DE FIN DE FORMATION**

**Pour l'obtention du**

**MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION EN ECONOMIE DE LA SANTE**

**THEME :**

**Analyse des coûts socio-économiques de l'hypertension artérielle dans le district sanitaire de Taabo.**

**PRESENTE PAR :**

**Dr LITIE Baliet Adams**

**ENCADREURS :**

**- Dr El Hadji GUEYE**

Enseignant chercheur

Chef de département CESAG Santé

**- Prof. Bassirou BONFOH**

Maître de Recherches

Epidémiologiste-Vétérinaire

Directeur Général du CSRS



**DEDICACE**

Je dédie ce mémoire...

**A mon DIEU** ; le Dieu d'Abraham, d'Isaac et de Jacob

« Comment rendrai-je à YAHVE tout le bien qu'il m'a fait ? » Ps 116 :12

« Béni soit Dieu qui n'a pas écarté ma prière ni son amour loin de moi. » Psaume 66 :20

A travers ce travail, je veux glorifier ton nom et chanter ta grandeur.

Tu es le Dieu en qui j'ai mis ma confiance et jamais je n'ai été déçu.

Merci mon Dieu de m'avoir guidé durant ces longues années d'étude.

Que toute la gloire te revienne.

Que ta grâce et ta faveur m'accompagnent durant ma carrière professionnelle.

Merci mon SEIGNEUR et mon DIEU.

**A la Très Sainte Vierge MARIE**

« Bénie es-tu entre les femmes, et béni le fruit de ton sein ! Oui, bienheureuse celle qui a cru en l'accomplissement de ce qui lui a été dit de la part du Seigneur ! Oui, désormais toutes les générations me diront bienheureuse, car le Tout-Puissant a fait pour moi de grandes choses. » Evangile selon Saint Luc 1 :42 ; 45 ; 48

A toi « la Vierge ma mère », c'est sous ton regard protecteur que ces années d'études se sont déroulées.

Daigne intercéder favorablement auprès de ton fils Jésus pour que je sois toujours digne de ce sacerdoce.

Merci Maman

**A Mon Père Tiétié Michel LITIE (IN MEMORIAM)**

Par ce travail, je veux t'exprimer, Papa, l'amour que j'ai pour toi. Papa, je poursuis le chemin sur lequel tu m'as mis.

Merci Papa

**A Ma Mère Papelé Sylvie Simone Epse LITIE,**

Toutes les pages de ce document ne suffiront jamais pour t'exprimer ma gratitude, juste te dire que je continue et je ne me lasse jamais de travailler, merci pour tout, je t'aime maman.

**A mes frères et sœurs**, particulièrement à vous Erick, Carlos et vos épouses respectives Claudia et Nadège,

Merci pour vos prières, votre soutien matériel et financier, demeurez incontestablement bénis. Restons toujours unis comme Papa nous l'a appris. Considérez ce travail comme le vôtre.

**A ma belle-famille, (Famille SEGUY),**

Ce travail est le vôtre, merci pour vos prières et vos conseils, Que Dieu vous bénisse.

**Aux Dr Broaly Richmond TRA BI et Dr Glenn Kenneth MELEDJE,**

Dakar a été moins pénible grâce à vous. Nous avons partagé ensemble, la vie à Dakar, loin des siens formant une famille. C'est ensemble que nous avons fondé le club santé CESAG, cadre d'échange pour la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et tropicales. Nous avons laissé nos marques au CESAG par le travail académiques et par la création de ce club qui ma foi à changer les habitudes aux CESAG, nous en voulons pour preuve toutes nos actions de la salle de classe à l'auditorium, sans oublier la construction d'espace d'ablution et lieu de prière pour nos frères musulmans dans le projet d'hygiène des toilettes et du cadre de vie. Merci pour tout, que cette expérience et la formation reçue soient le début d'une nouvelle carrière pleine de succès en tant qu'économiste de la santé et le socle de la fraternité que nous devons conserver jalousement. Soyez bénis.

**A tous mes enseignants du CESAG**, merci pour votre instruction.

A tous mes collègues de **la 19<sup>eme</sup> promotion** du MBA Economie de la Santé CESAG avec nos Gouverneurs Mlle Carène EFFOLY et Dr Broaly TRA BI.

A tous les ami(e)s de la Promotion Colonel Cheick FALL (**2016-2017**) de **CESAG-SANTE**.

A mes collaborateurs et toute **l'équipe du Club CESAG Santé**, merci d'avoir cru en mon initiative, celle de créer un Club pour la promotion de la santé et la prévention des pathologies chroniques et infectieuses au sein du CESAG, merci de vous être impliqués à 100% malgré le programme dense des cours au CESAG. Dieu vous bénisse pour tout ce que vous avez fait, par vos actions nous avons contribué à la promotion de la santé et réduit le taux d'absentéisme en classe du fait de la prévention de certaines pathologies.

A tous les camarades de l'Amicale des Ivoiriens du CESAG (**AIC**) et ceux de la fraternité Shalom de l'église Saint Laurent de Gilbratar.

**A la famille KOUASSI**, ma famille d'accueil à DAKAR, je vous dédie ce travail

A tous mes voisins de la « whitehouse »

**A Dr. Véronique Laubhouet-Koffi**, Présidente de la Ligue Ivoirienne contre l'Hypertension artérielle et les Maladies Cardiovasculaires (LICH), merci pour le soutien matériel, financier et pour vos conseils. Ce travail est le vôtre.

**Au Prof. Pétronille ACRAY-ZENGBE**, Maître de Conférence Agrégée, Santé Publique-Économiste de la Santé Chef d'Antenne d'hygiène publique (Abobo-Cocody), merci pour vos conseils, votre orientation et pour tout le soutien, puisse le Seigneur, celui qui élève les humbles vous rejoindre dans votre grande humilité et vous bénir d'avantage.

A mes ami(e)s : **Dr Yelamikan Frank TOURE** le dernier des LITIE, **Dr Boris TCHOUNGA** le coach, **Dr Francis DJAHA**, **Dr AKAMBI**, **Dr Ariane ADON et son époux**, **Mr et Mme YEPRI** (merci pour votre soutien financier et vos conseils, merci à vous les parents de Marc-Emmanuel), **KOUAME Stéphanie (Dakar)**, je vous dédie ce travail, merci pour votre soutien et vos conseils.

**A ma douce et tendre épouse: Affouée Marianne Michèle SEGUY Epouse LITIE,**

Comme je l'ai fait pour ma thèse de médecine, pour mon Master en management de la santé, je termine ce long chapitre des dédicaces par toi ma meilleure, car quand tous rentreront c'est avec toi que je partagerai mes jours et mes nuits.

Meilleure, ta présence constante et ton soutien m'ont apporté courage et réconfort pendant ce long chemin. Quand pour des raisons de finance je voulais reporter ma rentrée, c'est à tes côtés que je puisais ma force, comme une source intarissable tu as toujours eu des mots pour me faire rebondir. Merci pour ton amour, ton amitié, ta disponibilité et tes sacrifices.

Puisse Dieu bénir notre amour, je pense que tu es pour moi, celle que Dieu décrit en Genèse 2 : 18-24.

Je t'aime ma Meilleure moitié...

A tous ceux qui m'ont soutenu et encouragé, ce travail est le vôtre.

# REMERCIEMENTS

## REMERCIEMENTS

Au Docteur **El Hadj GUEYE**,

Vous avez accepté avec spontanéité d'encadrer ce mémoire. C'est un honneur et un plaisir pour moi de vous avoir eu d'abord comme enseignant, ensuite comme Chef de département CESAG SANTE et enfin comme encadreur. Je garde de vous l'image de maître qui m'inspire confiance et admiration, je me rappelle les heures passées avec vous en train de faire des réunions pour le Club Santé CESAG, votre disponibilité à nous encadrer après les cours et la passion avec laquelle vous donnez vos cours. Docteur El Hadj GUEYE je le dis du fond du cœur ; vous être un Maître et le CESAG a une chance de vous avoir.

La simplicité, la disponibilité et la rigueur scientifique sont autant de qualité que vous incarnez et qui font de vous un encadreur d'une rareté étonnante.

Que Dieu vous bénisse et vous accorde une brillante suite de carrière.

Au Professeur **Bassirou BONFOH**,

J'ai été frappé par vos qualités humaines, votre rigueur scientifique et surtout votre amour pour le travail bien fait qui font de vous un modèle.

Merci d'avoir accepté de co-encadrer ce travail, vous m'avez fait confiance, ce travail n'aurait jamais abouti sans vous, il est le vôtre. La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé ont forcé mon admiration.

Permettez-moi cher maître, de vous exprimer mon admiration pour vos qualités scientifiques et votre disponibilité et surtout votre abord facile qui m'a énormément marqué. Vous êtes le reflet de cette institution que vous dirigez des mains de Maître, encore une fois merci car cela a été un honneur pour moi de travailler avec vous et de faire mon stage dans ce prestigieux centre de recherches scientifiques.

Ce fut un honneur pour moi de vous rencontrer et de vous côtoyer.

Que Dieu vous bénisse et vous accompagne dans vos entreprises ainsi que votre famille.



A la direction et au personnel du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG).

A la direction et au personnel du Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire (CSRS).

Au consortium Afrique One-ASPIRE

L'aboutissement de ce travail est pour moi une façon de manifester ma gratitude en faveur de l'initiative DELTAS Africa [Afrique One-ASPIRE / DEL-15-008] pour le soutien financier, académique et scientifique. Afrique One-ASPIRE est un programme de recherche scientifique financé par un consortium de bailleurs dont le African Academy of Sciences (AAS) Alliance for Accelerating Excellence in Science in Africa (AESAI), l'Agence pour le Nouveau Partenariat pour la Planification et la Coordination du Développement de l'Afrique (NEPAD), le Wellcome Trust [107753 / A / 15 / Z] et le gouvernement britannique. Merci à vous

A l'équipe du projet CoDuBu :

Cette étude s'inscrit dans le prolongement du projet CoDuBu. Les enquêtes ont porté sur les patients que le projet avait déjà dépistés hypertendus. Elle n'aurait pas pu se dérouler sans l'appui de certaines personnes à qui nous voudrions dire merci. Ce sont :

☞ les Sponsors, Responsables du Projet et Chercheurs Coordinateurs que sont :

**Prof. Dr Nicole Probst-Hensch** du Swiss Tropical and Public Health Institute, **Prof. Dr Bassirou Bonfoh**, Directeur Général du Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire (CSRS),

☞ les chefs de site(s) du projet et chargés de recherche dont,

**Prof. Dr Jürg Utzinger** et **Dr Christian Schindler** du Swiss Tropical and Public Health Institute, **Prof. Dr Eliézer K. N'Goran** de l'UFR Biosciences, Université Félix Houphouët-Boigny, **Prof. Dr Dinard Kouassi** de l'Institut National de Santé Publique (INSP), **Dr Véronique Laubhouet-Koffi** de la Ligue Ivoirienne contre l'Hypertension artérielle et les Maladies Cardiovasculaires (LICH),

☞ le Coordinateur de projet (Suisse / Chercheur postdoctoral)

**Dr Ikenna C. Eze** du Swiss Tropical and Public Health Institute,

☞ les Coordinateurs de projet (Côte d'Ivoire),

**Dr Clémence Esse** de l' Université Félix Houphouët-Boigny, **M. Félix Acka** de l'Institut National de Santé Publique, **M. Loukou Yao** de la Ligue Ivoirienne contre l'Hypertension artérielle et les Maladies Cardiovasculaires (LICH), **M. Lukas G. Adiossan** de l'Hôpital Général de Taabo, **M. Fidèle Bassa** de l'UFR Biosciences, Université Félix Houphouët-Boigny, **M. Siaka Koné** du Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire (CSRS).

**Aux collaborateurs du Directeur Général du CSRS,**

**Dr Daouda DAO,**

Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Je me souviens des heures passées dans votre bureau ou nous travaillons de façon décontractée dans la rigueur qui vous caractérise. Merci pour la collaboration, merci pour l'orientation, que Dieu continue d'étendre sa main sur votre vie et celle de toute votre famille.

**Dr Clémence ESSE,**

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre implication dans la rédaction de ce mémoire. Votre implication en tant que sociologue nous a permis de donner une touche particulière à ce travail par votre orientation et vos conseils.

Merci pour votre aide précieuse et vos critiques dans la rédaction de ce travail. Veuillez trouver à travers ces mots travail de ma gratitude.

Que Dieu vous bénisse.

**Au Dr Constant AHOUA,**

Merci frère, pour ton soutien, ta disponibilité, ton appui et tes conseils dans la rédaction de ce mémoire, demeure bénit et plein succès dans ta carrière.

**A Mlle Christiane KOUAKOU** (Doctorante en sociologie),

Ma tutrice, ma sociologue, je tiens à te dire merci, merci d'être allée sur le terrain avec moi, merci pour le travail abattu, merci pour le sens élevé du travail bien fait, Dr ESSE a eu raison de te confier ce travail car avec rigueur tu as su m'orienter. Merci puisse le Seigneur Jésus-Christ t'accompagner dans la rédaction de ta thèse.

A **M. Siaka KONE** et tout le centre de surveillance démographique et sanitaire de Taabo,

Recevez ici mes remerciements à travers ce travail, qui est le vôtre. Mention spéciale à vos collaborateurs particulièrement les superviseurs de terrain (Mrs CLOUBOU et COULIBALY).

Que Dieu ne cesse de vous bénir.

Aux alumni, **M. Alfred Gueu TOKPA**, **M. François BADO**, **M. Jean-Luc MANOU**, **M. Samuel OHOUO BROU** (mon parrain), merci pour votre aide, vos conseils, puisse Seigneur vous combler de grâces pour tout ce que vous faites pour vos cadets.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CCD	Circonstance de découverte
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universel
CI	Côte d'Ivoire
CmHg	Centimètre de mercure
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CoDuBu	Co-occurrence of Dual Disease Burden
CSR	Centres de Santé Ruraux
CSRS-CI	Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire
CSU	Centre de Santé Urbain
DRS	Direction Régionale de la Santé
DTS	Dépenses Totales de Santé
ECD	Equipe Cadre de District
ECG	ElectroCardioGramme
EPU	Enseignement Post Universitaire
FCFA	Franc des Colonies Françaises d'Afrique
FSU	Formation Sanitaire Urbaine
HDSS	Health and Demographic Surveillance System
HTA	Hypertension Artérielle
ICA	Institut de Cardiologie d'Abidjan
IDE	Infirmier Diplômé de l'Etat
IECA	Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion de l'Angiotensine
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
IPP	Incapacité Permanente Partielle
IPT	Incapacité Permanente Totale
ISH	International Society of Hypertension

Km	Kilomètre
Km <sup>2</sup>	Kilomètre carré
mg	milligramme
MHD	mesure hygiéno-diététique
mmHg	millimètre de mercure
MNT	Maladie Non Transmissible
MS / DC	Ministère de la Santé / Direction Centrale
MUGEF-CI d'Ivoire	Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire
NFS	Numération Formule Sanguine
ODD	Objectifs Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PA	Pression Artérielle
PAD	Pression Artérielle Diastolique
PAS	Pression Artérielle Systolique
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMM	Programme National de Lutte contre les Maladie Métabolique
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SSDS	Système de Surveillance Démographique et Sanitaire
UN	United Nations
WHO	World Health Organization

## **LISTE DES TABLEAUX, LISTES DES FIGURES ET ANNEXES**

### **Liste des tableaux**

<b>Tableau I</b> : Définition et classification des niveaux de Pression Artérielle mmHg (Source : Nouvelles directives en 2007) .....	8
<b>Tableau II</b> : Répartition des hypertendus selon les CCD .....	37
<b>Tableau III</b> : Répartition des patients selon l'ancienneté de l'HTA.....	38
<b>Tableau IV</b> : Répartition des patients selon leur revenu mensuel .....	40
<b>Tableau V</b> : Calcul du coût moyen mensuel du transport pour consultation HTA .....	43
<b>Tableau VI</b> : Calcul du coût moyen pour consultation HTA.....	44
<b>Tableau VII</b> : répartition des patients selon le coût des examens paracliniques réalisés par an dans le cadre de l'HTA.....	45
<b>Tableau IX</b> : Tableau récapitulatif des coûts directs du traitement de l'HTA...	52
<b>Tableau X</b> : Répartition des patients selon le type de médecine à laquelle ils ont recours .....	53
<b>Tableau XI</b> : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques de recours aux soins.....	55

## Liste des figures

<b>Figure 1.</b> : Pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire (Source : annuaire statistique de la santé de Côte d'Ivoire) .....	22
<b>Figure 2</b> : Carte du HDSS de Taabo, située dans le centre-sud de la Côte d'Ivoire (Source SIAKA et al, 2015) .....	24
<b>Figure 3</b> : Photo montrant la pancarte et les locaux du site de surveillance démographique et sanitaire de Taabo .....	25
<b>Figure 4</b> : Pyramide de la population de l'HDSS de Taabo (zone urbaine et rurales), en date de décembre 2013 (axe des Y : âge en années) (Source SIAKA et al, 2015) .....	26
<b>Figure 5</b> : Photo montrant le bâtiment principal de l'hôpital général de Taabo	27
<b>Figure 6</b> : Taux de fécondité spécifique à l'âge, stratifiés par année dans le HDSS de Taabo (Source SIAKA et al, 2015) .....	28
<b>Figure 8</b> : Photo montrant un focus groupe constitué d'homme .....	31
<b>Figure 9</b> : Répartition des patients hypertendus selon les classes d'âge .....	34
<b>Figure 10</b> : Répartition des patients selon le sexe .....	35
<b>Figure 12</b> : Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction .....	36
<b>Figure 13</b> : Répartition des patients selon la profession .....	36
<b>Figure 14</b> : Répartition des patients selon leur statut dans le ménage .....	37
<b>Figure 15</b> : Répartition des enquêtés en fonction du praticien traitant .....	39
<b>Figure 16</b> : Répartition des enquêtés selon qu'ils soient assuré ou non.....	41
<b>Figure 17</b> : Répartition des enquêtes selon leur fréquence de consultation pour HTA.....	42
<b>Figure 18</b> : Répartition des patients selon la source de financement de leur traitement.....	48
<b>Figure 19</b> : répartition des patients selon l'impact de l'HTA sur le temps de travail.....	49

## Listes des annexes

<b>Annexe 1</b> : Fiche d'enquête.....	73
<b>Annexe 2</b> : Guide d'entretien pour focus groupe.....	75
<b>Annexe 3</b> : Guide d'entretien individuel adressé au personnel soignant.....	77
<b>Annexe 4</b> : Composition du ménage.....	79
<b>Annexe 5</b> : Ancienneté de l'HTA.....	81
<b>Annexe 6</b> : Calcul du Coût moyen de la consultation.....	82
<b>Annexe 7</b> : Calcul du coût moyen pondéré mensuel du bilan médical de l'HTA.....	82
<b>Annexe 8</b> : Calcul du coût du moyen mensuel des antihypertenseurs.....	83
<b>Annexe 9</b> : Le coût moyen supplémentaire engendré par le MHD.....	84
<b>Annexe 10</b> : Temps de travail perdu par mois.....	84

CSAG - BIBLIOTHEQUE



# TABLE DES MATIERES

## TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS .....	VII
ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	XI
RESUME.....	1
LISTE DES TABLEAUX, LISTES DES FIGURES ET ANNEXES .....	XIII
TABLE DES MATIERES .....	XVII
INTRODUCTION GENERALE.....	2
I- Contexte et énoncé du problème .....	3
II- Justification de l'étude .....	4
III-Portée de l'étude.....	5
1- But de l'étude.....	5
2- Objectif général .....	5
3- Objectifs spécifiques.....	5
4- Hypothèses de l'étude.....	5
5- Intérêt de l'étude .....	6
PREMIERE PARTIE : GENERALITES .....	7
I-1- L'hypertension artérielle (HTA).....	8
<b>I-1-1- Classification de l'HTA.....</b>	<b>8</b>
<b>I-1-2- Physiopathologie de l'HTA essentielle.....</b>	<b>9</b>
I-1-3- Diagnostic de l'hypertension artérielle.....	10
<b>I-1-4- Prise en charge de l'HTA.....</b>	<b>10</b>
I-2- Etudes des coûts.....	13
I-2-1- Concept de coûts.....	13
I-2-2- Types de coûts .....	14
<b>I-2-3- Coûts d'une maladie.....</b>	<b>14</b>
<b>I-2-4- Méthodes de calculs de coûts .....</b>	<b>15</b>
<b>I-3- Accès aux soins.....</b>	<b>16</b>
<b>I-3-1- Déterminants financiers de l'utilisation des services de santé de base.....</b>	<b>16</b>
Des études récentes montrent que l'effet négatif du prix n'est pas aussi évident. En Mauritanie, le recouvrement des coûts, grâce à l'accès aux médicaments génériques, n'aurait pas d'effet particulièrement négatif sur le recours aux soins (relation positive entre le nombre de consultations par habitant et le coût des soins ; élasticité) et aurait même eu un impact positif sur les activités du Programme Elargi de Vaccination (CHAWLA, 2000). .....	17

<b>I-3-2- Déterminants liés à la qualité des soins</b> .....	17
I-3-3- Autres déterminants .....	18
<b>I-3-4- Recommandations de l'OMS sur le droit à la santé et l'accès aux soins</b> .....	19
<b>I-3-5- Cadre d'accès à la santé</b> .....	20
I-3-6- Système de santé et l'assurance en milieu rural .....	21
<b>DEUXIEME PARTIE : CARDE D'ETUDE ET METHODOLOGIE</b> .....	23
II-1- Cadre d'étude .....	24
II-1-1- Caractéristiques géographiques de Taabo .....	24
II-1-2- Caractéristiques socio-démo-économiques de Taabo .....	25
II-1-3- District sanitaire, politique en matière de santé et situation sanitaire de Taabo ...	26
II-2- Méthodologie .....	29
II-2-1- Type, durée de l'étude et considérations éthiques.....	29
II-2-2- Population d'étude et échantillonnage .....	29
II-2-3- Déterminations des variables.....	30
II-2-4- Méthodes de collecte et analyses des données .....	30
<b>PARTIE III : RESULTATS – DISCUSSIONS -RECOMMANDATIONS</b> .....	33
III-1- Résultats .....	34
<b>III-1-1- Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des enquêtés</b> ....	34
III-1-2- Personnes vivantes avec l'HTA .....	37
III-1- 3- Caractéristiques socioéconomiques en rapport avec le coût du traitement de l'HTA.....	40
<b>III-1-4- Coût du traitement médical de l'HTA</b> .....	41
III-1-5- Impact de l'HTA sur la productivité du patient .....	49
III-1-6- Récapitulatif des coûts .....	52
III-1-7- Recours aux soins .....	53
III-2- Discussions .....	58
III-2-1- Les caractéristiques socio-démo-économiques et professionnelle en rapport avec l'HTA et son impact sur la productivité.....	58
<b>III-2- 2- Recours aux soins</b> .....	61
<b>III-3-Forces et limites de l'étude</b> .....	63
III-4- Recommandations .....	64
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	66
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	68
<b>ANNEXES</b> .....	73



**RESUME**

CESAG BIBLIOTHEQUE

## RESUME

En Côte d'Ivoire, l'hypertension artérielle (HTA) véritable fléau sur les plans sanitaire, économique et humain, entraîne un bouleversement dans la vie des malades et de leur réseau social particulièrement en zone rurale où les conditions d'accès aux soins en cas d'HTA sont difficiles.

Une étude transversale a été conduite à partir de deux techniques de recueils de données sur une base de données de personnes dépistées hypertendues par une précédente étude. Les données qualitatives ont été recueillies sur 128 personnes parmi lesquelles 35 anciens hypertendus ont pu répondre à notre questionnaire pour la collecte de données quantitatives.

A travers cette étude nous avons obtenu un coût direct moyen mensuel du traitement de l'HTA à 17.931F CFA ce qui représentait 26,4% du revenu moyen mensuel de la population d'étude dont plus de 55% avaient moins du SMIG. Le coût indirect moyen en termes de perte de productivité était de 13.350F CFA. Le coût total du traitement mensuel de l'HTA dans cette zone essentiellement rurale s'élevait à 31.281F CFA pour cette pathologie chronique. Ces dépenses catastrophiques en vue de la prise en charge de l'HTA étaient responsable en partie de l'accès difficile aux soins en cas d'HTA car en plus de cette barrière financière, nous avons noté une indisponibilité des antihypertenseurs avec une insuffisance du plateau technique et de personnel qualifié.

Pour parvenir à bout de cette pathologie chronique qui nécessite un traitement à vie les conditions d'accès aux soins doivent être résolues avec une subvention des antihypertenseurs accessibles en milieu rural.

Mot clés : Hypertension artérielle – coûts socioéconomiques – milieu rural - Côte d'Ivoire

# INTRODUCTION GENERALE

## I- Contexte et énoncé du problème

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent un problème majeur de santé publique au niveau mondial. Il est établi que ces MNT avec les pathologies cardiovasculaires, au-delà de leur impact sur la santé humaine, constituent de véritables freins au développement et à la croissance économique des États (BLOOM DE *et al.*, 2011 ; OBRIST *et al.*, 2007).

L'hypertension artérielle (HTA) trouble cardiovasculaire le plus fréquent, serait responsable de près de 8 millions de décès par an et de 100 millions de jours d'invalidité et participerait largement aux dépenses de santé, particulièrement dans les pays à revenu faible où l'accès aux soins de santé constitue un enjeu majeur de santé et de développement (UN, 2011 ; ALWAN *et al.*, 2010).

Autrefois considérée comme une maladie de riches, la situation de l'hypertension en Afrique a fondamentalement changé au cours des deux dernières décennies. En 2000, le nombre d'adultes souffrant d'hypertension était estimé à 80 millions et d'après les prévisions fondées sur les données épidémiologiques, ce chiffre atteindra 150 millions en 2025 (HACHIMI et KENGNE, 2014).

L'Afrique est confrontée à la transition épidémiologique avec un double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles (HACHIMI et KENGNE, 2014). Pendant que les maladies infectieuses et la malnutrition sont de plus en plus maîtrisées, la morbidité et la mortalité liées à l'HTA lancent un nouveau défi à l'Afrique. L'hypertension artérielle est présente dans les basses comme dans les hautes couches de la société (SALAKO, 1993).

Alors qu'en 2008, les causes de décès en Afrique étaient majoritairement les maladies infectieuses, les MNT avec l'HTA prendront le pas sur ces dernières en 2030 (YESSITO, 2015).

En Afrique subsaharienne, l'HTA, responsable de près de la moitié des décès par accident vasculaire cérébral et cardiopathie grèvent non seulement les budgets des États, des individus et des ménages, mais induit également des effets néfastes importants sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent (WHO et ISH, 2003 ; WHO 2011a ; WHO 2011b).

En Côte d'Ivoire, la prévalence de l'HTA est en nette progression passant de 22% en 2005 à 31% en 2015 soit une progression de 9% (Enquête STEPS CI, 2005 ; PNDS, 2015). Véritable fléau sur les plans sanitaire, économique et humain, l'HTA entraîne un bouleversement dans la vie des malades et de leur entourage. Sa morbidité associée, ses complications (invalidités) dans un contexte d'accès difficile aux soins et d'une pauvreté structurelle constitue un fardeau pour le

malade, sa famille et son réseau social. Dans la mesure où elle nécessite des soins itératifs à vie, et dont les coûts de la prise en charge augmentent au fur et à mesure, l'HTA, représente une charge importante sur le volet socio-économique pour la population (KINOUBANI, 2008).

## **II- Justification de l'étude**

L'HTA est certes une maladie systémique par ses répercussions viscérales mais, elle a aussi par ailleurs un impact économique du fait de la chronicité de la maladie, de l'accroissement de l'absentéisme professionnel du malade. Une approche macro-économique des coûts de l'HTA nous montre qu'en raison de l'accroissement des coûts de traitement, la prise en charge de cette atteinte constitue une préoccupation pour la collectivité. L'approche micro-économique révèle une inégalité des individus devant cette prise en charge, notamment selon les classes sociales (LEBRUN et al., 1997)

En Côte d'Ivoire, les efforts fournis par le programme national de lutte contre les maladies métaboliques pour freiner la flambée de cette maladie s'avèrent insuffisantes du fait de la complexité de la prise en charge (PNLMM-CI, 2014).

Dans un contexte de faibles ressources, où les ménages contribuent à 66% des dépenses totales de la santé avec près de 30.000 FCFA de dépense moyenne de santé par habitants (CNS, 2008). Le poids économique des maladies chroniques peut rapidement épuiser les ressources des ménages et précipiter les familles à la pauvreté surtout que la moitié de la population ivoirienne vit en dessous du seuil de pauvreté. Dans cette frange de la population, plus de 85% n'a pas accès aux services de base (KRAMO, 2015). Ce problème est particulièrement remarquable pour les zones rurales qui ont un accès limité au système, dont l'accès aux structures sanitaires dépend de leur proximité géographique, culturelle, des ressources disponibles pour s'y rendre et l'effectivité des soins de qualité. (SIAKA et al, 2015 ; OBRIST et al., 2007).

Les coûts du traitement de l'HTA, ne sont pas connus, pour une meilleure prise en charge et un accès équitable, c'est important d'évaluer les coûts et d'identifier les mécanismes de partages de ces coûts pour une meilleure assurance vie.

L'étude sur les coûts socio-économiques de l'HTA dans le district sanitaire de Taabo, possédant l'unique centre de surveillance démographique du pays, nous permettra d'avoir des données chiffrées du coût moyen mensuel du traitement ambulatoire de cette pathologie qui se rencontre de plus en plus dans les populations jeunes africaines et de déterminer les facteurs influençant l'accès aux soins en cas d'HTA en milieu rural.



### **III-Portée de l'étude**

#### **1- But de l'étude**

Le but de l'étude est de contribuer à une meilleure prise en charge des malades d'hypertension artérielle en milieu rural.

#### **2- Objectif général**

Estimer les coûts socio-économiques de la prise en charge de l'hypertension artérielle en Côte d'Ivoire.

#### **3- Objectifs spécifiques**

- Caractériser les facteurs sociodémographiques, économiques, politiques et l'environnement social des personnes hypertendues dans le district sanitaire de Taabo.
- Déterminer les facteurs d'accès aux soins en général et spécifiquement d'accès aux soins de l'HTA dans le district sanitaire de Taabo.
- Evaluer les coûts directs et indirects des soins et de la prise en charge de l'hypertension artérielle dans le district sanitaire de Taabo.

#### **4- Hypothèses de l'étude**

L'étude est soutenue par trois hypothèses :

- Les facteurs sociodémographiques et économiques déterminent les conditions d'accès et de prise en charge.
- Les personnes vivant en milieu rural ont un accès aux soins difficile du fait du système de santé actuel où les soins sont centralisés.
- Le coût de la prise en charge de l'HTA chez les personnes vivant en milieu rural serait plus élevé et constitue une part importante de leurs revenus.

## 5- Intérêt de l'étude

L'intérêt de l'étude se justifie par sa contribution à la politique de prise en charge des personnes vivant avec l'HTA et d'autres maladies chroniques en milieu rural.

- Décideurs politiques : les résultats de cette étude pourraient permettre d'avoir une connaissance fine des coûts directs et indirects de l'HTA et des informations permettant d'améliorer le système et les politiques sanitaires.
- Structures d'assurance : Identification des formules de subvention ou de financement durable et pérenne pour le traitement de l'HTA des populations rurales en particulier et de tous les hypertendus en général dans un contexte actuel de couverture maladie universelle.
- Partenaires au développement et ONG : fournir des informations fiables pour mieux les orienter dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles.

Cette étude s'articule autour de trois principaux axes, dont le premier sera consacré aux généralités sur l'HTA, les coûts et l'accès aux soins. La deuxième partie, présentera le cadre d'étude et la méthodologie utilisée pour cette étude. Enfin, la troisième partie mettra en évidence les résultats qui seront discutés avec des connaissances antérieures et actuelles et nous terminerons par les recommandations qui seront proposées avant de conclure.

# PREMIERE PARTIE : GENERALITES

CSAG - BIBLIOTHEQUE

## I-1- L'hypertension artérielle (HTA)

La littérature sur l'HTA est vaste, cependant une synthèse a permis de faire ressortir : la classification de l'HTA, la physiopathologie afin de déterminer un diagnostic et la prise en charge en ce qui concerne cette maladie.

### I-1-1- Classification de l'HTA

La pression artérielle (PA) est la force exercée par le sang contre les parois des artères. Cette force est nécessaire pour faire circuler le sang qui apporte des éléments nutritifs dans tout le corps. Sa valeur normale est PAS < 140 millimètre de mercure (mmHg) et PAD < 90 mmHg (PAS= Pression Artérielle Systolique ; PAD= Pression Artérielle Diastolique) et son élévation est appelé hypertension artérielle (HTA).

L'HTA se définit alors comme étant une élévation permanente de la pression artérielle au-dessus des chiffres normaux c'est-à-dire PAS  $\geq$  140 mm Hg et / ou PAD  $\geq$  90 mm Hg.

**Tableau I** : Définition et classification des niveaux de Pression Artérielle mmHg (Source : Nouvelles directives en 2007)

Classe ou Catégorie	Pression Artérielle Systolique(PAS) en mmHg	Pression Artérielle Diastolique (PAD) en mmHg
PA optimale	< 120	< 80
PA normale	120-129	80-84
PA normale haute	130-139	85-89
HTA de grade 1 (légère)	140-159	90-99
HTA de grade 2 (modérée)	160-179	100-109
HTA de grade 3 (sévère)	$\geq$ 180	$\geq$ 110
Hypertension systolique isolée	$\geq$ 140	<90

Quand les PA systoliques et diastoliques sont dans des catégories différentes, la catégorie la plus élevée doit être prise en compte.

L'HTA systolique isolée peut aussi être classée en fonction des valeurs de la PAS (grade 1,2 et 3) à conditions que PAD < 90 mmHg. Les grades 1,2 et 3

correspondent respectivement à l'HTA légère, modérée ou sévère. Ces termes sont désormais omis pour éviter toute confusion avec la quantification du risque cardiovasculaire global.

## **I-1-2- Physiopathologie de l'HTA essentielle**

L'apparition de l'hypertension artérielle dépend de l'interaction entre une prédisposition génétique et des facteurs d'environnement. L'hypertension artérielle s'accompagne de modifications fonctionnelles du système nerveux sympathique (adrénergique), des reins, du système rénine-angiotensine et de divers mécanismes humoraux.

En effet, le système nerveux sympathique peut jouer un rôle majeur dans l'instauration de l'hypertension essentielle et peut participer à l'hypertension artérielle liée aux situations d'hyperdynamie circulatoire. Le dosage des catécholamines plasmatiques a été utilisé pour évaluer l'activité nerveuse sympathique (ESLER, 1990).

Le système rénine-angiotensine a un rôle capital dans la régulation physiologique de la tension artérielle et de la balance sodée. Son influence est importante dans la survenue de l'hypertension rénale et il pourrait être impliqué dans la pathogénie de l'hypertension essentielle. L'action du système rénine-angiotensine aux niveaux cardiaque, vasculaire et rénal, est sous la dépendance de la production ou de l'activation de plusieurs facteurs de croissance et substances vaso-actives, qui entraînent une vasoconstriction encore plus grande et stimulent l'hypertrophie cellulaire (FANG, 2008).

En fait, la pression artérielle est une force hémodynamique potentielle entretenue dans le système artériel par la contraction du cœur. Or le fonctionnement de la pompe cardiaque est phasique, puisque la phase d'éjection (systole) et la phase de remplissage (diastole) se succèdent tour à tour. Le signal artériel de la force de pression sera donc pulsatile : un pic systolique de contrainte autour de 130 mmHg et un minimum diastolique de 75 mmHg en sont les valeurs physiologiques.

### **I-1-3- Diagnostic de l'hypertension artérielle**

(KRZESINSKI ,2007)

La mesure de la pression artérielle est capitale puisqu'elle permet de classer le patient selon différents stades de risque. Les bonnes règles de mesure de la pression artérielle doivent être respectées, avec un brassard adapté et un patient mis dans des conditions optimales de mesure. La mesure de la pression artérielle doit être prise en position couchée ou assise, et toujours en position debout, particulièrement chez le patient âgé, associé par ailleurs à une mesure de la fréquence cardiaque.

On peut recourir à la mesure ambulatoire de la pression artérielle lorsqu'on a un doute sur la qualité de la mesure de la pression au cabinet de consultation. Cette technique offre l'avantage de déterminer l'existence d'un rythme nyctéméral, de mesurer la variabilité de la pression artérielle ou encore la charge tensionnelle sur le nyctémère, paramètre influençant le pronostic du patient hypertendu. L'avantage de cette technique est d'obtenir de nombreuses mesures, réparties sur une période de 24 heures. L'efficacité du traitement antihypertenseur, l'explication éventuelle de malaises présentés pendant la journée, l'objectivation d'une hypertension artérielle masquée (pression normale au cabinet de consultation, mais avec des lésions des organes cibles et hypertension à domicile) sont de bonnes indications de cette technique.

Le monitoring ambulatoire de la pression artérielle est complémentaire de l'auto mesure de la pression artérielle. La mesure à domicile est relativement bien standardisée maintenant, si possible avec des appareils mesurant la pression au bras. Trois mesures le matin et trois mesures le soir pendant une semaine, à répéter tous les mois sont recommandées pour juger de l'efficacité thérapeutique. Quelques mesures à domicile après la détection au cabinet de consultation apportent un plus dans l'identification de l'élévation authentique de la pression artérielle.

### **I-1-4- Prise en charge de l'HTA**

#### **➤ But du traitement de l'HTA**

Le but du traitement sera d'obtenir la réduction maximale tolérée de la tension artérielle.

En cas d'hypertension artérielle légère, il est souhaitable chez le jeune patient d'avoir une tension à 80 mmHg pour la diastolique. Chez le patient âgé, il serait souhaitable d'obtenir des chiffres inférieurs à 140 mmHg pour la systolique et 90

mmHg pour la diastolique, tandis que, chez le patient atteint d'une hypertension systolique isolée, l'objectif sera au moins 140 mmHg pour la systolique, si ce chiffre est toléré par le patient.

### ➤ **Les mesures concernant le mode de vie ou Mesures Hygiéno-diététiques (MHD)**

Les mesures relatives au mode de vie peuvent réduire le risque global des maladies cardio-vasculaires en réduisant la tension artérielle. Elles seront appliquées avant d'envisager un traitement médicamenteux, surtout chez les hypertendus légers, et feront partie intégrante d'un programme de prise en charge globale chez tous les hypertendus.

Les mesures liées au mode de vie qui contribuent à abaisser la tension artérielle sont:

- La réduction pondérale;
- La réduction de la consommation d'alcool;
- L'augmentation de l'activité physique;
- La réduction du sel dans l'alimentation.

Les mesures liées au mode de vie pour le traitement des facteurs de risque associés sont:

- L'arrêt du tabagisme;
- La réduction de l'apport lipidique;
- La lutte contre le diabète.

### ➤ **Le traitement médicamenteux (Recommandations SHTA, 2007)**

Lorsqu'on doit recourir à un traitement médicamenteux anti hypertenseur, il faut se rappeler que le bénéfice cardio-vasculaire passe essentiellement par l'abaissement de pression artérielle obtenu.

- Les diurétiques

Les diurétiques préviennent la morbidité et la mortalité cardio-vasculaires et cérébrovasculaires. L'association des diurétiques avec des épargneurs de potassium ou avec des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine permet d'éviter la déplétion potassique.

- Les bêta-bloquants

Les bêta-bloquants ou bloquants des récepteurs bêta-adrénergiques sont largement utilisés chez des sujets de tous âges, atteints d'hypertension de tous degrés de gravité. Ils entraînent une baisse de morbidité et de mortalité attribuable à la diminution des chiffres tensionnels.

- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ont pour effet indésirable le plus fréquent une toux persistante sèche. Les IECA seront prescrits à faible dose au patient dont la fonction rénale est altérée, et seront évités en cas de sténose bilatérale des artères rénales.

En règle générale ils seront évités pendant la grossesse. Ils abaissent la mortalité et la morbidité, y compris par accident coronarien, chez le patient atteint de défaillance cardiaque congestive et après infarctus du myocarde chez le patient dont la fraction d'éjection est diminuée en atténuant la dilatation ventriculaire gauche. Les IECA semblent en outre très efficaces pour réduire le développement de l'hypertrophie ventriculaire gauche chez l'hypertendu et retarder l'évolution de la pathologie rénale en cas de diabète sucré insulino-dépendant et d'atteinte rénale modérée.

- Antagonistes calciques

Il existe trois grands groupes d'antagonistes calciques dont les propriétés diffèrent: les phénylalkylamines (vérapamil), les dihydropyridines (nifédipine) et les benzothiazépines (diltiazem).

Les effets secondaires sont la tachycardie, les céphalées, les bouffées vasomotrices (en particulier avec les dihydropyridines qui ont une action rapide), œdème de la cheville et constipation (avec le verapamil).

Il faut recourir à des molécules qui ont une durée d'action d'au moins 24 heures ; ceci peut être vérifié par l'auto mesure de la pression artérielle à domicile et/ou par la mesure ambulatoire de pression artérielle sur 24 heures. Une molécule administrée une seule fois par jour est à conseiller.



De façon générale, chez le patient de race noire et chez le patient présentant une hypertension artérielle systolique isolé (patient âgé) les diurétiques et les antagonistes calciques sont les plus performants en termes de contrôle de pression artérielle.

### ➤ Association du traitement médicamenteux et des modifications du mode de vie

L'association des mesures médicamenteuses et non médicamenteuses a entraîné une baisse des effets secondaires et une amélioration de la qualité de vie par rapport à la seule modification des habitudes de vie ou au seul traitement médicamenteux. Cette association conduirait à une baisse encore plus grande du risque cardio-vasculaire (CHALMERS, 1993).

## I-2- Etudes des coûts

Cette partie a mis en évidence : le concept de coûts, les types de coûts, les coûts d'une maladie et les méthodes de coûts tout en faisant ressortir celle qui sera utilisée dans cette étude.

### I-2-1- Concept de coûts

Le concept de coût est une construction intellectuelle relevant de diverses théories économiques qui lui donnent un sens différent.

Les économistes définissent le coût comme la valeur des ressources utilisées pour produire un bien ou un service.

Pour Williams 1970, le coût d'un produit est ce que l'on sacrifie pour l'obtenir. L'accumulation des charges sur un produit ou un service donne à ce dernier une valeur désignée par le terme « coût ». Ainsi le terme « coût » s'adresse à toute chose désignée pour laquelle il est jugé d'attribuer des charges et d'en faire le total (GARIN et ELVO, 1991).

## **I-2-2- Types de coûts**

### **➤ Le coût total**

Le coût total est la somme des différents coûts de toutes les ressources consommées par un objet de coût : un service, un produit, une maladie, une entité.

### **➤ Le coût moyen**

Le coût moyen est le coût total d'un ensemble divisé par le nombre d'unités de cet ensemble. C'est le rapport entre le coût total et les quantités. C'est donc le coût par unité produite (DUBRULLE et JOURDAIN ,2007)

### **➤ Le coût marginal**

C'est le montant de l'accroissement du coût total entraîné par la production d'une unité supplémentaire.

## **I-2-3- Coûts d'une maladie**

### **➤ Les coûts directs**

Le coût direct est l'ensemble des ressources consommées et des dépenses directement attribuables à l'intervention médicale. On inclut dans les coûts directs, les dépenses médicales et non médicales couvertes par le patient lui-même ou par les membres de sa famille qui l'accompagnent à l'hôpital ou qui, le cas échéant, le prennent en charge à domicile. Paiement de la consultation, des médicaments, frais de transport, de l'hospitalisation, de nourriture, équipement médical à domicile etc., font partie de cette catégorie de coûts (CIBERT, 1976).

### ➤ **Les coûts indirects : la productivité perdue**

Le coût indirect est constitué des charges qui sont communes à plusieurs produits et qui restent indivisibles au niveau de la saisie.

Les coûts indirects désignent la perte de production liée au temps de travail perdu par le patient ou son entourage à cause de la maladie, et le coût d'opportunité du temps nécessaire aux patients pour se faire soigner (CIBERT, 1976).

Le coût d'opportunité ou coût de renonciation ou coût économique est donc ce à quoi une entité économique parfaitement définie doit renoncer pour réaliser un projet à un moment déterminé. Ce coût économique comprend notamment le coût de non activité, ou de réparation pour le malade.

### ➤ **Les coûts intangibles ou coûts sociaux : coûts humain et psychologique**

Le coût intangible est lié au stress, à l'anxiété, à la douleur, à la souffrance et de manière plus générale à toutes les pertes de bien-être et de qualité de vie vécues par le patient. C'est la valorisation des conséquences immatérielles de la maladie sur le patient et son entourage.

La méthode dite de la propension à payer qui consiste à déterminer la somme qu'une personne serait prête à payer pour éviter une situation concernant sa santé est souvent utilisée pour mesurer ce type de coût.

Son caractère subjectif et qualitatif ainsi que les difficultés rencontrées dans sa valorisation expliquent le fait qu'il soit rarement pris en compte dans les études d'évaluation économique dans le domaine de la santé. Ces coûts sont décrits de manière qualitative sur la base des récits de vie.

## **I-2-4- Méthodes de calculs de coûts**

### ➤ **La méthode Activity Based Costing (ABC) ou la méthode Activity Based Management (ABM)**

C'est une méthode de management de l'entreprise qui doit permettre un pilotage stratégique de l'organisation dans le but d'améliorer la performance par des démarches de progrès continu. Elle permet de comprendre la formation des coûts et les causes de leurs variations (ALAZARD 1998).

### ➤ La méthode des coûts complets

Elle consiste à calculer le coût total de l'ensemble des ressources consommées sur une période donnée, puis à diviser la somme obtenue par le nombre total des intrants. Le coût de revient unitaire ainsi calculé est un coût moyen établi en fonction de la période étudiée.

Exemple de calcul de coûts complets : les coûts directs (consultation, transport, examens paracliniques, les médicaments) des coûts indirects (coût de renonciation, coût social) et de fait la somme de ces différents coûts.

- $C_{\text{Direct HTA}} = C_{\text{Transport}} + C_{\text{Consultation}} + C_{\text{Bilan médical}} + C_{\text{Médicament}} + C_{\text{Frais supplémentaires}}$
- $C_{\text{Total HTA}} = C_{\text{Direct}} + C_{\text{Indirect}}$

## I-3- Accès aux soins

L'accès aux soins en cas d'hypertension artérielle sur différents aspects notamment : les déterminants financiers de l'utilisation des services de santé de base, les déterminants liés à la qualité des soins, les autres déterminants, les recommandations de l'OMS sur le droit à la santé et l'accès aux soins, le cadre d'accès à la santé et le système de santé avec l'assurance maladie en milieu rural.

### I-3-1- Déterminants financiers de l'utilisation des services de santé de base

Depuis une vingtaine d'années, et plus précisément depuis la mise en place des recommandations de l'initiative de Bamako (OMS, 1987), un des principaux débats sur les déterminants de l'accès et de l'utilisation des soins de santé primaire repose sur l'impact positif, négatif voire neutre de l'introduction du recouvrement des coûts sur l'utilisation des soins (TIZIO, 1997). Autrement dit, la question posée tourne autour des conséquences non seulement du paiement et de la barrière financière éventuelle que représentent ces coûts pour les malades. Deux générations d'études peuvent être distinguées dans le cas de l'Afrique Sub-saharienne. Pour la première génération d'études, ce sont le rôle du prix des soins et du niveau de revenus des usagers qui sont mis en avant. Pour la deuxième génération d'études, l'impact négatif du paiement des soins par les usagers peut être atténué lorsque l'on prend en compte le véritable contenu de la prestation fournie (MARIKO et CISSE, 2000).

- Effet négatif du prix/du recouvrement des coûts

Pour BENETT (1998), le recouvrement des coûts en général, et le prix des soins en particulier, ont un effet négatif sur l'utilisation des soins, il serait surtout discriminant en fonction du niveau des revenus des patients et les pauvres supporteraient davantage les conséquences du paiement des soins que les plus riches, une augmentation du prix des consultations ne seraient préjudiciables qu'aux groupes les plus vulnérables. Au Niger, le paiement à l'acte serait préjudiciable notamment pour les maladies considérées comme non sévères dans la mesure où la participation aux frais n'inciterait pas les patients à consulter rapidement et retarderait ainsi le premier aux soins grevant ainsi les coûts de prise en charge ultérieure.

- Absence d'effet négatifs du prix/du recouvrement des coûts

Des études récentes montrent que l'effet négatif du prix n'est pas aussi évident. En Mauritanie, le recouvrement des coûts, grâce à l'accès aux médicaments génériques, n'aurait pas d'effet particulièrement négatif sur le recours aux soins (relation positive entre le nombre de consultations par habitant et le coût des soins ; élasticité) et aurait même eu un impact positif sur les activités du Programme Elargi de Vaccination (CHAWLA, 2000).

### **I-3-2- Déterminants liés à la qualité des soins**

Les résultats des études relatives à l'effet de la qualité des soins sur l'utilisation des services de santé concluent toutes à son effet positif sur l'utilisation des structures de santé. On peut citer les conclusions suivantes :

- effet négatif du prix/ du recouvrement des coûts, atténué par l'amélioration de la qualité des soins

Cette controverse a conduit à introduire d'autres dimensions, notamment la qualité des soins, et à évaluer l'effet conjugué du prix et de la qualité. Dans cet ordre d'idées, la question ou plutôt les questions de la « qualité des soins » sont aujourd'hui largement débattues. Il s'agit de savoir si, comme le présageaient les recommandations de l'initiative Bamako, une amélioration de la qualité des soins

rendue possible par un accroissement des ressources propres des structures de soins ne pallierait pas les effets négatifs attendus avec l'introduction du paiement des soins par les usagers. Ainsi, pour la majorité des études, l'amélioration de la « qualité des soins » en général serait en mesure d'atténuer l'impact négatif des prix (GILSON 1997, BALTUSSEN 2002).

- effet négatif du prix/ du recouvrement des coûts atténuée par l'amélioration de la qualité structurelle, de la qualité perçue

L'une des composantes unanimement reconnues de la qualité des soins est la disponibilité en médicaments, d'autant plus essentielle, que la dépense en médicaments est le poste le plus important des dépenses de santé des ménages. Les différentes études montrent que cette disponibilité :

- \* influence positivement l'utilisation des services de santé qu'ils soient curatifs ou préventifs.

- \* atténué l'effet prix négatifs des soins. (GILSON 1997, BALUTSSEN 2002, AUDIBERT 2000).

Une seconde composante est la qualité technique des personnels de santé, mais pas nécessairement dans le sens où l'on l'entend habituellement. Celle-ci recouvre un spectre très large de représentations dans lesquelles les « ressources » (médicaments, médecins, locaux) occupent une place importante, mais non exclusives : les relations interpersonnelles entre patients et personnels soignants en sont un élément tout aussi important. L'accueil, la marque de compassion, le respect du patient en tant que personne. Le temps consacré au malade par les médecins, les explications prodiguées, l'honnêteté dans le comportement des professionnels de santé sont autant d'éléments de la qualité perçue que la qualité attendue par les usagers qui conditionnent l'utilisation des services de santé de première nécessité, que ce soit pour des soins curatifs, que pour des soins préventifs, du type planification familiale.

### I-3-3- Autres déterminants

Ces déterminants sont au moins soumis à débat, ils concernent :

- l'âge : l'impact de cette variable sur l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau est lié aux pathologies associées. L'adulte d'âge avancé aura tendance à délaisser les soins de premier niveau pour recourir à des soins plus spécialisés notamment en milieu hospitalier;

- le genre : son rôle ne semble pas faire l'unanimité. Pour certains, il n'a pas d'effet sur l'utilisation de soins de premier niveau, pour les autres, les femmes utiliseraient « naturellement » moins les structures de soins alors qu'elles auraient davantage de besoins de santé. Mais, tout dépend de quel type de service est analysé.
- l'accessibilité géographique : Elle semble ne pas poser de problèmes en milieu urbain, mais continue d'être préjudiciable en milieu rural notamment pour les soins de santé maternelle et infantile et les accouchements en milieu médicale. Elle se définit par la capacité à être atteint par une clientèle. Elle dépend de l'état des moyens de transport et représente un coût, on peut être accessible avec un coût d'accès très élevé alors en réglant l'accessibilité il faut inclure le coût d'accès.
- le coût d'opportunité (attente et distance). Ce coût est surtout évoqué pour les consultations prénatales et postnatales.
- le niveau d'instruction : il apparaît dans certaines études comme déterminant pour l'accès aux soins des femmes notamment en milieu rural et n'aurait pas particulièrement d'effet en milieu urbain (MARIKO, 2003).

### **I-3-4- Recommandations de l'OMS sur le droit à la santé et l'accès aux soins**

Dans sa constitution de l'OMS, l'OMS établit que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable.

Une approche fondée sur les droits de l'homme vise à ce que l'ensemble des politiques, des stratégies et des programmes de santé soient conçus de façon à améliorer peu à peu la jouissance par tous du droit à la santé. Les interventions visant à atteindre cet objectif respectent des principes et des normes strictes répertoriées ce sont :

le principe de non-discrimination, cherche à garantir que les droits de l'homme seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion, politique ou toute autre opinion, l'origine maternelle ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation comme le handicap, l'âge la situation familiale et matrimoniale, l'orientation sexuelle et

l'identité sexuelle, l'état de santé, le domicile ou la situation économique et sociale.

le principe de la disponibilité : les établissements, les biens, les services et les programmes de santé publique et de soins de santé sont en nombre suffisant.

le principe de l'accessibilité : les établissements, les biens et les services de santé sont accessibles à tous. Il est important de noter que l'accessibilité est composée de quatre dimensions interdépendantes : la non-discrimination ; l'accessibilité physique ; l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information

le principe de l'acceptabilité : tous les établissements, les biens et les services de santé doivent respecter l'éthique médicale et les différences culturelles, et tenir compte des besoins des hommes et des femmes tout au long de la vie.

le principe de la qualité : la qualité ainsi que le niveau scientifique et médical des établissements, des biens et des services de santé doivent être adaptés.

le principe de la responsabilisation : les Etats et les autres entités responsables doivent rendre compte de la mesure dans laquelle ils respectent les droits de l'homme.

le principe de l'universalité : les droits de l'homme sont universels et inaliénables. Ils doivent être respectés pour chaque personne, partout dans le monde (OMS, 2015).

### **I-3-5- Cadre d'accès à la santé**

L'accès à la santé combine services de santé et des approches favorisant la santé et l'accès aux soins qui situe la santé dans un contexte plus large de l'insécurité des moyens de subsistance. Une fois que les gens reconnaissent une maladie et décide d'initier le traitement, l'accès devient une question cruciale.

A cet effet, cinq dimensions de l'influence de l'accès au cours du processus de recherche de la santé interviendront à savoir: la disponibilité, l'abordabilité, l'accessibilité, l'adéquation et Acceptabilité. Nous devons donc intégrer ses dimensions à tous les niveaux dans la recherche du bien-être de la population en générale et de nos patients HTA en particulier. Les résultats peuvent être mesurés en termes de l'état de santé (comme évalué par les patients ou par des experts), la satisfaction des patients et l'équité (OBRIST *et al.*, 2007).



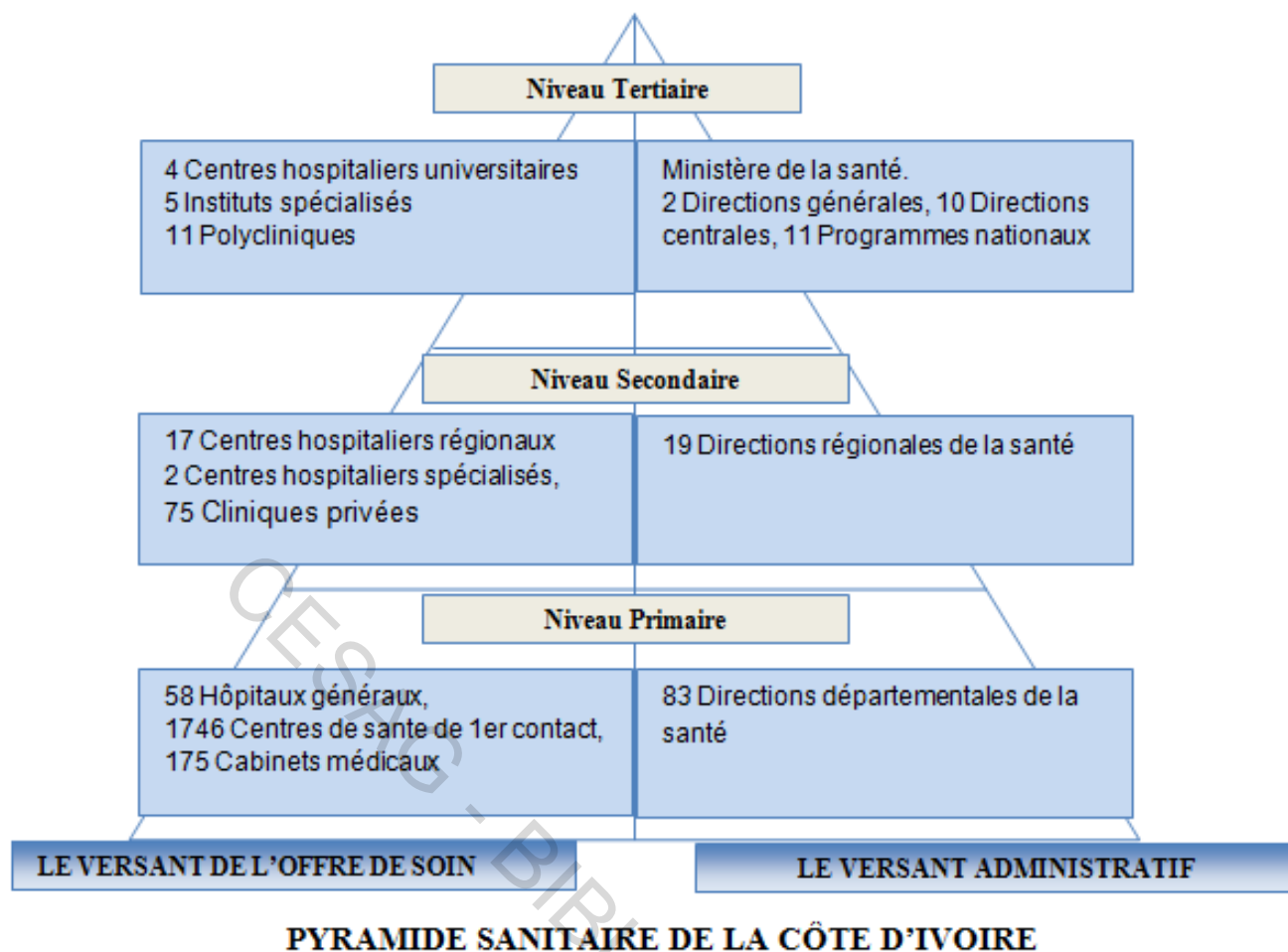
### **I-3-6- Système de santé et l'assurance en milieu rural**

Le système de santé ivoirien à l'instar des systèmes de santé de la sous-région est sous forme pyramidale, avec deux versants, l'un administratif et l'autre médical, chaque versant comprenant trois niveaux.

En ce qui concerne la composante médicale présente, pour le secteur public, un niveau primaire ou périphérique véritable point d'entrée du système sanitaire comprenant les établissements sanitaires de premier contact à savoir les centres de santé ruraux (CSR), les centres de santé urbain (CSU), les formations sanitaires urbaine (FSU). Ensuite on a le deuxième niveau, celui du premier recours ou de référence, le niveau intermédiaire avec les hôpitaux généraux, les centres hospitaliers régionaux et certains centres hospitaliers spécialisés. En cas d'insuffisance de ressources aussi bien humaines que matériels, les prestataires réfèrent le patient au troisième niveau, le niveau tertiaire, comme établissement de deuxième recours on a les quatre centres hospitaliers universitaires (trois à Abidjan et un à Bouaké), l'institut de cardiologie d'Abidjan (ICA), l'institut Raoul-Follereau d'Adzopé, l'institut national d'hygiène publique (INHP), le service d'aide médicale urgente d'Abidjan et l'Institut national de santé publique.

Le système sanitaire ivoirien ne connaît pas mal de difficulté dont la protection sanitaire de sa population. En effet, les travailleurs des secteurs publics et privés bénéficient d'assurance santé avec la caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) qui est chargée de la gestion du régime général de la protection sociale en Côte d'Ivoire, la mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État (MUGEF-CI) pour les fonctionnaires. À côté de ces assurances maladies obligatoires ou de type communautaire, se développe l'assurance maladie privée à but lucratif pour une certaine classe sociale.

En zone rurale et pour la plus grande frange de la population 85-90% de la population ne bénéficie d'aucune assurance maladie (BAMBA, 2004). Ceux-ci sont obligés de recourir au paiement direct pour se faire soigner. Cette situation oblige 18% des ménages ivoiriens (BOURGEOIS, 1998) à supporter des dépenses de santé catastrophiques (DUSSALUT et al., 2006). La famille par solidarité supporte les dépenses des personnes malades lorsque ceux-ci sont dans l'incapacité de couvrir leurs dépenses de santé (BLAIS, 2007). Cette assistance de la famille aux personnes malades est souvent difficilement supportable en cas de maladies chroniques qui nécessite un traitement de façon permanente.



**Figure 1.** : Pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire (Source : annuaire statistique de la santé de Côte d'Ivoire)

Le développement de cette première partie nous a permis d'une part de voir l'ampleur de l'HTA dans le monde et le fardeau socio-économique qu'elle représente et d'autre part de bien cerner les déterminants liés à l'accès aux soins et les notions de coût indispensable à notre étude.

# DEUXIEME PARTIE : CARTE D'ETUDE ET METHODOLOGIE

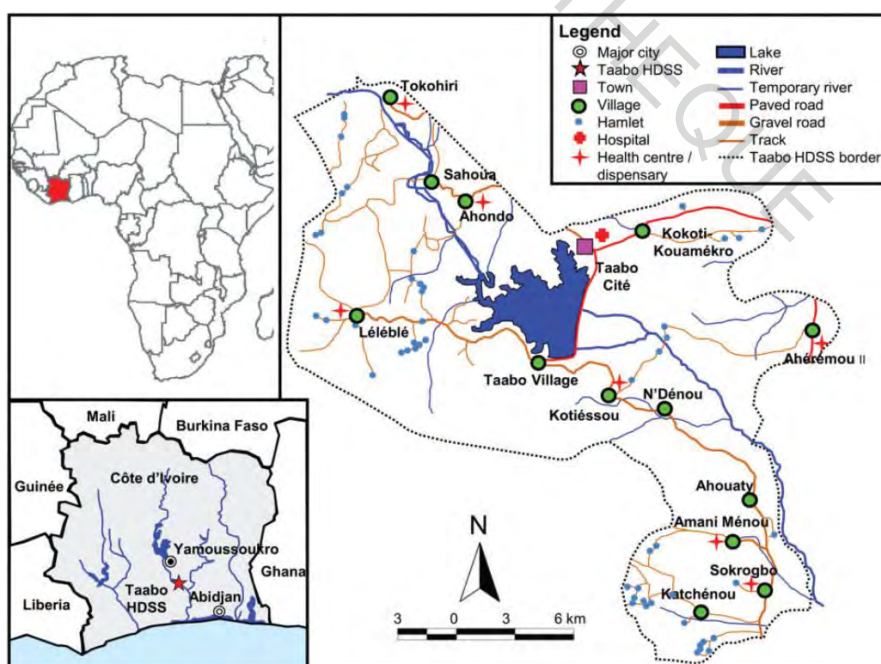
## II-1- Cadre d'étude

Dans cette partie : les caractéristiques géographiques, les caractéristiques socioéconomiques de la zone d'étude, la politique et la situation sanitaire de Taabo seront abordées.

### II-1-1- Caractéristiques géographiques de Taabo

Taabo est une localité de la Côte d'Ivoire essentiellement rurale, située Centre - sud du pays, à environ 150 km au Nord-Ouest d'Abidjan capital économique et à environ 90 Km de Yamoussoukro capital politique et administrative. Devenu chef-lieu de département anciennement situé dans le département de Tiassalé, Taabo appartient depuis 2011 à la région de l'Agnéby-Tiassa. Elle est limitée au nord par la sous-préfecture de Djèkanou, au sud par la sous-préfecture de Pacobo, à l'Est par la sous-préfecture de Toumodi et à l'Ouest par la sous-préfecture de Hiré.

La ville de Taabo abrite l'unique centre de surveillance démographique du pays, c'est un Système de Surveillance Démographique et Sanitaire (SSDS) ou Health and Demographic Surveillance System (HDSS) de Taabo qui est une station de recherche du Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire (CSRS-CI). L'HDSS permet à Taabo de bénéficier de toutes les informations possibles sur le plan démographique, économique, social, culturel et surtout sanitaire.



**Figure 2** : Carte du HDSS de Taabo, située dans le centre-sud de la Côte d'Ivoire (Source SIAKA et al, 2015)

## II-1-2- Caractéristiques socio-démo-économiques de Taabo (SIAKA et al 2015)

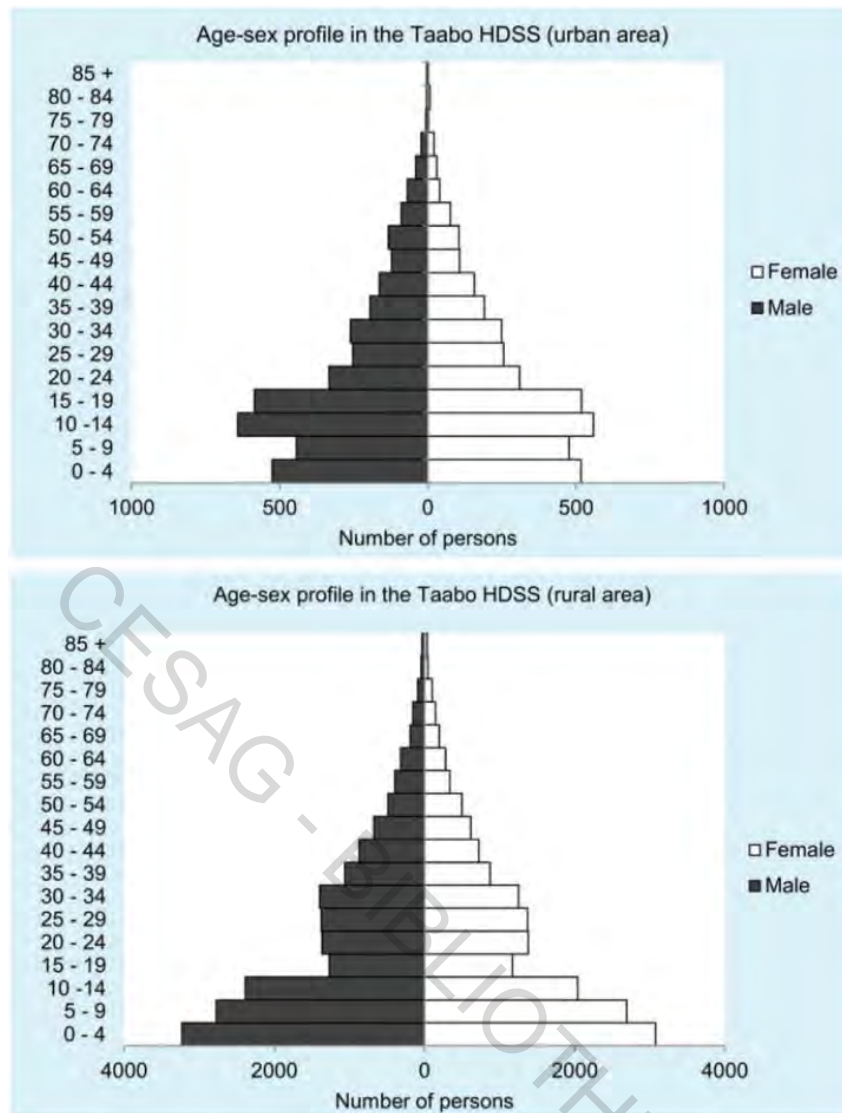
Le HDSS a commencé ses activités au début de l'année 2009 et le lac artificiel de Taabo a été choisi pour sa caractéristique éco-épidémiologique clé. En effet, l'essentiel de l'économie de Taabo s'appuie sur l'agriculture qui occupe 90% de la population. Elle dispose de deux (2) entreprises dans le domaine agricole (BANA-CI, EXAT) et d'une centrale hydro-électrique d'environ 69 Km<sup>2</sup> (barrage hydro-électrique construit à travers le rivière Bandama à la fin des années 1970) d'une production d'énergie d'environ 2% de la production nationale.

Le HDSS de Taabo couvre tout le département de Taabo ; une petite ville, de 13 villages (dont Tokohiri et Amani Menou) et plus de 100 hameaux avec une population totale de 42 480 habitants en 2013 et 6707 ménages avec une moyenne de 6,3 personnes par ménage. La taille moyenne du ménage est légèrement plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines (6,5 vs 5,8). La pyramide des âges diffère légèrement entre urbain et rural les zones (Figure 2).

La grande majorité des habitants sont rurales (82%) et 18% sont considérés comme urbains. Approximativement 72% de la population âgée de plus de 6 ans sont analphabètes. Parmi les résidents, près de la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans (45,5%), alors que seulement 4,6% sont âgés de 60 ans et plus. Le ratio Homme/Femme (H/F) est de 109/100 soit 1,09.



*Figure 3 : Photo montrant la pancarte et les locaux du site de surveillance démographique et sanitaire de Taabo*



*Figure 4 : Pyramide de la population de l'HDSS de Taabo (zone urbaine et rurales), en date de décembre 2013 (axe des Y : âge en années) (Source SIAKA et al, 2015)*

### **II-1-3- District sanitaire, politique en matière de santé et situation sanitaire de Taabo**

Le HDSS de Taabo fournit une base de données pour les enquêtes, facilite la recherche interdisciplinaire, ainsi que la surveillance et fournit une plate-forme pour l'évaluation des interventions de santé. Le taux de participation pour la surveillance de routine est très élevé et va quelques fois au-delà de 95%. Un lien étroit avec le système de santé ne permet pas seulement des interventions efficaces, mais facilite également le retour des résultats aux autorités sanitaires, ce qui constitue un atout véritable pour le district sanitaire de Taabo.

## ➤ District sanitaire

Le district sanitaire se définit comme une unité fonctionnelle de décentralisation et de l'organisation sanitaire pour une population bien définie. Il doit permettre une certaine concentration des ressources humaines et techniques, mais doit également être assez petit pour avoir une possibilité d'établir une communication avec la population et une participation communautaire. En d'autres termes, il doit concilier l'économie d'échelle et la recherche d'une planification du bas vers le haut pour rendre les soins plus pertinents et dégager les priorités.

Au niveau de chaque district, il existe un hôpital de référence appelé hôpital de district (à Taabo on a : l'hôpital général de Taabo), ensuite des formations sanitaires périphériques appelés centres de santé comme c'est le cas à Tokohiri et Amani Menou. Chaque centre de santé est responsable d'une aire de santé et l'hôpital de district joue un rôle de recours et d'appui pour l'ensemble des aires de santé de sa zone.

L'équipe cadre de district (ECD) est la structure chargée de garantir l'opérationnalité du district, sous la supervision du médecin chef de district, elle veille à la bonne utilisation des ressources humaines, matérielles et financières permettant de mener à bien ses différentes missions de santé publique.



*Figure 5 : Photo montrant le bâtiment principal de l'hôpital général de Taabo*

## ➤ Politique en matière de santé et situation sanitaire de Taabo

La politique dans le secteur de la santé à Taabo demeure dans la dynamique de l'atteinte des Objectifs Développement Durable (ODD) et de l'atteinte de la vision du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020), comme celle du pays.

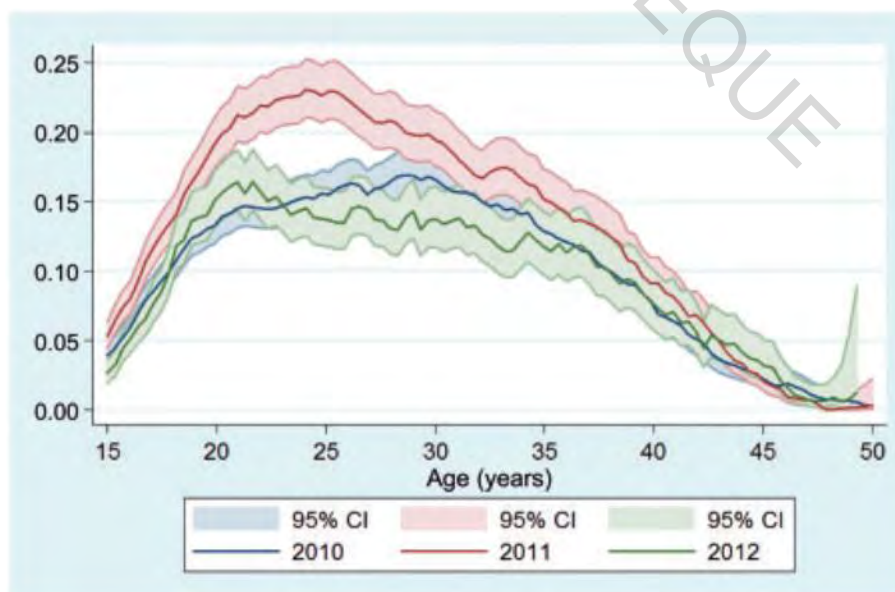
Selon les Comptes de Santé, les Dépenses totales de santé (DTS), les ménages sont les plus gros contributeurs du financement de la santé en Côte d'Ivoire et les 6700 ménages du district sanitaire de Taabo ne s'en dérobent pas.

Dans la zone d'étude, il existe huit établissements de santé, à savoir :

- Sept (7) centres de santé et dispensaires dans la zone rurale (dont celui de Tokohiri et d'Amani Menou)
- un hôpital de 12 lits situé à Taabo-Cité (zone semi-rurale)

Le taux de mortalité dans le district sanitaire de Taabo est estimé à 8,2 pour 1000 habitants, ce qui est légèrement inférieur à la mortalité totale fondée sur la moyenne nationale (11,5 par 1000 en 2010). L'espérance de vie à la naissance pour les hommes et les femmes est 61 et 65 ans respectivement, qui est dessus de l'espérance de vie à la naissance au niveau national (56 ans). Le taux de fécondité de la reproduction (TFR) dans le HDSS de Taabo est de 4,6 enfants par femme à Taabo-cité et 5,6 par femme dans les zones rurales avec une taille moyenne du ménage qui est 5,8 à Taabo-cité et de 6,5 en zones rurales.

Le HDSS de Taabo peut être utilisé pour des questions plus larges de santé publique avec des projets de recherches notamment l'étude combinée des Infections Chroniques (Helminthes et Plasmodium) et des Maladies non transmissibles (Diabète et Hypertension artérielle) dans les régions rurales et urbaines de la Côte d'Ivoire dont la phase pilote de ce projet de co-occurrence (Co-occurrence of Dual Disease Burden (CoDuBu)) s'est déroulé dans le district sanitaire de Taabo.



**Figure 6** : Taux de fécondité spécifique à l'âge, stratifiés par année dans le HDSS de Taabo (Source SIACA et al, 2015)



## **II-2- Méthodologie**

La méthodologie utilisée ci-dessous a permis de vérifier les hypothèses émises précédemment. Ainsi seront abordés successivement : le type, la durée de l'étude et les considérations éthiques, la population d'étude et l'échantillonnage, les variables utilisées, les outils de collectes et d'analyse des données.

### **II-2-1- Type, durée de l'étude et considérations éthiques**

Il s'agit d'une étude transversale qui s'est déroulée d'avril à octobre 2017. Elle était basée sur les participants adultes échantillonnés au hasard à travers une base de données HDSS (Health and Demographic Surveillance System) de la population actuelle du district sanitaire de Taabo en Côte d'Ivoire réalisée dans le cadre de l'étude CoDuBu.

Les approbations éthiques de l'étude ont été obtenues auprès :

Du comité d'éthique du Nord-Ouest et du Centre de la Suisse (EKNZ) à Bâle, Suisse (numéro de référence 2006-00143, obtenu le 02 mai 2016) et du Comité national d'éthique et de recherche en Côte d'Ivoire. No IORG00075; obtenue le 2 novembre 2016).

Des patients après leur avoir donné des informations essentielles sur l'objet de l'étude, sur la confidentialité et les avantages de l'étude nous avons obtenu leur consentement éclairé.

### **II-2-2- Population d'étude et échantillonnage**

La population cible, était l'ensemble des personnes résidentes et immigrantes de Taabo et la population source, a été constituée des personnes hypertendues de l'étude CoDuBu (Etude combinée des Infections Chroniques (Helminthes et Plasmodium) et des Maladies non transmissibles (Diabète et Hypertension artérielle) dans les régions rurales et urbaines de la Côte d'Ivoire.).

L'échantillonnage de l'étude est celui de l'étude CoDuBu qui est une étude réalisée dans le cadre du projet sur les maladies non transmissibles et qui a pu enquêter et dépister 1000 personnes suivies par le HDSS. Tous les cas dépistés hypertendus ont constitué la taille de l'échantillon qui est de 128 participants ce qui concerne l'enquête qualitative répartis entre Taabo Cité (50%) ; Amani-Menu (25%) ; Tokohiri (25%). Ceci a permis d'avoir un échantillon constitué de 50% des participants en milieu semi-rural (Taabo Cité) et 50% en milieu rural qui ont

été recrutés individuellement par le personnel HDSS et les agents et cadre de santé travaillant sur place qui sont tous en contact étroit avec la population locale. Par ailleurs, 35 personnes sur les 128 dépistés hypertendus se savaient déjà hypertendus, ceux-ci ont constitué l'échantillon pour la présente étude avec un âge minimal de 18 ans. N'ont pas été inclus, les patients qui ont refusé de se soumettre aux questionnaires et aux entretiens.

### **II-2-3- Déterminations des variables**

Pour chacun des patients hypertendus répertoriés à partir de la base de données du HDSS les fiches d'enquêtes comportaient les variables sociodémographiques, professionnelles, socioéconomiques, les données sur HTA et l'accès aux soins.

- Les coûts :
  - Les coûts directs médicaux : les médicaments, les examens paracliniques, les consultations et visites médicales
  - Les coûts directs non médicaux : le transport, les mesures hygiéno-diététiques
  - Les coûts indirects : les coûts sociaux et les coûts de renonciation
- Les caractéristiques sociodémographiques :  
Age, genre, statut matrimonial, ethnie, statut professionnel, niveau d'instruction, milieu de résidence
- Caractéristiques socioéconomiques :  
Le revenu mensuel, la stabilité du revenu, dépense en santé, assurance, adduction d'eau et d'électricité
- caractéristiques en rapport avec l'HTA :  
Circonstance de découverte, ancienneté de l'HTA, suivi et prise en charge de l'HTA, régime alimentaire
- variables en rapport avec l'accessibilité :  
Accueil, tarif de consultation, temps d'attente, qualité des soins, coût des médicaments

### **II-2-4- Méthodes de collecte et analyses des données**

#### **➤ Méthodes de collecte**

- Questionnaire :  
C'est une série de questions méthodiquement posées afin de définir un cas, une situation, une demande parmi un grand nombre de possibilités pour mettre en place ou évaluer une action.

- Focus groupe :

La technique a consisté à constituer des groupes homogènes de 6 à 12 personnes et à susciter une discussion ouverte. Les échanges autour d'une grille d'entretien définissant les différents thèmes de l'étude ont duré au moins une heure de temps. Les perceptions, les attitudes, les croyances, les zones de résistances sur le recours aux soins devant le poids économiques de cette maladie chronique (HTA) ont été recueillies.



**Figure 7** : Photo montrant un entretien collectif (focus groupe) avec un groupe homogène de femme



**Figure 8** : Photo montrant un focus groupe constitué d'homme

## ➤ **Analyses des données**

Deux catégories de données ont été collectées et analysées pour cette étude.

En effet, nous disposions d'un questionnaire créé par le logiciel SPHINX V5 par lequel nous avons recueilli des données quantitatives. Cette technique de collecte de données était uniquement adressée aux 35 personnes qui se savaient hypertendues. Elle, nous a permis de collecter les données relatives aux coûts directs (médicaux et non médicaux) et indirect (la productivité perdue) du traitement de l'HTA qui ont été saisies dans le logiciel SPHINX V5 et exportées dans le logiciel SPSS 14.0 et Excel pour analyse.

La deuxième catégorie de collecte de données a été recueillie par des guides d'entretiens collectifs et individuels. Le guide d'entretien collectif était adressé à toutes les personnes hypertendues de l'étude CoDuBu (128 personnes). Nous avons pu recueillir des données qualitatives par des focus groupes (12 focus groupes allant de 6 à 10 personnes, constituant des groupes homogènes). Les entretiens étaient enregistrés et après retranscrits sur le logiciel Word avant d'être analysés par le logiciel MAX QDA. Cette deuxième technique nous a permis d'administrer également un guide d'entretien individuel au personnel soignant (médecin, infirmier, pharmacien, technicien de laboratoire) pour la triangulation des données, dont les données ont été également enregistrées, retranscrites avant d'être analysées.

Le questionnaire et les guides d'entretiens élaborés ont été validés après une pré-enquête qui nous a permis de corriger et d'ajuster les questions. Toutes les dépenses relatives aux coûts du traitement de l'HTA dans le district sanitaires de Taabo et les caractéristiques socio-démo-économiques et d'accès aux soins ont été renseignées par moi-même dans les structures sanitaires notamment celle de l'hôpital général de Taabo, du centre de santé rural de Tokohiri et celui d'Amani Menou.

## **PARTIE III : RESULTATS – DISCUSSIONS -RECOMMANDATIONS**

### III-1- Résultats

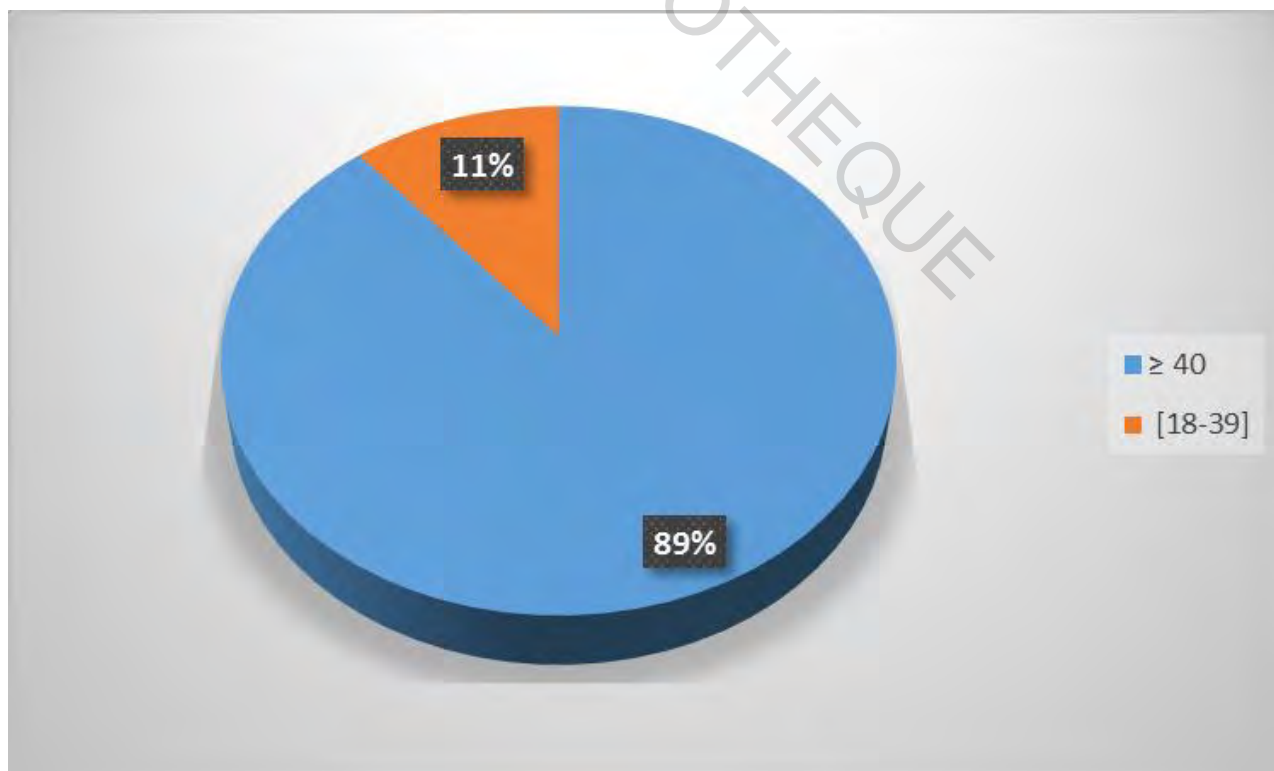
Après traitement des données les résultats obtenus sont en rapport avec : les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des enquêtés, les personnes vivant avec l'HTA, les caractéristiques socioéconomiques en rapport avec le coût du traitement de l'HTA, le Coût du traitement médical de l'HTA, l'impact de l'HTA sur la productivité du patient et le recours aux soins.

#### III-1-1- Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des enquêtés

##### ➤ Age

L'échantillon d'étude a porté sur 35 anciens cas parmi les 128 hypertendus dépistés lors de l'enquête quantitative du projet CoDuBu.

La tranche d'âge de 40 ans et plus représentait 89 % des hypertendus enquêtés, avec un pic à 46 ans et une moyenne d'âge à 53,31 ans, la médiane à 53 ans, avec des extrêmes de 23 et 78 ans et l'écart type 12,395.



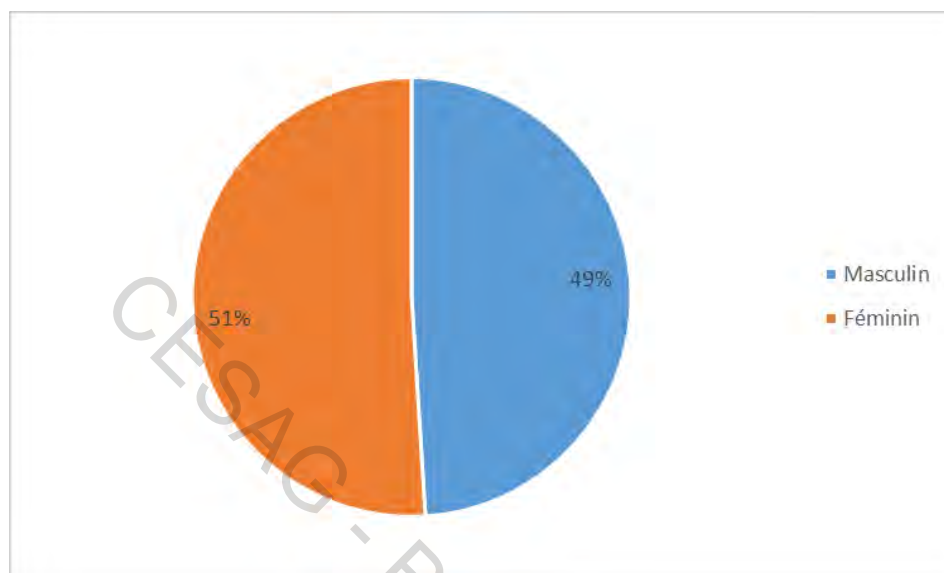
*Figure 9 : Répartition des patients hypertendus selon les classes d'âge*

---

### ➤ Sexe ratio

La répartition des patients selon le sexe montre presque une égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne l'atteinte de l'HTA dans la population.

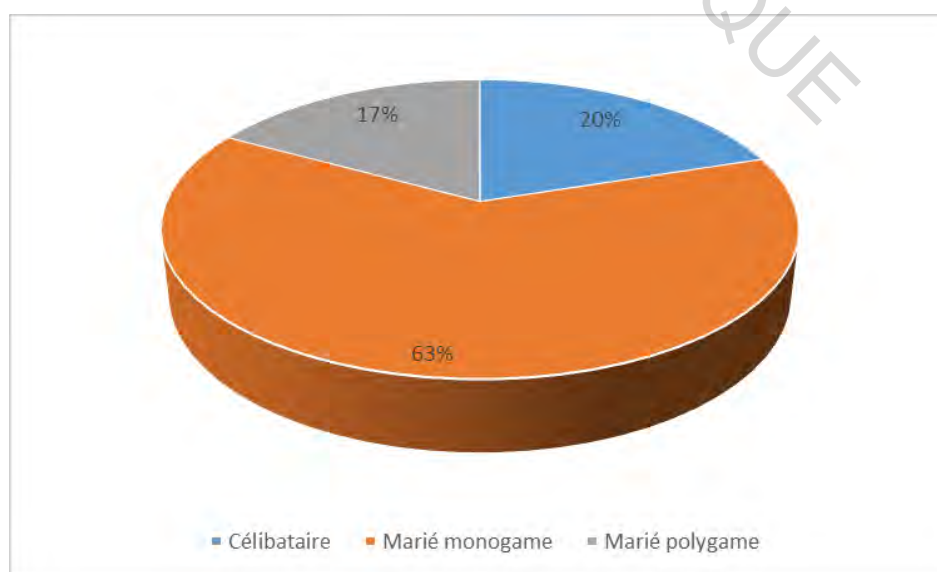
En effet, 51 % de nos patients sont des femmes et 49 % des hommes avec un sexe ratio Homme/Femme de 0.96 environ 1.



*Figure 10: Répartition des patients selon le sexe*

### ➤ Statut matrimonial

Les personnes vivant en couple représentaient la plus grande proportion des hypertendus de l'étude.



**Figure 11 : Répartition des patients selon leur statut matrimonial**

### ➤ Niveau d'instruction

Plus de 60 % des personnes interrogées avaient un niveau inférieur au secondaire contre 46% qui n'ont pas suivi les cours de l'enseignement occidental.

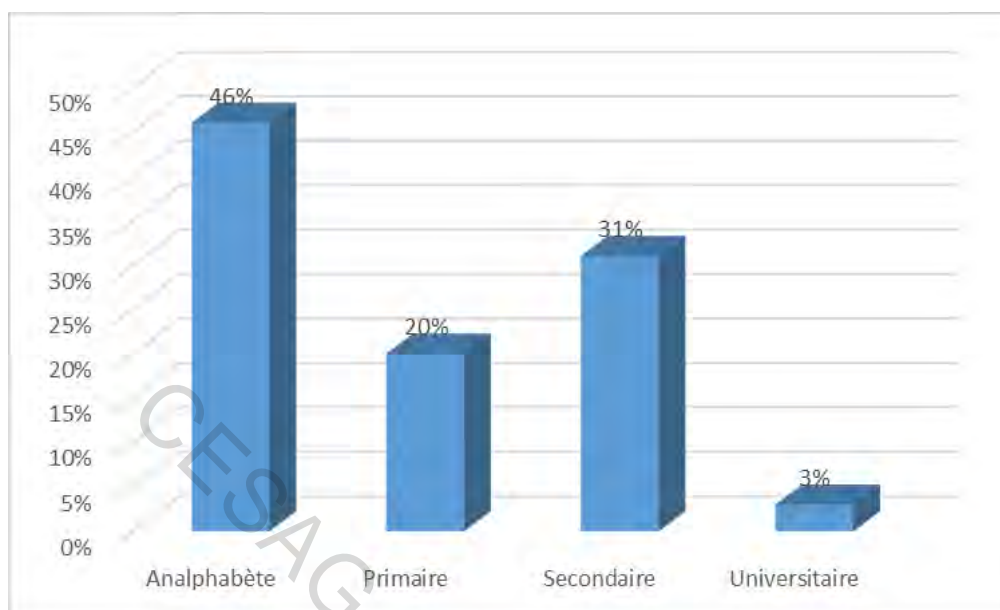


Figure 12: Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction

### ➤ Profession

La répartition des patients selon la profession montre que 46% sont des agriculteurs.

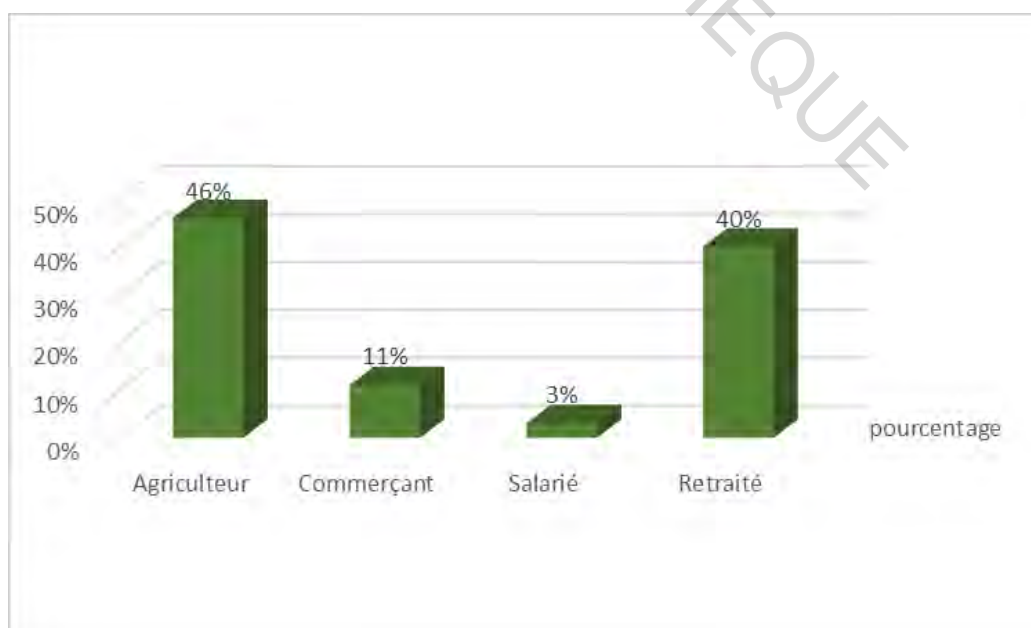
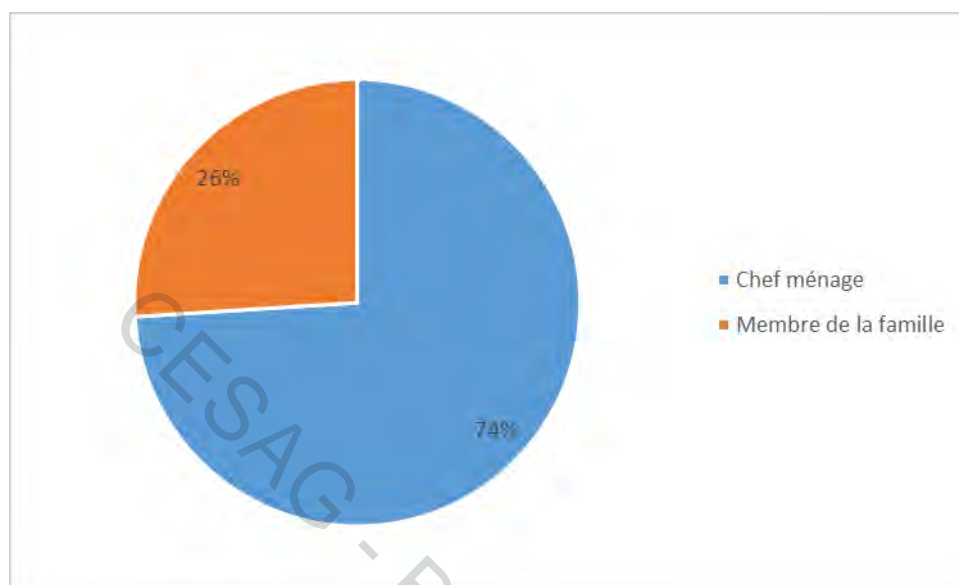


Figure 13 : Répartition des patients selon la profession



### ➤ Composition du ménage

Les ménages comptent en moyenne huit (8) personnes avec un minimum de 2 personnes et un maximum de 22 personnes, dont six (6) sont à la charge des chefs de ménages (voir annexe 4) qui représentent près des trois quart (3/4) des hypertendus interrogés.



*Figure 14 : Répartition des patients selon leur statut dans le ménage*

### III-1-2- Personnes vivantes avec l'HTA

#### ➤ Circonstance de découverte (CCD) de l'HTA

*Tableau II : Répartition des hypertendus selon les CCD*

CCD	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Découverte fortuite	21	60
Bilan de santé	01	03
Chute	04	11
Consulte pour l'HTA	09	26
Total	35	100

Plus de la moitié des personnes interrogées (60%) l'ont découvert de façon fortuite (lors d'une consultation pour une autre pathologie autre que l'HTA) et 11% des patients ont découvert leur pathologie suite à une chute occasionnée par une poussée hypertensive.

Le fort taux de 60% observé au niveau de la découverte fortuite s'explique selon les enquêtés par le fait qu'ils ont découvert l'HTA après un malaise, une fatigue ou une maladie. C'est ce que révèlent les propos de cet homme âgé de plus de 40 ans « *Je suis tombé malade et à l'hôpital on a révélé à moi que je suis hypertendu. Jusqu'à présent je suis hypertendu. C'est ça même qui me fatigue* ».

Cela est confirmé par le médecin de Taabo à travers les propos suivants :

« *Généralement, ils ne consultent pas pour l'HTA, les découvertes se font de façon fortuite et à un stade avancé de la maladie* »

La perte d'un être cher est une autre circonstance de la découverte de l'HTA et laisse des séquelles qui impactent négativement la vie du patient. Cela est soutenu par une femme « *ça (la tension) commencé comme sur palu, y a des fois, ça monte, ça descend, ça monte, ça descend. Donc après la mort de ma maman, c'est là je suis paralysée* ».

L'hypertension artérielle est également découverte pendant des examens médicaux de routine comme c'est le cas de cet enquêté de Taabo cité « *C'est le docteur XI même qui m'a dit de faire des examens. Quand j'ai fini, je suis parti avec, c'est ainsi qu'il m'a déclaré hypertendu* ».

### ➤ Ancienneté de l'HTA

Plus de 40% des patients ont une HTA allant de 1 à 4 ans d'ancienneté. L'étude montre une ancienneté minimale d'HTA de 1 an et maximale de 39 ans avec une moyenne d'ancienneté de cette pathologie chronique qui est de 7,71 soit environ 8 ans avec un écart type de 8,03 (voir annexe 5).

**Tableau III** : Répartition des patients selon l'ancienneté de l'HTA

Ancienneté de l'HTA	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
< 5ans	15	43
[5 – 9]	10	29
[10 – 15]	06	17
≥15	04	11
Total	35	100

Il est ressorti lors des entretiens que la plupart des personnes interrogées, 43% ont découvert qu'elles sont hypertendues depuis moins de cinq (5) ans. Cela est dû au

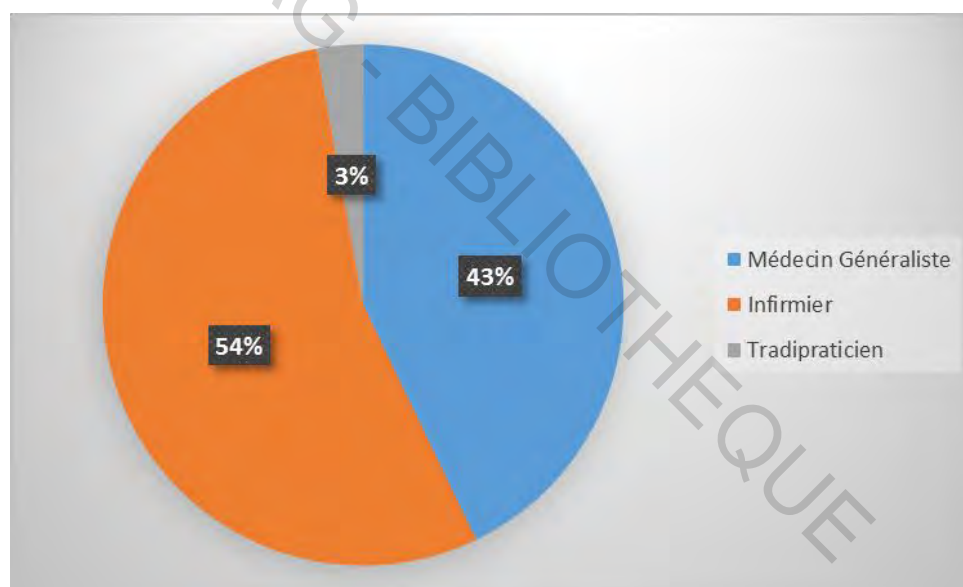
fait que le diagnostic a été fait pendant le dépistage du projet CoDuBu. Madame J1 à Amani Menou « *on ne m'avait jamais dit que j'avais la tension c'est après l'étude de CoDuBu que j'ai été déclarée hypertendue sinon je n'ai jamais su ça* ».

Certains par contre avaient connaissance de leur état de santé mais elles n'ont pas suivi le traitement. C'est pendant le dépistage du projet CoDuBu que le diagnostic a été confirmé.

A cet effet, cet enquêté Y1 affirme « *moi, j'étais là, je ne me sentais pas très bien, je suis venu à l'hôpital, ils ont pris ma tension, c'était à 15 depuis 2012. C'est dernièrement, dans mois de carême là, ils sont venus pour faire la visite encore ma tension était élevée à 16* ».

### ➤ **Suivi et prise en charge de l'HTA par le personnel de santé**

Plus de la moitié (54%) des hypertendus interrogés sont suivis et pris en charge par un infirmier, les autres par contre sont suivis par un médecin généraliste.



**Figure 15** : Répartition des enquêtés en fonction du praticien traitant

Les chiffres qui apparaissent dans cette figure sont justifiés par les données qualitatives. En effet, il ressort des entretiens avec le personnel soignant que dans les centres de santé où il y a des médecins, ce sont les généralistes qui se chargent de la prise en charge. Cela est confirmé par les propos du personnel soignant :

« *Ce sont les médecins généralistes parce que nous ne disposons pas de médecin cardiologue* ». « *Tous les médecins* »

Dans les centres de santé comme Tokohiri et Amani Menou, ce sont les infirmiers d'Etat qui ont cette charge.

*IDE 1 : « c'est moi qui les prends en charge », « Je suis le seul agent de santé du village, donc c'est moi qui fais tout »*

### ➤ **Catégorie de l'HTA et type de traitement (mono-bi-tri thérapie)**

D'après le personnel soignant, les catégories de l'HTA suivies au niveau de Taabo sont de deux types :

Médecin X1 « *Le plus souvent ce sont les HTA de grade 1 ou de grade 2* » ;

« *Celles qui sont inférieures à 180 mmHg et/ou 110 mmHg* » ;

Médecin X2 « *Celles dont les valeurs sont inférieures à 16 et/ou 10 cmHg et celles dont les valeurs sont inférieures à 18 et/ou 11 cmHg je pense* ».

IDE 2 « *les cas compliqués sont référés aux médecins spécialistes* »

### III-1- 3- Caractéristiques socioéconomiques en rapport avec le coût du traitement de l'HTA

#### ➤ **Revenu mensuel ou annuel du patient**

Plus de 55% des personnes interrogées avaient un revenu mensuel inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG, 60.000 FCFA).

*Tableau IV : Répartition des patients selon leur revenu mensuel*

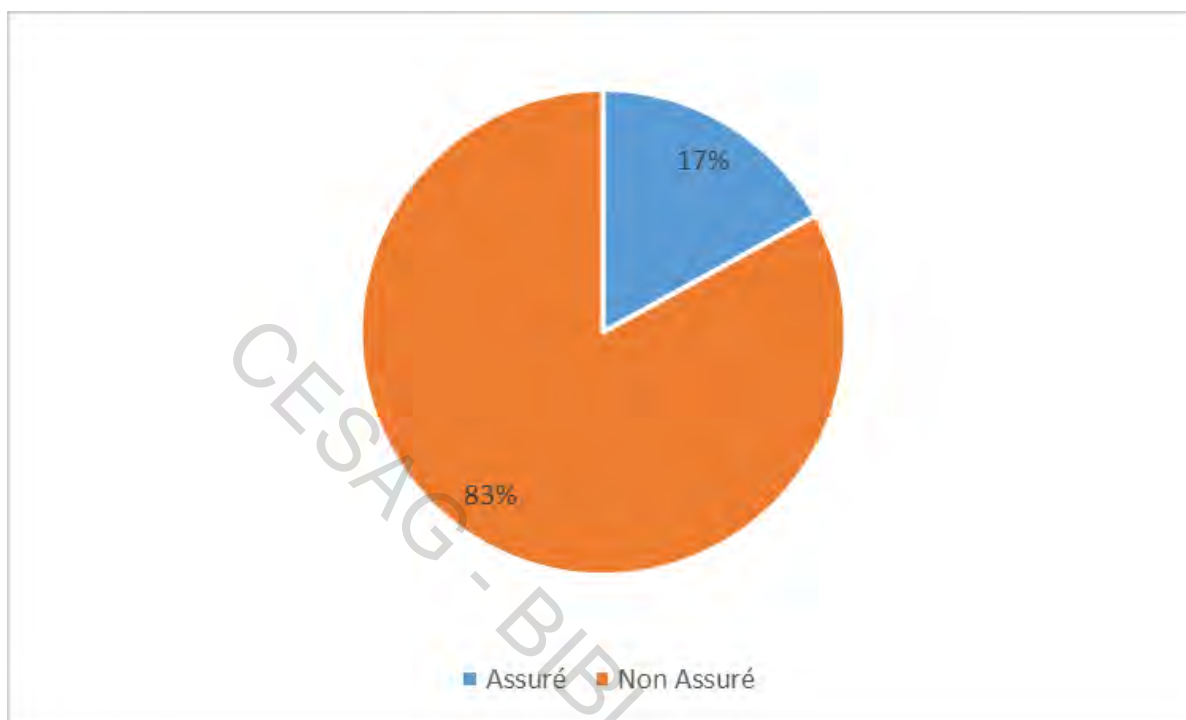
<b>Revenu mensuel en FCFA</b>	<b>Fréquence (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Moins de 20.000	11	31
20.001 à 30.000	3	9
30.001 à 40.000	2	6
40.001 à 50.000	3	9
50.001 à 75.000	3	9
75.001 à 100.000	4	11
100.001 à 150.000	4	11
151.000 à 200.000	2	6
200.000 et plus	3	9
Total	35	100

Par ailleurs le **revenu moyen mensuel est de 67.929F CFA** avec un minimum inférieur à 20.000F et maximum supérieur à 200.000F CFA.

---

### ➤ Protection sanitaire par assurance maladie

Près de 83% des personnes interrogées étaient sans assurance maladie. Les 17% d'assurés étaient des retraités ou fonctionnaires.

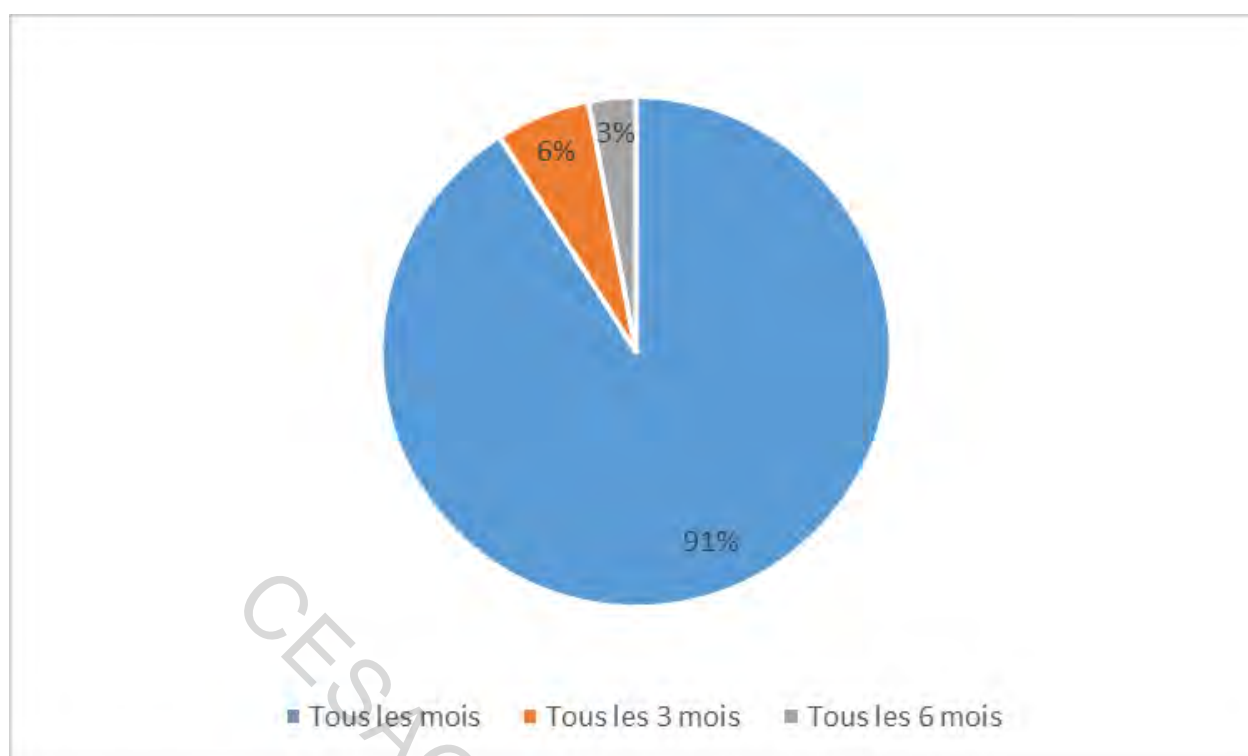


*Figure 16: Répartition des enquêtés selon qu'ils soient assurés ou non*

### III-1-4- Coût du traitement médical de l'HTA

#### ➤ Fréquence des consultations

La fréquence des consultations est majorée par la proportion (91%) des enquêtés qui viennent au moins une fois par mois en consultation. Les 9% sont des personnes dont la fréquence est irrégulière.



**Figure 17:** Répartition des enquêtes selon leur fréquence de consultation pour HTA

L'enquête qualitative a révélé que les consultations ne sont pas régulières mais sont plutôt faites fonction de l'état de santé des patients. L'explication se trouve dans les propos du personnel soignant :

Médecin : *« Cela dépend, car ils ne viennent en consultation que lorsqu'ils ne se sentent pas bien, alors je ne peux pas déterminer une fréquence régulière ».*

IDE 1: *« Ils ne viennent pas »*

IDE 2 : *« Quand ils sont bien informés et convaincus, ils viennent à chaque fois au moins une fois chaque deux semaines au moins pour contrôler leur tension comme c'est gratuit ».*

### ➤ Coût du transport du domicile des patients au centre de santé

La plus grande proportion 60% des patients se rendent au centre de santé ou à l'hôpital à pied 60%, contre 23% à moto les autres en voiture avec une distance moyenne de 2,43 Km et une distance minimale inférieure à 1 Km puis une distance maximale supérieure à 5 Km.

**Tableau V : Calcul du coût moyen mensuel du transport pour consultation HTA**

Coût du transport par consultation	Fréquence (n)	Coût unitaire (Fcfa)	Coût du transport multiplié par le nombre d'enquêté
Voiture	2	4.000	8.000
Voiture de transport	4	10.000	40.000
Moto	8	700	5.600
Marche	21	-	0
Total	35		53.600

L'enquête auprès des patients hypertendus a permis de savoir que certains se faisaient transporter à moto en payant le carburant d'un litre pour l'aller et le retour à 700F CFA. D'autre possédant parfois une assurance préféreraient venir se faire soigner à Abidjan (la capitale) où l'on avait la possibilité de rencontrer un cardiologue.

Le calcul du coût moyen pondéré au transport (engins de transport en commun où à pied) de l'ensemble des patients interrogés donne : **1.531 F.CFA /consultation** avec une fréquence moyenne d'une consultation par mois. Celui du coût moyen pondéré au transport (sans les patients qui se déplacent à pied) donne : 3.829 F.CFA / consultation avec une fréquence moyenne d'une consultation par mois et un coût minimum et maximum respectivement de 0F CFA et de 10 000F CFA et celui du coût moyen pondéré au transport (des patients assurés) donne : 8.000 F.CFA / consultation avec une fréquence moyenne d'une consultation par mois

Le déplacement des populations de leur domicile au centre de santé se fait à pied pour la grande majorité. A Taabo cité, les hommes qui ne se déplacent pas à pied le font avec leur moto tandis que les femmes se font accompagnées par leurs enfants ou un membre de leur famille.

Mme F. « *Moi des fois ma fille m'accompagne ou bien je viens avec mon beau, ce matin, je suis avec mon beau. Pour descendre la côte, je ne peux pas donc je viens accompagner de quelqu'un mais en partant, je peux partir seule* ».

Mme L. « *Je suis toujours accompagnée de mon enfant* ».

A Amani Menou et Tokohiri, le déplacement s'effectue à pied compte tenu du fait que les habitations ne sont pas loin du centre de santé. Contrairement à Taabo Taabo-Cité, aucun enquêté n'a affirmé se faire accompagner. D'autres par contre se rendent dans la zone urbaine la plus proche pour les consultations comme cela

est le cas à Tokohiri qui est à 18 km et de Djekanou et à 35 km de Toumodi. C'est ce que nous dit cet enquêté :

M. K. « *Bon quand tu arrives il y a déjà heuuuuuu des patients qui sont là ils attendent. On me dit pour toi spécialement, bon c'est des hôpitaux en ville ce n'est pas au village ici. Généralement c'est à Toumodi, à Djekanou je vais* ».

### ➤ Coût de la consultation

**Tableau VI : Calcul du coût moyen pour consultation HTA**

Coût de la consultation (FCFA)	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
2800	5	14
500	8	23
100	19	54
1000	3	9
Total	35	100

Cinquante-quatre (54) % de la population se faisaient consulter à 100F CFA dans les centres de santé des zones rurales (Tokohiri et Amani Menou), contre 23% et 9% à Taabo cité respectivement le matin à 500F CFA et le soir à 1.000F CFA. Par ailleurs 14% des patients interrogés du fait de leur assurance consultait à la capitale ou dans les zones semi-rurales à 2.800F CFA.

De ce qui précède le **coût moyen pour la consultation HTA des patients interrogés donne : 654 FCFA par consultation** et le coût minimum et maximum sont respectivement de 100F CFA et de 2.800F CFA (voir annexe 6).

Les personnes assurées vont se faire consulter en zone urbaine chez le médecin cardiologue avec un ticket modérateur qui leur revient à 2.800F CFA.

A Taabo cité, le coût de la consultation varie entre 500 et 1.000 f CFA. Ainsi, selon le personnel soignant : «*Les consultations sont à 500F CFA* »

« *Les consultations sont à 500F CFA le matin et 1.000F CFA le soir mais le problème ce n'est pas le prix de la consultation car ils dépensent plus ailleurs* ».

Dans les villages, les consultations sont au prix unique de 100f comme le dit l'IDE :« *Les consultations sont à 100F CFA* »



## ➤ Coût des examens paracliniques (bilan médical de l'HTA)

**Tableau VII** : répartition des patients selon le coût des examens paracliniques réalisés par an dans le cadre de l'HTA

Fréquence (n/N))	Le coût des examens paracliniques réalisé par an en FCFA	Le coût pondéré à la fréquence	Pourcentage (%)
01	110000	110000	3
01	140000	140000	3
01	120000	120000	3
02	100000	200000	6
01	80000	80000	3
01	60000	60000	3
7pers/35		710000	34/100%

Le coût moyen pondéré annuel du bilan médical de l'HTA pour les patients qui les réalisent est de 101.429FCFA (soit **8.452F CFA par mois**) avec un coût minimum de 60.000F CFA et un coût maximum de 130.000 FCFA (voir annexe 7 pour les détails de calcul).

Le bilan est généralement réalisé par les personnes qui bénéficient d'une assurance médicale lors de leur consultation en zone urbaine.

Les examens paracliniques se font rarement à Taabo-cité soit à cause des moyens techniques des centres de santé, soit à cause des moyens financiers. Cela est relaté par le médecin traitant :

Médecin X1 : « *Pour nos patients vue le plateau technique nous ne demandons pas de radiographie d'emblée, c'est maintenant avec l'ECG (ElectroCardioGramme) que nous a laissé le CSRS par le biais du projet CoDuBu qu'en plus de Hémogramme, Urée, Créatinine, Glycémie, transaminases et bilan lipidique que nous demandons l'ECG* ».

« *Mais pour ceux qui arrivent à les faire, c'est seulement le minimum c'est-à-dire NFS (Numération Formule Sanguine) –GLYCEMIE-UREE-CREATININE pour des raisons financières* ».

Médecin X2: « *non oh, disent-t-ils que c'est cher, or nous leur demandons que le minimum NFS, GLYCEME, UREE, CREATININE* ».

Contrairement à Taabo-cité, à Amani Menou et à Tokohiri, il n'y a pas d'examen paraclinique. Cet état de fait trouverait son explication dans le fait qu'il n'y a pas de laboratoire dans ces villages comme nous le dit les IDE :

(Rire) « Examens paracliniques !!! On n'a pas de laboratoire ici, encore moins un service d'imagerie, les examens se font soit à Taabo ou à Toumodi ».

«On se base sur les chiffres tensionnels et si malgré la prise d'antihypertenseurs ça ne baisse pas on les réfère »

### ➤ Coût des médicaments

Le coût des antihypertenseurs varie selon que ces médicaments soient de spécialités ou génériques, vendus à l'officine (71%) ou à la pharmacie du centre de santé (26%).

En effet, l'enquête qualitative réalisé avec le guide d'entretien individuel a permis de faire ressortir que le personnel de santé (médecin généralistes et infirmiers) utilisent des médicaments génériques du fait du coût, une mono ou bithérapie car ne traite que des HTA de grade léger ou modéré et réfère les HTA sévère (grade 3) aux spécialistes.

Ainsi, les antihypertenseurs prescrits aussi bien à Taabo-cité et dans les villages sont les mêmes.

Médecin X2 : « nous prescrivons les génériques et surtout les antihypertenseurs présent dans la pharmacie de l'hôpital à cause du prix, à savoir Captopril denk 25mg, Lasilix cp 40mg et de l'amolodipine »

IDE 1 « Nous prescrivons le Captopril denk 25mg et Lasilix cp et injectable »

IDE 2: « nous prescrivons les génériques et surtout les antihypertenseurs présent dans la pharmacie de l'hôpital à cause du prix, à savoir Captopril denk 25mg et Lasilix cp 40mg »

**Le calcul du coût moyen des médicaments des patients interrogés est de 7.290F CFA avec un coût minimum de 2300 FCFA et un coût maximum de 23000 FCFA. (Voir annexe 8)**

Les propos de ces enquêtés nous donne un aperçu des coûts des médicaments :

Homme «Deux de mes médicaments font 6.080 francs et on me dit de payer chaque mois»

Homme «Mon médicament c'est koitrébéras, (Bipreterax) c'est 12.425 F. Il y a 30 comprimés dans une boite. je prends un comprimé par jour. Chaque fin de mois je paie ça».

Femme «*Je payais captopril, quand tu vas à la pharmacie, quand tu donnes 10 000, on te donne 1000 et quelques, c'est cher pour nous les pauvres. Il y a un, on m'a prescrit, quand je donne 10 000, on me donne 100 francs*».

A la pharmacie interne, le coût des médicaments est donné comme suit :

- *Captopril denk 25mg la plaquette à 400F CFA - Lasilix 20mg à 750F cfa l'ampoule injectable*

- *Lasilix cp 40mg à 300F cfa la plaquette*

«*Nous avons également de l'aspirine que nous vendons à 50F le sachet* »

(- Les médicaments de l'HTA se prennent tous les jours alors la plaquette de 10 comprimés fait un tiers (1/3) du traitement par mois.

-Un sachet d'aspirine par jour alors il faut 30 par mois)

Par ailleurs, les antihypertenseurs généralement prescrits et recommandés toujours sont ceux estimés les moins chers selon la gestionnaire de commande :

- *Captopril denk 25mg boîte de 30 à 3000F mais la plaquette à 1000F CFA*

- *Lasilix cp 40mg à 2800F cfa*

- *La gamme Amlodipine : Amlodipine 5mg à 5825F ; Amlodipine 10mg à 9125F cfa ; Amlodipine 5mg à 5925 Fcfa*

- *les antiagrégants plaquettaires à savoir Cardioaspirine boîte de 30 cp à 1900F et Aspirine 100mg boîte de 20 à 650F cfa.*

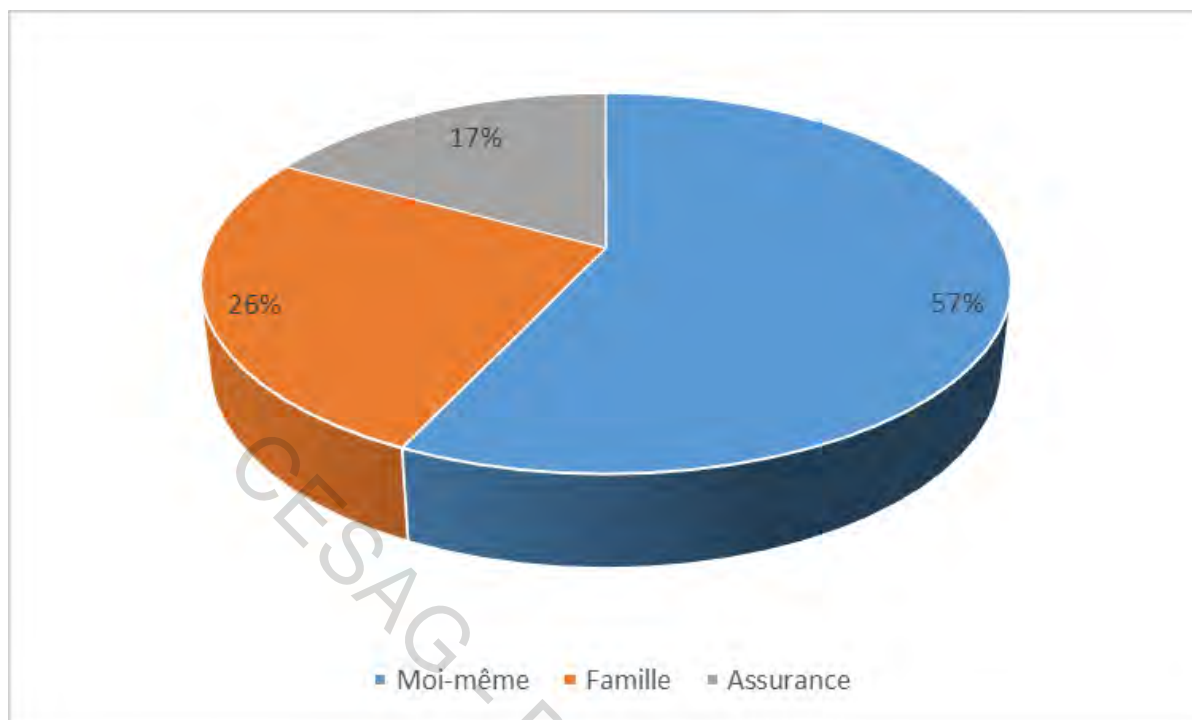
### ➤ **Coût supplémentaire engendré par les mesures hygiéno-diététiques (MDH)**

Il est noté lors de l'enquête, des coûts additionnels dans la prise en charge de l'HTA la prescription d'antiagrégant plaquettaire. Par ailleurs certains patients achètent du sel et/ou de l'antiagrégant plaquettaire pour éviter des thromboses. **Ce coût moyen supplémentaire était de 4.121F CFA.** (Voir annexe 9)

Il ressort des propos des enquêtés qu'ils achètent soit le sel à la pharmacie ou parfois utilisent le sel habituel qu'ils ajoutent à la cuisson :

Femme : « *Je prépare le repas de tout le monde, c'est quand c'est prêt que j'enlève pour mon mari avant de mettre le sel. »*

## ➤ Source de financement du traitement des patients



**Figure 18** : Répartition des patients selon la source de financement de leur traitement

Certains patients interrogés avaient pour source de financement la famille à 26% et les assurances à 17%.

Par ailleurs, 57% des personnes atteintes par cette pathologie achètent leurs médicaments. En effet, elles le font avec soit leur pension ou le revenu de leur activité comme c'est le cas de ces femmes :

« J'ai ma pension donc c'est avec ça que je paye mes médicaments »

« C'est moi-même je paie parce que quand ma fille m'a remplacé au trésor là, quand on paie ma fille, c'est dans ça moi je prends pour payer mes médicaments ».

Les 26% par contre sont soutenus financièrement par leurs enfants, un membre de leur famille ou leurs conjoints. Le constat qui ressort à ce niveau, c'est le fait que les femmes sont celles qui reçoivent le plus de soutien.

FEMME J. « Ce sont mes enfants qui paient mes médicaments »

FEMME Mme K. « C'est mon mari qui paye »

Femme D. « C'est ma sœur qui paye mes médicaments, c'est elle qui m'envoie à l'hôpital donc je ne connais pas les prix des médicaments. C'est elle qui fait tout »

Cependant, le coût des médicaments est jugé élevé. En effet, le faible pouvoir d'achat des populations et le coût élevé du traitement de l'hypertension artérielle expliquent le fait que des stratégies (fractionnement des doses pour permettre le pouvoir d'achat périodique) sont mises en place pour faire face aux problèmes financiers comme le démontrent les dires de ces enquêtés :

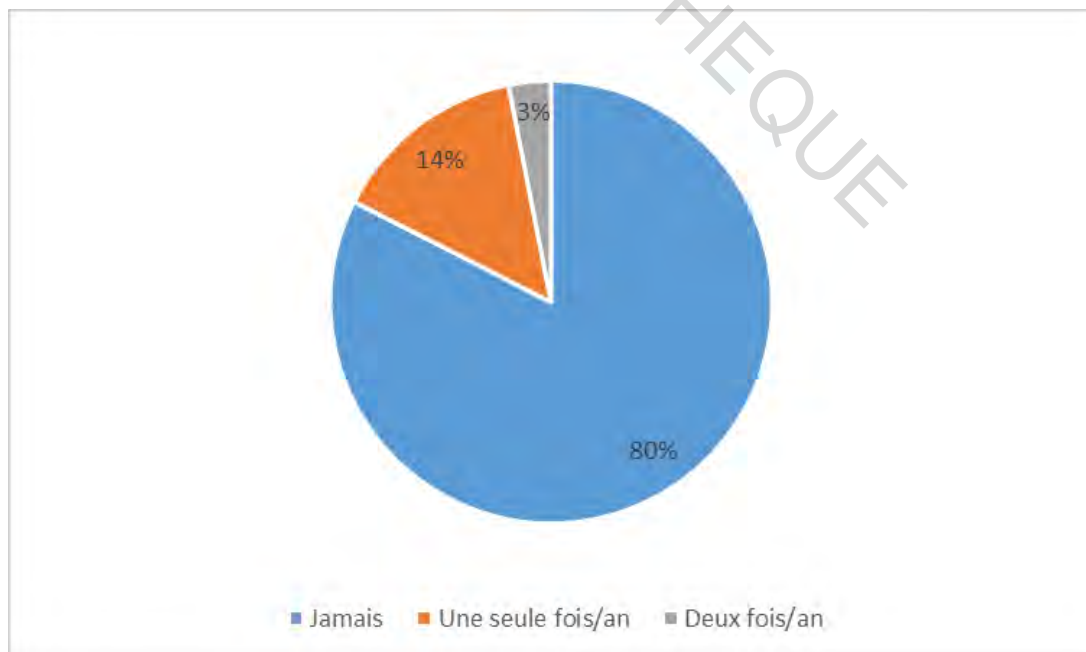
Femme « ce sont mes enfants qui paient un peu un peu et ils disent que c'est cher »

Homme « Les moyens faisaient que vraiment je ne pouvais pas payer ça régulièrement. J'ai dit au lieu de faire ça, il faut suivre régime. Etant cuisinier, moi-même je peux préparer ce que je mange. Donc c'est ainsi que j'ai abandonné les médicaments, c'est le régime que je suis aujourd'hui ».

Femme « Quand je n'ai pas l'argent pour payer la boîte captopril, je paie en détail, c'est 1000. Si je n'ai pas les moyens pour 9000, j'ai 1000 francs je paie ».

### III-1-5- Impact de l'HTA sur la productivité du patient

#### ➤ Impact sur le travail



**Figure 19:** répartition des patients selon l'impact de l'HTA sur le temps de travail

Dans plus de la moitié des cas, l'HTA a un impact négatif sur le travail notamment en réduisant le temps de travail par jour de 40% où en entraînant une incapacité totale de travailler de 14%. Par ailleurs, chez 40% des enquêtés, l'HTA n'a aucun impact sur leur productivité.

On remarque que pour plus de la majorité des enquêtés, l'apparition de l'HTA dans la vie des populations a un impact négatif sur leur productivité. En effet, elle part de la réduction des heures de travail (49%) à la cessation complète de toute activité génératrice de revenu (14%). C'est ce que nous disent ces femmes :

Mme A. « *Moi, je fais attiéké 2 fois par semaine mais depuis que j'ai ça, je fais 1 fois par semaine. Au champ aussi, je vais une fois par semaine, j'ai diminué mon travail, en tout cas les conseils qu'on m'a donnés je suis ça* »

Mme T. « *Je ne peux pas travailler depuis que la tension m'a fait tomber je ne peux plus travailler* ».

Mme M. « *Quand je faisais accouchement là, je faisais bien mais maintenant je ne peux plus attraper un enfant parce que tous mes membres tremblent. Je ne peux plus faire* »

Par ailleurs, il ressort que contrairement aux femmes, les hommes fournissent plus d'efforts malgré la présence de l'HTA. Ce qui a une répercussion sur leur état de santé comme cela transparait dans les propos suivants :

M. D. « *Moi quand je travaille un peu, mon cœur là, ça bat kpou, kpou, kpou, kpou, ça bat vite et puis il s'arrête et puis je continue* ».

M. K. « *Quand je travaille, mon cœur là gonfle comme ça et puis ça tape trop et puis je suis là, je ne peux rien faire. Je vais prendre l'eau à boire, quand mon cœur s'assoit et puis je continue* ».

Ce constat se justifie par le fait que l'homme en tant que chef de famille doit prendre en charge les dépenses de la famille.

M. S. « *Bon, quand je dis ça c'est la population africaine. Bon j'ai près de 16 enfants ; j'ai au moins 5 femmes à ma charge ; à l'heure-là mon papa ne vit plus... À l'heure-là je suis le responsable de la famille. J'ai au moins 4 enfants à l'université, c'est pas petit problème* »

En général, nous pouvons dire que la réduction du temps de travail ou l'incapacité à travailler agit sur la productivité des populations qui sont pour la plupart des chefs de famille. Ce qui implique une baisse de revenu donc une paupérisation plus grande de la population.

## ➤ Temps de travail perdu par mois

- Parmi les personnes interrogées présentant une incapacité permanente partielle (IPP), on note des IPP allant d'un (1) jour à 12 jours de travail perdus par mois (voir annexe 10 pour plus de détail).

La moyenne des IPP de travail perdu est de  $98/22 = 4,45$  environ 4 jours et demi de travail perdu par mois pour les patients dont l'HTA a un impact partiel sur leur productivité.

En prenant le SMIG qui est de 60 000F CFA et un temps de travail qui est de 20 jours (5 jours par semaine  $\times$  4) en Côte d'Ivoire on a :

$$60000/20 = 3000\text{F CFA/ Jour}$$

**Le coût moyen d'opportunité** est de  $= 4,45 \text{ jours/mois} \times 3000\text{F CFA/jours}$   
**= 13.350F CFA /mois**

- En ce qui concerne les Incapacités Permanentes Totales (IPT), on note :
  - 5 jours/semaine  $\times$  4 = 20 jours par mois pondéré à la fréquence on a 20 jours  $\times$  5 ce qui nous donne 100 jours par mois perdus chez les patients avec une IPT.

Au total, la perte de productivité imputable (IPP + IPT) à l'HTA est de  $100 + 98 = 198$  jours par mois perdus par les 77 % des enquêtés.

Par extrapolation nous avons  $198 \text{ jours/mois} \times 12 \text{ mois} = 2376$  jours de travail perdus par an ce qui constitue une perte de productivité énorme imputable à l'hypertension artérielle.

### III-1-6- Récapitulatif des coûts

*Tableau IX : Tableau récapitulatif des coûts directs du traitement de l'HTA*

Paramètres du coût de traitement	Coût moyen (FCFA)	Patients sans bilan médical	Patients sans frais supplémentaires	Patients sans bilan médical et sans frais supplémentaires	Ramené aux pourcentages du revenu moyen (%)
Transport	1531	1531	1531	1531	2,25
Consultation	654	654	654	654	1
Bilan médical de l'HTA	8452	-	8452	-	12,44
Médicaments (antihypertenseurs)	7290	7290	7290	7290	10,73
Frais supplémentaires (MHD et anti agrégant plaquettaire)	4121	4121	-	-	6,1
Coût direct moyen mensuel du traitement de l'HTA	22052 <sup>1</sup>	13598 <sup>2</sup>	17931 <sup>3</sup>	<b>9476<sup>4</sup></b>	1= 32,46 2=20 3=26,6 4=14

Le coût direct moyen total<sup>1</sup> qui est de 22.052F CFA représente 32,46 % du revenu moyen mensuel, mais pour les patients qui ne font pas d'examen paracliniques<sup>2</sup> ce coût de 13.598F CFA correspond à 20% du revenu moyen mensuel alors que ceux qui font le bilan médical et n'ont pas de frais supplémentaire dus aux MHD<sup>3</sup>, le traitement leur revient à 17.931F CFA donc à 26,4% du revenu moyen mensuel. Par ailleurs, la plus grande proportion (80% des enquêtés) qui ne fait ni bilan médical et de MHD<sup>4</sup> ont leur coût de traitement HTA de 9.476F cfa ce qui représente 14% du revenu moyen mensuel.

Par ailleurs, l'on a estimé le coût indirect (coût d'opportunité) à 13.350F CFA, ce qui nous donne un coût total moyen du traitement de l'HTA à (9.476 + 13.500) 22.976F CFA ce qui correspond à 34% du revenu moyen de la population d'étude.



### III-1-7- Recours aux soins

#### ➤ Type de médecine

**Tableau X** : Répartition des patients selon le type de médecine à laquelle ils ont recours

Nature	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Médecine moderne uniquement	09	25
Médecine orientale uniquement	01	3
Médecine moderne et traditionnelle	24	69
Médecine moderne, traditionnelle et orientale	01	3

La médecine moderne et traditionnelle représentent 69% du type de pratique à laquelle nos enquêtés ont recours. Ce résultat peut s'expliquer par le faible pouvoir d'achat des populations mais également par le manque de confiance en ce qui concerne l'efficacité des médicaments. Cette méfiance conduit à l'adoption de comportement à risque par la combinaison de plusieurs médecines. C'est ce qui est relaté à travers les propos de cet enquêté :

M. F.A. « *Je prends les captopril et puis je prends les médicaments indigénats aussi. Captopril, je bois ça chaque soir et médicament indigénat je bois ça chaque matin* ».

Un quart des enquêtés (25%) ont recours à la médecine moderne exclusivement pour se soigner tel que cette femme :

Mme M. « *Moi je ne suis jamais allée chez un tradipraticien parce que la maladie que j'ai c'est une maladie moderne, c'est une maladie que les tradipraticiens ne peuvent pas soigner. Donc je m'en tiens à ce que la médecine moderne fait* ».

D'autre ont recours à des tradipraticiens ou à la médecine orientale pour se soigner :

M.D. « *Moi j'ai un collègue, nous on l'appelle pratiquement tradipraticien, en tout cas il a des écorces. Des écorces, hein... un jus là, il donne et puis je bois le médicament en tout cas c'est puissant, il arrive même à stabiliser deux collègues avec ça. Actuellement même je bois ça. Souvent il vend le gros pot à 5000 F, les*

*gros pots de 20 litres. C'est fait à base de racines hein !je prends trois fois par jour, matin, midi et soir ».*

*« Ce sont les chinois qui ont contrôlé et qui m'ont fait la pique »*

Par ailleurs, une catégorie de patients préfère confier leur santé à des groupes religieux comme nous le dit un des médecins : *« Avec les croyances culturelles, le plus souvent, ils vont dans les camps de prière, il y en a un à l'entrée de la ville, c'est lorsque l'état se dégrade qu'ils viennent prendre un peu de force pour reprendre leur mot et après cela, ils retournent »*

Une bonne partie des patients a des difficultés à se soigner et cette situation semble avoir créé un terrain fertile pour le développement d'autres types de traitement. Les malades préfèrent utiliser des produits, des fruits vendus sur les marchés ou des feuilles trouvées dans les champs ou à domicile pour se traiter.

Maman H. *« Soumara là c'est mon mangé. Soumara là moi mange pas poisson, c'est ça qui est mon poisson maintenant. Moi, je fais ça en poudre, je mets ça dans la sauce et je mange ».*

M. Y. *« On m'a conseillé les feuilles de Moringa là ; là maintenant qu'est-ce que je fais, je fais la décoction et je bois comme café, j'ai la plante à la maison, je prends les feuilles, je sèche et voilà »*

Mme T.B. *« Bon, souvent je prends les feuilles de papayes sec là, je fais bouillir ça et puis je bois ; un verre le matin et puis un verre le soir ».*

➤ **Autres caractéristiques de recours aux soins***Tableau XI : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques de recours aux soins*

<b>Autres caractéristiques du recours aux soins en cas d'HTA</b>	<b>Fréquence (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Tarif des consultations		
Accessible	25	71
Elevé	10	29
Temps d'attente lors des consultations		
Acceptable	28	80
Long	07	20
L'accueil		
Bon	29	83
Autre	06	17
Qualité des soins par les prestataires		
Très satisfaisante	06	17
Acceptable	25	72
Autre	04	11
Coût des médicaments		
Très chers	29	88
Chers	06	12
Acceptables	-	-
Autre	-	-
Accessibilité aux soins		
La réduction du coût du traitement (médicaments et bilan médical)	35	100
La construction de plusieurs centres de santé	-	-
La qualité des soins	-	-

Le Tarif est différent selon qu'on soit en zone rurale ou semi-rurale. 71% des patients interrogés jugent le tarif (100F en zone rurale et 500F/1000F en zone semi-rurale) pour la consultation « accessible », contrairement à 29% qui le trouvent « élevé ». Quant au temps d'attente, 80% des enquêtés trouvent le temps d'attente avant la consultation ou les soins « acceptables ».

Au niveau de l'accueil, l'on a noté à 83% une « bonne » appréciation contre 17% qui sont indifférents. Par ailleurs, nos enquêtés, 72% affirment que leurs enfants ont été bien traités (acceptable) par le prestataire et 17% en sont très satisfaits contrairement à 11% qui sont restés indifférents.

S'agissant des antihypertenseurs, 88% des enquêtés estiment qu'ils sont très chers, contre 12% qui les trouvent relativement chers. L'ensemble (100%) des enquêtés par contre estiment que la réduction du coût du traitement entrainerait un bon recours aux soins.

En ce qui concerne la disponibilité du personnel médical, et des médicaments les avis sont partagés, l'on trouve les infirmiers des zones rurales plus disponibles que le personnel de la ville. On note par ailleurs, le manque de certains médicaments sur l'aire de santé de Taabo.

Femme en zone rurale « *le jour que je veux prendre ma tension je vais au centre et le docteur (IDE) me reçoit bien.* »

Femme en ville « *souvent tu viens tu ne trouves pas ton docteur et c'est un autre qui te reçoit.* »

Homme : « *mon docteur m'a prescrit des médicaments et comme y'avait pas à la pharmacie, on a remplacé, donc depuis ce temps c'est médicament avec petit comprimé (captopril) je prends* »

Le coût des médicaments constitue un frein au recours à la médecine moderne pour la majorité des patients interrogés. Ainsi, selon eux, une prise en charge totale ou partielle à travers la réduction des coûts des médicaments permettrait à un grand nombre avoir accès aux soins.

« *Si la prise en charge est partagée en trois, divisée en trois ou en quatre nous on connaît.* »

« *Pour moi, c'est une prise en charge totale.* »

Ce dernier avis est partagé par les IDE qui affirment ceci :

IDE 1 : « *En ce qui concerne la PEC de l'HTA vue que c'est une maladie chronique dont le traitement est à vie, que les autorités mettent à disposition des antihypertenseurs gratuit pour la population particulièrement celle des zones rurales car il est difficile voire impossible pour certains hypertendus de suivre le traitement à cause du coût* ».

IDE 2 : « *Vue le coût du traitement, ils seraient intéressant que les antiHTA entre dans les produits de la gratuité* ».

Cependant, certains patients évoquent d'autres raisons pour lesquelles ils n'utilisent pas les comprimés. Celles-ci sont diverses et vont de la peur de boire des médicaments à vie, à l'impact des médicaments sur la sexualité.

M. A. « *Quand j'ai appris que j'étais hypertendu en tout cas ça m'a fait peur. Je n'aime pas les médicaments. Je préfère faire le sport diminuer le sel, la graisse, tout ça et puis prendre sinon vraiment envie. Je ne me vois pas encore en train de prendre médicaments jusqu'à la fin de mes jours* ».

Homme « *Moi, avant que je ne prenne les comprimés là, je satisfais ma femme normalement mais depuis que je prends les comprimés là j'avais des problèmes avec ma femme sincèrement ma batterie a pris un coup. J'ai dit donc ça au docteur. Donc depuis j'ai stoppé là ma batterie a été réchauffée. Donc ça là il faut que je te dise ça les comprimés là je ne sais pas pourquoi tous ceux qui ont bu ces comprimés-là ont eu des problèmes sexuels* ».

Ces derniers constats permettent d'attirer l'attention sur les représentations des populations vis-à-vis de l'HTA. En effet, pour une meilleure prise en charge de cette maladie, il importe de connaître les attitudes et connaissances des populations sans lesquelles une gratuité des médicaments ne favoriserait pas pour la majorité, le recours à la médecine moderne.

## **III-2- Discussions**

Les discussions ont portées sur : les caractéristiques socio-démo-économiques et professionnelle en rapport avec l'HTA et son impact sur la productivité et le recours aux soins en cas d'HTA.

### **III-2-1- Les caractéristiques socio-démo-économiques et professionnelle en rapport avec l'HTA et son impact sur la productivité**

#### **➤ Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des patients hypertendus**

La moyenne d'âge des personnes enquêtées dans cette étude était de 53 ans avec un pic à 46 ans. La tranche d'âge la plus représentative était celle de 40 ans et plus. Ce résultat est similaire à celui de KOFFI (1995) qui a trouvé un âge moyen de survenue de l'HTA à 46 ans  $\pm$  6ans. Cette prédominance d'hypertendue à cet âge pourrait s'expliquer par la vulnérabilité de cette population du fait d'une activité intense du stress, de la vie de couple et des problèmes de ménage à gérer.

En effet, l'étude a révélé que les ménages comptent en moyenne huit (8) personnes dont six (6) sont à la charge des chefs de ménages chez 74% des personnes interrogées.

Par ailleurs, le niveau d'instruction relativement faible, (plus de 60 % des personnes interrogées avaient un niveau inférieur au secondaire) pourrait expliquer l'influence déterminante des inégalités sociales sur la santé des populations car celles non ou moins instruites ont un risque d'HTA plus élevé. Cela est justifié dans l'étude de Kelly et al (2008) réalisée en Guadeloupe en 2008 sur les inégalités sociales. Cette étude est en conformité avec celle de Zabsonre et al (2002) dans laquelle ils montrent que l'éducation peut avoir un effet bénéfique sur la santé en développant les compétences cognitives et socio-émotionnelles et en favorisant l'adoption d'une bonne hygiène de vie, ce qui est un facteur favorisant ou réduisant le risque d'atteinte de l'HTA.

#### **➤ Personnes vivantes avec l'HTA**

De cette étude, il ressort de façon générale, qu'il est difficile (dans plus de 60% des cas) de distinguer les causes de l'hypertension artérielle. Sur le plan symptomatique, la maladie ne présente aucun ou peu de symptômes cliniques pouvant alerter le patient. Elle est habituellement découverte pendant des examens

médicaux de routine ou des consultations fortuites. C'est ce que révèlent les propos de cet homme âgé de plus de 40 ans « *Je suis tombé malade et à l'hôpital on a révélé à moi que je suis hypertendu. Jusqu'à présent je suis hypertendu. C'est ça même qui me fatigue* ». Ce constat justifierait la mise en œuvre d'une politique de dépistage active dans la population, ce qui permettrait un diagnostic précoce et limiterait les complications liées à un diagnostic et une prise en charge tardive. Ceci s'impose particulièrement en zone rurale car la prise en charge est fait par des infirmiers ; IDE 1 : « *c'est moi qui les prends en charge* », « *Je suis le seul agent de santé du village, donc c'est moi qui fais tout* ».

Par ailleurs, l'ancienneté de l'HTA est inférieure à 5 ans chez 43% des patients, elle varie entre 10 et 15 ans chez 17% des hypertendus, et, est supérieure à 15 ans chez 11% d'entre eux. Cette décroissance des proportions des patients en fonction de l'ancienneté de leur maladie serait probablement due à la mortalité liée à l'HTA. L'on a noté également une moyenne d'ancienneté de 8 ans de cette pathologie chronique, ce qui représente des coûts économiques et sociaux énormes dans un système de santé où la protection sanitaire est quasiment absente.

### ➤ **Caractéristiques socioéconomiques relatives aux coûts du traitement**

Le bilan médical est réalisé par les personnes qui bénéficient d'une assurance médicale lors de leur consultation en zone urbaine. Cela peut s'expliquer d'une part, par le fait que les populations n'ont pas les moyens financiers conséquents pour la réalisation de ce bilan et d'autre part soit à cause de l'insuffisance du plateau techniques des centres de santé, ce qui oblige les praticiens à limiter les examens paracliniques nécessaire pour la prise en charge correcte de la maladie. Cela est relaté par le médecin traitant : Médecin X1 : « *Pour nos patients vue le plateau technique nous ne demandons pas de radiographie d'emblée, c'est maintenant avec l'ECG (ElectroCardioGramme) que nous a laissé le CSRS par le biais du projet CoDuBu qu'en plus de Hémogramme, Urée, Créatinine, Glycémie, transaminases et bilan lipidique que nous demandons l'ECG* ». « *Mais pour ceux qui arrivent à les faire, c'est seulement le minimum c'est-à-dire l'hémogramme – glycémie – urée - créatinine pour des raisons financières* ».

En ce qui concerne les médicaments, il ressort de l'étude que bien vrai que le personnel soignant, à cause du faible pouvoir d'achat de la population, prescrit des médicaments génériques, qui sont achetés dans la plupart des cas (71%) dans des officines privés. L'achat de cette proportion de médicaments génériques en officine privé est dû au fait que très souvent on note leur indisponibilité ou une rupture de leur approvisionnement en officine interne. Cette indisponibilité des antihypertenseurs dans les centres de santé est également rapportée au Burkina

---

Faso par DRABO (1992). Le prix des médicaments en officine interne étant relativement moins élevé qu'en officine privée, cemanque de médicament augmente à cours sûr le cours de la prise en charge de l'HTA.

Notons également qu'on ne trouve que Captopril denk et le lasilix dans les officines des centres de santé. Il serait donc plus indiqué de diversifier les médicaments génériques anti hypertenseurs pour non seulement faciliter leur disponibilité et leur accessibilité, mais surtout pour permettre aux prescripteurs de se conformer aux recommandations de l'OMS pour le traitement des HTA par mono, bi ou trithérapie en fonction de la gravité de la maladie.

Par ailleurs, si on prend en considération le revenu très modeste de la majorité des patients qui est de 67.929F CFA en moyenne, les difficultés d'accessibilités aux médicaments, au bilan médical, on note que l'obstacle économique à la lutte contre l'HTA est réel en zone rurale. Cette situatin serait comparable à bien d'autres pays en développement où le faible niveau de revenus des patients est un sérieux obstacle à l'achat des médicaments aux doses prescrites (OMS, 2000).

De ce qui précède nous pouvons déduire les coûts directs de l'HTA sont essentiellement dus au coût onéreux des médicaments dont la capacité de paiement pour notre population est de 10,73% pour les seuls antihypertenseurs par rapport à leur revenu moyen mensuel.

### ➤ **Impact de l'HTA sur la productivité du patient**

La plus grande proportion des enquêtés (83%) ne sont pas assurés. Etant eux-mêmes leur source de financement (53%) pour leur traitement d'HTA, ou comptant sur un soutien financier de la famille (26%), l'HTA devient un lourd fardeau pour eux-mêmes et leur famille. Ces résultats sont en conformités avec la publication de l'OMS en 2011 qui fait ressortir qu'en absence de système de prise en charge appropriée, nombreuses sont les familles qui doivent parfois prodiguer des soins et assurer le traitement de leur parent malade.

Cependant, on note une forte solidarité familiale dans notre zone d'étude. Cette solidarité de la famille montre que le poids économique du traitement de l'HTA ne pèse pas seulement sur le patient mais sur toute la sphère familiale, témoignant du retentissement de l'HTA du patient sur la famille.

En outre, l'HTA entraine une énorme perte de productivité en zone rurale en ce sens qu'elle entraine une incapacité permanente partielle (IPP) de travail chez



presque la moitié (49%) des hypertendus. Cette incapacité allant de 2 à 12 jours de travail perdus par mois à un impact négatif sur leur productivité.

### ➤ Coût du traitement de l'HTA

A la lumière des résultats de l'étude, nous pouvons estimer que le coût direct mensuel moyen du traitement médical ambulatoire de l'HTA pour le patient en zone rurale ne bénéficiant d'aucun bilan médical est de 9.476F CFA avec un coût direct total mensuel fortement élevé de 22.052F témoignant de la grande perte en terme de coût de renonciation engendré par l'HTA. Devant le faible pouvoir d'achat de la population, ce coût représente plus de 30% du revenu moyen mensuel pour le traitement de la seule maladie en termes de dépense de santé.

Cette maladie chronique et insidieuse est une menace pour le développement socioéconomique puisqu'elle touche les hommes et les femmes pendant leurs années les plus productives avec un impact considérable sur leur revenu d'une part, mais sur l'ensemble du pays puisse qu'elle entraîne 2376 jours de travail perdus par an par les personnes hypertendues de l'étude, ce qui constitue une perte de productivité énorme imputable à l'hypertension artérielle d'autre part. Ce retentissement de cette maladie au niveau économique a été également évalué au Canada où l'HTA est la deuxième cause en termes de perte de productivité avec 12,3 milliards de dollars (FELDMAN, 1998).

### III-2- 2- Recours aux soins

Généralement le recours aux soins hospitaliers est apprécié sous les angles financiers et géographiques. De notre point de vue, cette démarche paraît réductrice en ce qu'elle occulte d'autres éléments tels que la disponibilité de ressources humaines de qualité, des infrastructures et équipements adéquats. Il s'y ajoute les aspects socioculturels tels que l'accueil, l'accompagnement, l'alimentation et autres facteurs susceptibles de mettre en confiance les malades (OBRIST, 2007). Il est difficile d'estimer l'importance relative de différentes dimensions et a fortiori des multiples barrières qu'elles recouvrent, car elles sont inextricablement liées.

En effet, au besoin pour la population de se soigner, même quand celle-ci (17%) est assurée, il manque une offre de santé effective car les trois composantes principales de la disponibilité ne sont pas réunies. Cela se traduit par un manque de prestataires qualifiés (pas de médecin en zone rurale encore moins de

cardiologue, en cas d'HTA compliquée), manque d'antihypertenseurs, de plateau technique (les assurés sont obligés de parcourir des kilomètres pour le bilan médical) et la disponibilité temporelle. Les propos des enquêtés traduisent toutes les difficultés des uns et des autres en cas d'HTA :

Homme : « *mon docteur m'a prescrit des médicaments et comme y'avait pas à la pharmacie, on a remplacé, donc depuis ce temps c'est médicament avec petit comprimé (captopril) je prends* », IDE 1 : « *c'est moi qui les prends en charge* », « *Je suis le seul agent de santé du village, donc c'est moi qui fais tout* ». Devant le manque de ressources humaines qualifiées (absence de médecin en zone rural et le manque de cardiologue même en zone urbaine), les patients sont obligés de se déplacer le plus souvent vers la capitale ou d'autres zones urbaines pour des soins de qualité et à la recherche d'antihypertenseurs de spécialités ce qui alourdit le coût de la prise en charge.

En outre, la notion de commodité ne pose pas de problème dans la mesure où malgré la charge de travail du personnel soignant, il adapte leur heure de travail en fonction du besoin de la population, Femme en zone rurale « *le jour que je veux prendre ma tension je vais au centre et le docteur (IDE) me reçoit bien.* ».

En ce qui concerne l'acceptabilité, 80% des enquêtés trouvent le temps d'attente avant la consultation ou les soins « acceptables » et 83% ont une « bonne » appréciation de l'accueil, puis 72% affirment être bien traités (acceptable) par le prestataire. L'acceptabilité c'est aussi l'efficacité thérapeutique, c'est aussi les antihypertenseurs qui ne sont pas supportables par les patients.

La difficulté se trouve alors au niveau de la capacité financière, 83% des enquêtés ne sont pas assurés, alors la population est obligée de recourir au fractionnement des doses pour permettre le pouvoir d'achat périodique des médicaments.

En outre, cette étude a révélé que s'il y a un champ qui semble graduellement reprendre aujourd'hui sa place, c'est bien celui de la médecine traditionnelle. En effet près des trois quart (3/4) de la population étudiée utilise les médicaments traditionnels ; le fait d'accepter la médecine moderne et de croire à son efficacité n'est pas une barrière à d'autre recours. Ces données sont en concordance avec celle de DIALLO et al (2010) qui révélaient que 80 % des populations rurales sont soumises à la médecine traditionnelle pour répondre à leurs besoins en soins de santé (DIALLO et al., 2010). Ceci est en partie due au coût élevé des antihypertenseurs, les propos de certains patients et du personnel traitant viennent renforcer ce constat, Mme T.B. « *Bon, souvent je prends les feuilles de papayes sec là, je fais bouillir ça et puis je bois ; un verre le matin et puis un verre le soir* », Femme « *Je payais captopril, quand tu vas à la pharmacie, quand tu donnes 10 000, on te donne 1000 et quelques, c'est cher pour nous les pauvres. Il y a un, on*

*m'a prescrit, quand je donne 10 000, on me donne 100 francs», IDE 1 : « En ce qui concerne la PEC de l'HTA vue que c'est une maladie chronique dont le traitement est à vie, que les autorités mettent à disposition des antihypertenseurs gratuit pour la population particulièrement celle des zones rurales car il est difficile voire impossible pour certains hypertendus de suivre le traitement à cause du coût », surtout que S'agissant des antihypertenseurs, 88% des enquêtés estiment qu'ils sont très chers.*

Par ailleurs, il faut noter la présence de centre de santé de premier contact dans la zone d'étude. Cette accessibilité géographique est révélée avec la distance moyenne pour accéder à une structure sanitaire qui est inférieure à 5 km (2,43 Km). La plus grande proportion (60%) fait la distance à pied, ce qui devient un atout en termes de mesure hygiéno-diététiques pour les patients hypertendus.

### **III-3-Forces et limites de l'étude**

La particularité de cette étude tient du fait qu'elle apporte des données chiffrées sur les coûts réels auxquels sont confrontés les populations pour le traitement de l'HTA en zone rurale d'une part et d'autre part elle nous renseigne sur les caractéristiques socioéconomiques de l'HTA et d'accès aux soins en cas d'HTA en milieu rural. Il est important de noter par ailleurs que l'une des forces de cette études se retrouvent également dans le recueil de données qui a pu combiner deux techniques de collectes de données, ce qui a permis d'avoir en plus des données chiffrées, les perceptions, les attitudes, les croyances, et les zones de résistances sur le recours aux soins devant le poids économique de cette maladie qui a un impact sur l'individu et son entourage.

Cependant vu l'échantillon (N=128 pour les données qualitatives et n=35 pour les données quantitatives, (n) étant inclus dans (N)) de l'étude et le fait qu'elle a été réalisé dans une zone essentiellement rurale, elle comporte des limites qui méritent d'être soulignées. Il serait intéressant de faire la même étude sur un échantillon plus grand et dans des zones totalement rurales et urbaines, ce qui nous permettrait de faire ressortir les caractéristiques socio-démo-économiques typiques de la zone et le poids de la protection sanitaire ou non.

Par ailleurs, l'étude n'a pu évaluer le coût intangible qui permet de valoriser les conséquences immatérielles de la maladie sur le patient et son entourage ; et ce, à cause de son caractère subjectif et qualitatif ainsi que des difficultés rencontrées dans sa validation. Enfin, elle a occulté les coûts supportés par les centres de santé dans la production des soins en faveur des patients hypertendus.

### **III-4- Recommandations**

A l'issue de cette étude, et au vu des résultats qu'elle a fournis, les recommandations suivantes sont formulées :

#### **➤ Aux personnels soignants**

Le renforcement des capacités du personnel soignant (médecins généralistes, infirmiers) en matière de prévention de l'HTA. Cela consisterait à organiser de façon mensuelle ou bimensuelle des séminaires et des ateliers de formation sur la prise en charge de l'HTA non compliquée, ainsi que des EPU (enseignements post universitaire) sur la prise en charge de l'HTA et de ses comorbidités pour que ne soient référés que les cas aux extrêmes complications vue l'engorgement de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA). Pour ce faire, un processus de formation par les paires pourrait être mis en place : des médecins généralistes, des infirmiers formés et expérimentés pourraient être désignés dans chaque département sanitaire et se déplaceraient vers les structures de santé pour former et sensibiliser leurs consœurs et confrères à la problématique de la prise en charge de l'HTA ; cela avec un vocabulaire moins technique, des horaires et une périodicité adaptés à leur rythme de travail et le plus important que ces activités soient décentralisées vers les hôpitaux généraux et les centres de santé périphériques.

#### **➤ Aux autorités**

L'adoption d'une politique nationale de lutte contre l'HTA en Côte d'Ivoire devrait-être envisagée. Cette politique règlementerait les actions de prévention de cette maladie, et se traduirait notamment par la mise sur pied d'un comité d'experts chargé d'élaborer, de publier et d'évaluer les recommandations sur les pratiques du dépistage et de la prise en charge en cas d'HTA et de ses comorbidités. Ceci devrait conduire à la conception d'un guide pratique (protocole standard de prise en charge de l'HTA à chaque grade (légère (1), modérée (2), sévère (3)) à l'usage des professionnels de santé, qui serait distribué gratuitement dans tous les établissements de santé. Nous suggérons en outre, la mise en place de programmes d'information et de sensibilisation des populations par les médias et autres moyens de proximité incitant la population à réduire le sel dans leur alimentation, à lutter contre la surcharge pondérale, à promouvoir l'arrêt du tabagisme et à intégrer le sport dans leur habitude de vie.

Par ailleurs, il faudra davantage améliorer l'accès aux soins en renforçant le personnel médical dans les établissements de santé particulièrement les centres de santé des zones rurales. Mettre à disposition le matériel médical pour dépister et

prendre en charge correctement l'HTA pour éviter les complications. Cela suppose en plus du personnel médical qualifié, un équipement technique (électrocardiographe, laboratoires d'analyses médicales) et rendre les médicaments disponibles d'abord dans les officines internes. Pour ce qui est de l'accessibilité financière, une première mesure consisterait à baisser le prix des médicaments en zone rurale comme dans le district sanitaire de Taabo (Tokohiri, Amani Menou). La seconde mesure consisterait à promouvoir le prépaiement des soins à travers la couverture sanitaire universelle en mettant un accent particulier sur les maladies chroniques comme l'HTA qui nécessite un traitement à vie. Toutefois, une étude de faisabilité nationale centrée sur le point de vue médico-économique du décideur devrait précéder la mise en place d'une telle mesure pour que la réduction ou même la gratuité des antihypertenseurs en zone rurale et pour les personnes défavorisées en général dans le cas de l'équité soit pérenne.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CONCLUSION GENERALE

De cette étude, il ressort que l'HTA a de lourdes répercussions sur le malade et sa famille avec un accès aux soins difficile en milieu rural des hypertendus.

Le coût direct moyen du traitement mensuel (transport, consultations et rendez-vous de suivi, bilan médical de l'HTA, médicaments antihypertenseurs) s'élève à 17.931F CFA avec **7.290F CFA pour les médicaments** uniquement ce qui représente plus de **40% de ce coût** et constitue pour la seule pathologie 26,4% du revenu moyen mensuel de la population d'étude dont plus de 55% ont moins du SMIG.

Le coût indirect (la perte de productivité) moyen mensuel du traitement est également très élevés (13.350F CFA) avec plus de 2376 jours de travail perdus par an pour les 77% d'enquêtés qui ont une incapacité de travail ce qui constitue une perte de productivité énorme imputable à l'hypertension artérielle.

Le coût total moyen mensuel du traitement de l'HTA est de 31.281F CFA ce qui représente 46% du revenu moyen mensuel de la population d'étude. Cette dépense de santé pour la prise en charge d'une seule pathologie est catastrophique, pour un bon suivi du traitement de l'HTA, il serait judicieux de subventionner le coût des médicaments qui se prennent à vie.

Pour parvenir à réduire l'ampleur de ce fléau qui touche de plein fouet les populations rurales, les autorités et décideurs politiques doivent faire de la prévention et du contrôle de l'HTA un objectif prioritaire du gouvernement et des autorités locales, et mettre en œuvre des politiques d'accès aux soins en cas d'HTA à savoir personnel qualifié, disponibilité et accessibilité financières des antihypertenseurs.

Cette étude par son cadre opérationnel (essentiellement milieu rural), s'est limitée à la problématique des coûts supportés par les patients ruraux généralement non assurés. Elle donne cependant, des éléments de base pour entreprendre entre autres une étude coût efficacité des différents antihypertenseurs, en vue de permettre la prescription d'antihypertenseurs plus efficaces en première intention aux populations économiquement faibles dans un contexte de couverture sanitaire universelle.

**REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Alwan A., Maclean D., Riley L.M., d'Espaignet E., Mathers C., Stevens G. (2010), Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries, *Lancet*, 27;376 (9755):1861-8.
- 2- Audibert M., Mathonnat J., Bokossa M.J., Diabagaté A. (2000), système de production rizicole et maladies parasitaires dans l'Afrique de l'Ouest : aspects socioéconomiques, premiers résultats dans *la Policy and Planning*, Vol. 3 (10) : 284-295
- 3- Baltussen R., Ye Y., Haddad S., Sauerborn R. (2002), perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso », *Health Policy and planning*, Vol. 17 (1) : 42-48
- 4- Bamba K., Ouegnin G., Yapi A., Doucoure I. Kouye P. (2004), « La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire », Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone, *Rapport*.
- 5- BENETT S., CREESE A., MONASH R. (1998), Health insurance schemes for people outside formal sector employment, *ARA Paper*, N° 16.
- 6- BLAIS M-C. (2007), La solidarité : Histoire d'une idée, Paris, Gallimard, coll. *Bibliothèque des idées*.  
<https://questionsdecommunication.revues.org/1928>
- 7- Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom LR., Fathima S. (2011), The global economic burden of non-communicable diseases, *World Economic Forum*.
- 8- Bourgeois L. (1998), Solidarité, *Presses Universitaires du Septentrion*,  
<http://cediasbibli.org/7172>
- 9- Brigit Obrist, Nelly Iteba, Christian Lengeler, Ahmed Makemba, Christopher Mshana, Rose Nathan, Sandra Alba, Ange Dillip, Manuel W Hetzel, Iddy Mayumana, Alexander Schulze, Hassan Mshinda (2007), Access to health care in contexts of livelihoods insecurity: A framework for analysis and action, *Plos medicine* Vol. (4)
- 10- CHAWLA M., ELLIS R. (2000), The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger, *Health Policy and Planning*, Vol.15(1) :76-84
- 11- Cibert A. (1976), Comptabilité analytique, Dunod, Paris
- 12- Cibert A. (1976), Comptabilité analytique, Dunod, Paris
- 13- CNS CI. (2007-2008), *données des comptes nationaux de la santé CI*.



- 14- Diallo D., Guissou I.P., Haïdara M., Tall C., Kasilo O.M.J. (2010), Recherche sur la médecine traditionnelle africaine : hypertension, *Observatoire Africain de la santé*.
- 15- DRABO Y. J., Dembele A., Ouandaogo B.J., Serme D. (1992), Du traitement de l'hypertension artérielle au centre hospitalier régional de Fada N'gourma à propos de 110 cas, *Méd Afr Noire*, Vol 39 (1)
- 16- DUBRULLE L., JOURDAIN D. Comptabilité analytique de gestion sur D unod, 2007, 5 e édition
- 17- Dussalut G., Fournier P., Letourmy A., Preker A., Velenyi E., Carrin G. et al. (2006), L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté, Vol 1 (1) : 596p
- 18- Enquête Steps Côte d'Ivoire (2005), *Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles*.
- 19- Esler M. (1990), Overflow of catecholamine neurotransmitters to the circulation: source, fate and function. *Physiological reviews*, Vol. (70) :963-986.
- 20- Fang L. (2008), Rôle du système rénine-angiotensine intrarénal dans l'hypertension et les dommages rénaux chez les souris transgéniques diabétiques, *Thèse*, Université de Montréal, <http://hdl.handle.net/1866/3638>
- 21- Feldman R., Bacher M., Campbell N. (1998), Adherence to pharmacologic management of hypertension, *Canadian Journal of Public Health* ; Ottawa 89 (5) : 116-8.
- 22- Garin G. et Elvo K. (1991), les coûts de soins et leur recouvrement en Guinée, OMS Genève
- 23- Gilson L. (1997), Review paper. The lessons of user fee experience in Africa », in *health policy and planning*, Vol. 12 (4) : 273-285.
- 24- Hachimi S., Kengne A. (2014), Le défi de la prévention des maladies cardiovasculaires et ses perspectives en Afrique, *Les Presses de l'Université Laval*
- 25- Kelly-Irving M. Atallah A., Ruidavets JB., Inamo J., Lang T. (2008) l'hypertension artérielle en Guadeloupe: l'étude constant permet-elle de faire apparaitre des inégalités sociales ? Congrès national des observatoires régionaux de la santé-les inégalités de santé Marseille.
- 26- Kinouani Priskyne E. (2008), Evaluation des coûts économiques dus aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Maroc, *mémoire*.
- 27- Koffi N.M., Sally S.J., Kouame P., Silue K., Diarra A.J. (1995), Facies de l'hypertension artérielle en milieu professionnel à Abidjan, *santé tropicale*

- 28- Kramo G. (2015), *Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire : les enjeux et les défis*, <http://www.libreafrique.org/kramo-CMU-250215>.
- 29- Krzesinski J-M., Xhignesse P. (2007), Nouvelles directives pour la prise en charge de l'HTA, *Revue médicale de Liège*, Vol. 9 (62) : 566-574 <http://hdl.handle.net/2268/2864>
- 30- Lebrun M., Laurent P., Selke B. (1997), Conséquences socio-économiques et de qualité de vie de l'hypertension artérielle et de sa prise en charge, *Journées de la Société française d'hypertension artérielle* N°16 Vol.90, NSS (44p.)
- 31- Mariko M., CISSE B. (2000), Equité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé: cas de cinq capitales, *Rapport UNICEF*.
- 32- MARIKO, M., (2003), Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: the specific role of structural, process, and outcome components, *Social Science and medicine*, Vol.(56) :1183-1196
- 33- OMS (2000), maladies cardiovasculaires : l'hypertension Washington ,126<sup>e</sup> session du comité exécutif.
- 34- OMS, (2015), Maladies cardiovasculaires
- 35- PNDS CI, (2015), *Rapport revue*, p 31
- 36- PNDS CI, (2016-2020)
- 37- PNLMT, (2014), Plan d'Action Intégré de Prévention et de Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles en Côte d'Ivoire.
- 38- Salako L. (1993), Hypertension in Africa and effectiveness of its management with various classes of antihypertensive drugs and in different socio-economic and cultural environments, *Clin Exp Hypertens*, Vol. (15):997-1004
- 39- Seedat YK. (2000), Hypertension in developing nations in sub-Saharan Africa, Vol. (14):739-47
- 40- Siaka K., Thomas F., Fabienne N. J., Emmanuel L., Nahoua B., Kouamé A., Lukas G., Fabien Z., Louis I., Marcel T., Jürg U., Bassirou B., Daouda D., Eliézer K. (2015) : Causes of death in the Taabo health and demographic surveillance system, Côte d'Ivoire, from 2009 to 2011 ; *Glob Health Action*.
- 41- Tizio S., Flori Y. (1997), L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun, tome 152 (38) :pp. 837-858
- 42- UN. (2011), Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles Générale A New –York ,8(2).
- 43- WHO (2011a). : Cause-specific mortality: regional estimates for 2008, World Health Organization, Genève.

- 44- WHO (2011b). : Causes of death 2008: data sources and methods, World Health Organization, Genève.
- 45- WHO/ISH. (2003): World Health Organization, International Society of Hypertension Statement on management of hypertension.
- 46- Williams A. (1970), cost benefit analysis the managed economy, Cairncross A. (ed) Oxford Blackwell.
- 47- Yessito C., Houehanou S. (2015), Epidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaire en population tropicale - cas du Bénin. Médecine humaine et pathologie, Université de Limoges.
- 48- Zabsonre P., Sanou G., Avanzini F., Tognoni G. (2002), Connaissance et perception des facteurs de risque cardio-vasculaires en Afrique sub-saharienne, *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, Vol 1 (95) : pp 23-28.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



**ANNEXES**

## ANNEXES

### Annexe 1 : Fiche d'enquête

#### Analyse des coûts socioéconomiques de l'hypertension artérielle dans le district sanitaire de Taabo

Juillet 2017 - CSRS-CESAG

Le présent questionnaire s'inscrit dans le cadre de la préparation d'un mémoire de fin d'étude en MBA en Economie de la santé. Aucune information permettant de vous identifier ne sera collectée dans ce questionnaire et le support papier sera détruit à la fin de l'étude. Les informations que vous aurez fournies seront exclusivement utilisées à des fins scientifiques et

IDENTIFICATION	
1. Date d'enquête	<input type="text"/>
2. Numéro identifiant	<input type="text"/>
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES	
3. Quel âge avez-vous ? <i>La réponse est obligatoire.</i>	<input type="text"/>
4. Vous êtes de sexe ? <input type="radio"/> 1. Masculin <input type="radio"/> 2. Féminin	8. Quel est votre statut dans le ménage ? <input type="radio"/> 1. Chef de ménage <input type="radio"/> 2. enfant <input type="radio"/> 3. membre de la famille
5. Quel est votre statut matrimonial ? <input type="radio"/> 1. Célibataire <input type="radio"/> 2. Marié monogame <input type="radio"/> 3. Marié polygame	9. Quel est le nombre de personnes dans le ménage? <input type="text"/>
6. Quel est votre niveau d'instruction ? <input type="radio"/> 1. Analphabète <input type="radio"/> 2. Primaire <input type="radio"/> 3. Secondaire <input type="radio"/> 4. Universitaire	10. Si chef de ménage, combien d'adulte et d'enfants à votre charge ? <input type="text"/>
7. Quel est / ou était, votre fonction ? <input type="text"/>	
CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES et DONNEES SUR HTA	
11. Avez-vous une source de revenu ? <input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non	14. Depuis quand avez-vous l'HTA ? <input type="text"/>
12. Si 'oui est-elle stable ?', précisez : <input type="text"/>	15. Comment avez-vous su que vous êtes hypertendus ? <input type="text"/>
13. Quel est votre revenu mensuel ? <input type="radio"/> 1. Moins de 20.000 fcfa <input type="radio"/> 2. Entre 20.001 et 30.000 fcfa <input type="radio"/> 3. Entre 30.001 fcfa et 40.000 fcfa <input type="radio"/> 4. 40.001 à 50.000 <input type="radio"/> 5. Entre 50.001 fcfa et 75.000 fcfa <input type="radio"/> 6. Entre 75.001 fcfa et 100.000 fcfa <input type="radio"/> 7. Entre 100.001 fcfa et 150.000 fcfa <input type="radio"/> 8. Entre 151.000fcfa et 200.000fcfa <input type="radio"/> 9. Entre 200.001 fcfa et plus	16. Pour votre HTA, êtes-vous suivi par ? <input type="checkbox"/> 1. 1. Médecin <input type="checkbox"/> 2. 2. Infirmier <input type="checkbox"/> 3. 3. Tradipraticien <input type="checkbox"/> 4. 4. Voyant <i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i>
	17. Combien de fois faites-vous un bilan de santé ? <input type="radio"/> 1. jamais <input type="radio"/> 2. une fois/an <input type="radio"/> 3. deux fois/an <input type="radio"/> 4. plus de deux fois/an <input type="radio"/> 5. autre
	18. Combien faites-vous d'examens complémentaires ? <input type="radio"/> 1. A chaque consultation <input type="radio"/> 2. Tous les 3 mois <input type="radio"/> 3. Tous les six mois <input type="radio"/> 4. Une fois par an

<p>19. Combien vous coûte vos examens paracliniques à chaque consultations ?</p> <input type="text"/>	<p>28. Si non, combien vous coûte le transport de l'accompagnant ?</p> <input type="text"/>
<p>20. Qui paye vos médicaments et vos examens ?  <input type="radio"/> 1. Moi-même <input type="radio"/> 2. famille <input type="radio"/> 3. assurance</p>	<p>29. Quels retentissements votre état de santé a sur votre travail ?  <input type="checkbox"/> 1. Diminué le temps de travail par jour (fatigue précoce)  <input type="checkbox"/> 2. Diminué le nombre de jour de travail par semaine  <input type="checkbox"/> 3. Empêche de travailler  <i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i></p>
<p>21. Combien de médicament prenez-vous par jour ? <input type="text"/></p>	<p>30. Si oui de combien de temps ? <input type="text"/></p>
<p>22. Quels sont ces médicaments et leur prix ?  <input type="text"/></p>	<p>31. Avez-vous de l'eau courante et de l'électricité chez vous ?  <input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non <input type="radio"/> 3. autre</p>
<p>23. Où achetez-vous les médicaments ?  <input type="radio"/> 1. Officine (Pharmacie privée) <input type="radio"/> 2. Pharmacie de l'hôpital  <input type="radio"/> 3. Vendeuse de la rue <input type="radio"/> 4. Tradipraticien</p>	<p>32. Si 'autre', précisez : <input type="text"/></p>
<p>24. Quelle est la fréquence de vos consultations ou rendez-vous avec le médecin ?  <input type="radio"/> 1. Tous les mois <input type="radio"/> 2. Tous les 3 mois  <input type="radio"/> 3. Tous les 6 mois</p>	<p>33. Etes-vous sur un régime hygiéno-diététique ?  <input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non</p>
<p>25. Combien coûte chaque consultation ?  <input type="text"/></p>	<p>34. Si oui, quel est ce régime ?  <input type="text"/></p>
<p>26. Combien vous coûte le transport à chaque consultation ?  <input type="text"/></p>	<p>35. A combien estimez-vous les dépenses journalière que vous impose ce régime ?(A ramener au coût mensuel)  <input type="text"/></p>
<p>27. Allez-vous seul à l'hôpital ou au centre de santé pour vos soins ?  <input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. non</p>	<p>36. Etes-vous assurez ?  <input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non</p>
<b>RECOURS AUX SOINS</b>	
<p>37. Quelle est la distance entre le centre de santé et votre lieu d'habitation ?  <input type="radio"/> 1. Moins de 1 Km <input type="radio"/> 2. 1 km <input type="radio"/> 3. 2 Km  <input type="radio"/> 4. 5 km <input type="radio"/> 5. plus de 5 km</p>	<p>43. Les coûts des médicaments sont-ils à votre portée ?  <input type="radio"/> 1. Acceptables <input type="radio"/> 2. Chers <input type="radio"/> 3. très chers <input type="radio"/> 4. autre</p>
<p>38. Etes-vous satisfait de la prestation offerte ?  <input type="radio"/> 1. Pas satisfait <input type="radio"/> 2. un peu satisfait <input type="radio"/> 3. satisfait  <input type="radio"/> 4. très satisfait</p>	<p>44. Temps d'attente lors des consultations,est-il long ou acceptable ?  <input type="radio"/> 1. long <input type="radio"/> 2. acceptable</p>
<p>39. Avez-vous confiance en la médecine moderne ?  <input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non</p>	<p>45. Comment trouvez-vous l'accueil à l'hôpital, lors de vos consultation ?  <input type="radio"/> 1. Bonne <input type="radio"/> 2. mauvaise <input type="radio"/> 3. autre</p>
<p>40. Avez-vous uniquement recours à la médecine moderne pour vos soins ?  <input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non</p>	<p>46. Comment jugez-vous la Qualité des soins par les prestataires ?  <input type="radio"/> 1. très satisfaisante <input type="radio"/> 2. acceptable <input type="radio"/> 3. autre</p>
<p>41. Si non à quel autre type de praticien avez-vous recours ?  <input type="checkbox"/> 1. Tradipraticien <input type="checkbox"/> 2. Médecine orientale (chinoise)  <input type="checkbox"/> 3. les voyants <input type="checkbox"/> 4. Autre  <i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i></p>	<p>47. Qu'est ce qui faciliterait votre venue au centre de santé, en cas de maladie ?  <input type="radio"/> 1. La réduction du coût du traitement  <input type="radio"/> 2. La construction d'autres centre de santé  <input type="radio"/> 3. La qualité des soins</p>
<p>42. Les coûts des consultations sont-ils à votre portée ?  <input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non</p>	<p>28. Si non, combien vous coûte le transport de l'accompagnant ?  <input type="text"/></p>
<p>19. Combien vous coûte vos examens paracliniques à chaque consultations ?  <input type="text"/></p>	<p>28. Si non, combien vous coûte le transport de l'accompagnant ?  <input type="text"/></p>

### L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC

- 1- Identification de l'enquêté (Nom, prénom, âge, religion, niveau d'instruction, situation matrimoniale...)
- 2- Depuis combien d'années vous souffrez de cette maladie ?
- 3- Pouvez-vous me parler de votre expérience lors du diagnostic de l'HTA? (Personnes présentes et leurs réactions, sentiments personnels...)
- 4- Le médecin ou l'infirmier vous a-t-il expliqué et réussi à vous faire accepter le diagnostic ?
- 5- Y- a- t-il eu des retombées de cet évènement : à la maison, dans vos activités, vos habitudes alimentaires?

### LE RECOURS AUX SOINS ET L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

- 6- De quelle façon essayez-vous de contrôler votre (par les mesures hygiéno-diététique) Pression Artérielle, (« votre tension »)?
- 7- Avez-vous recours à la médecine moderne pour la prise en charge de l'Hypertension artérielle ?
- 8- Comment trouvez-vous le soutien des professionnels de la santé (infirmières, médecins, pharmaciens) ? Racontez-moi une expérience de soutien aidant et moins aidant dans la prise en charge de votre hypertension.
- 9- Quelle est la distance du centre de santé par rapport à votre lieu d'habitation ?
- 10- Comment trouvez-vous le temps d'attente au centre de santé, la qualité des soins, l'accueil..?
- 11- Avez-vous recours à d'autres soins autres que ceux de la médecine moderne ?
- 12- Comment trouvez-vous la prise en charge des tradipraticiens ? Racontez-nous une expérience vécue.

### LE POIDS ECONOMIQUE DE LA MALADIE

- 13- Vous demande-t-on des examens para cliniques à réaliser pendant les consultations ? Si oui, lesquels et combien coûtent-ils?
- 14- Quels médicaments vous ont été prescrits et quels sont leurs coûts ?
- 15- Arrivez-vous à payer vos médicaments chaque mois (réponse à étayer) ?
- 16- Quel serait votre choix si on devait prendre en charge soit les médicaments soit les examens, soit les consultations ?
- 17- Pouvez-vous aller seul à vos consultations ?
- 18- Si non, ceux qui vous accompagnent ont-ils des activités professionnelles qui les occupent dans la journée ?
- 19- Payez-vous personnellement vos médicaments ?

- 20- Si non, quelle est la profession de celui qui paie vos médicaments et quelle est sa réaction par rapport à cette charge supplémentaire ?
- 21- Cette personne paie-t-elle régulièrement vos médicaments tous les mois ?

### **LA PERCEPTION, LA CONNAISSANCE DE L'HTA ET L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE (CMU)**

- 22- Que pensez-vous aujourd'hui de l'HTA « tension » ?
- 23- Quels conseils donnerez-vous à un homme atteint d'HTA « tension » ?
- 24- Qu'est-ce qui vous stress le plus ? Le coût du traitement ou le fait de boire les médicaments chaque jour ?
- 25- Quelles sont les propositions que vous pouvez faire pour la prise en charge de l'HTA « tension » dans votre localité ?

CESAG - BIBLIOTHEQUE



### **Annexe 3 : Guide d'entretien individuel adressé au personnel soignant**

#### **LES MEDECINS ET INFIRMIERS**

- 1- Identification de l'enquêté (Nom, prénom, profession, le nom de la structure)
- 2- Depuis combien d'années exercez-vous ?
- 3- Qui prend en charge les hypertendus dans votre structure ?
- 4- Si lui-même avez-vous en dehors de votre formation de médecin fait des formations de renforcement de capacité sur la prise en charge de l'hypertension artérielle ?
- 5- Quel type d'HTA prenez-vous en charge ?
- 6- Le dépistage de l'hypertension artérielle chez vos patients est-il précoce ou tardif ?
- 7- Quelle est la fréquence des consultations ?
- 8- Combien coute les consultations ?
- 9- Quels sont les examens paracliniques demandés dans le cadre de l'HTA au D.S de Taabo ? Pourquoi ?
- 10- Les examens sont-ils réalisés par les patients ?
- 11- Quel type d'antihypertenseurs prescrivez-vous généralement ? Pourquoi ?
- 12- Quels sont les antihypertenseurs généralement prescrit ? Pourquoi ?
- 13- Comment se fait le suivi du traitement par les patients ?
- 14- Quel est votre commentaire par rapport à la P.E.C de l'HTA à Taabo

#### **PHARMACIE : PHARMACIEN – PREPARATEUR GESTIONNAIRE DE PHARMACIE – AUXILIAIRE EN PHARMACIE**

- 1- Identification de l'enquêté (Nom, prénom, profession, le nom de la structure)
- 2- Depuis combien d'années exercez-vous ?
- 3- Quel sont les antihypertenseurs dont vous disposez ?
- 4- Quel sont les antihypertenseurs généralement prescrit ?
- 5- Quels sont leur prix ?
- 6- D'autres médicaments sont-ils prescrits en dehors des antihypertenseurs dans la prise en charge de l'HTA ?
- 7- Est-ce que les patients viennent contrôler leur T.A dans votre officine ? Si oui à quel prix ?
- 8- Les patients hypertendus ont-ils recours à la pharmacie avec ou sans ordonnance ?
- 9- Quel est votre commentaire par rapport à la P.E.C de l'HTA à Taabo ?

### **EXAMENS PARACLINIQUES : TECHNICIEN BIOLOGISTE, TECHNICIEN D'IMAGERIE MEDICALE**

- 1- Identification de l'enquêté (Nom, prénom, profession, le nom de la structure)
- 2- Depuis combien d'années exercez-vous ?
- 3- Quels sont les examens généralement demandé dans le cadre de la PEC de l'HTA ?
- 4- Quel sont les examens réalisés dans votre structure de santé ?
- 5- Quels sont les prix des examens réalisés dans votre structure ?
- 6- Avez-vous un commentaire sur la PEC de l'HTA?

### **TRANSPORT**

- 1- Identification de l'enquêté (Nom, prénom, profession, le nom de la structure)
- 2- Combien coûte le transport de :
  - Taabo-Abidjan en car
  - Taabo cité à Amani-menu
  - Taabo cité à Tokihiri

**Annexe 4 : Composition du ménage**

- Q9 : Quel est le nombre de personnes dans le ménage?

Nombre de personne	Effectif	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
02	3	8,6	8,6	8,6
03	2	5,7	5,7	14,3
04	4	11,4	11,4	25,7
05	1	2,9	2,9	8,6
06	2	5,7	5,7	34,3
07	5	14,3	14,3	48,6
08	3	8,6	8,6	57,1
09	3	8,6	8,6	65,7
10	3	8,6	8,6	74,3
11	2	5,7	5,7	80,0
12	3	8,6	8,6	88,6
14	1	2,9	2,9	91,4
20	1	2,9	2,9	94,3
22	1	2,9	2,9	97,1
6	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0		

N	Valide	35
	Manquante	0
	Moyenne	8,03
	Minimum	02
	Maximum	22

- Q10 : Si chef de ménage, combien d'adulte et d'enfants sont à votre charge ?

Nombre de personne	Effectif	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2	5,7	5,7	5,7
00	1	2,9	2,9	8,6
01	2	5,7	5,7	14,3
02	5	14,3	14,3	28,6
03	2	5,7	5,7	34,3
04	2	5,7	5,7	40,0
05	5	14,3	14,3	5,7
06	4	11,4	11,4	65,7
07	2	5,7	5,7	71,4
08	1	2,9	2,9	74,3
09	3	8,6	8,6	82,9
10	3	8,6	8,6	91,4
12	1	2,9	2,9	94,3
18	2	5,7	5,7	100,
Total	35	100,0	100,0	

N	Valide	35
	Manquante	0
	Moyenne	5,77
	Minimum	0
	Maximum	18

**Annexe 5 : Ancienneté de l'HTA**

- Q14 : Depuis quand avez-vous l'HTA ?

Nombre d'année	Effectif	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1	3	8,6	8,6	8,6
2	5	14,3	14,3	22,9
3	6	17,1	17,1	40,0
4	1	2,9	2,9	42,9
5	6	17,1	17,1	60,0
7	2	5,7	5,7	65,7
8	1	2,9	2,9	68,6
9	1	2,9	2,9	71,4
10	2	5,7	5,7	71,1
14	2	5,7	5,7	82,9
15	2	5,7	5,7	88,6
17	1	2,9	2,9	91,4
20	1	2,9	2,9	94,3
24	1	2,9	2,9	97,1
39	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

N	Valide	35
	Manquante	0
	Moyenne	7,83
	Médiane	5,00
	Minimum	1
	Maximum	39
	Ecart type	8,03

### Annexe 6 : Calcul du Coût moyen de la consultation

- Q29 : Combien coûte chaque consultation ?

Coût de la consultation (1)	Fréquence (n) (2)	(1)* (2)
100	19	1.900
500	8	4.000
1000	3	3.000
2800	5	14.000
Total	35	22.900

N	Valide	35
	Manquante	0
	Moyenne	654,29
	Minimum	100
	Maximum	2800

### Annexe 7 : Calcul du coût moyen pondéré mensuel du bilan médical de l'HTA

- Combien de fois faites-vous un bilan médical HTA par an ?
- Q20 : Combien coûte votre bilan de santé HTA par an ?

Fréquence de réalisation du bilan médical (1)	Coût du bilan médical (2) en FCFA	Fréquence (nombre d'enquête) (3)	Produit entre (1)*(2)*(3)
Jamais	0	28	0
Une seule fois	60.000	01	60.000
	80.000	01	80.000
	100.000	02	200.000
	110.000	01	110.000
	120.000	01	120.000
Deux fois (70000*2=140000)	140.000	01	140.000
Total		7/35	710.000
Moyenne mensuelle			101.428,5714
Moyenne annuelle			8.452,38

**Annexe 8** : Calcul du coût du moyen mensuel des antihypertenseurs

- Q25 : Combien vous coutent les médicaments par mois ?

Combien vous coutent (en Fcfa) vos médicaments d'HTA chaque mois ?	Fréquence (n)	coût mensuel pondéré à la fréquence (n)
5825	5	0
5100	3	15300
5150	2	10300
2300	3	6900
3000	5	15000
5000	1	5000
8300	1	8300
3675	3	11025
10900	1	10900
12500	1	12500
9125	1	9125
6550	1	6550
5925	1	5925
16650	3	49950
14125	1	14125
5240	1	5240
16900	1	16900
23000	1	23000
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>226040</b>

N	Valide	35
	Manquante	0
	Moyenne	7290,429
	Minimum	2300
	Maximum	23000

**Annexe 9** : Le coût moyen supplémentaire engendré par le MHD

Q39 : A combien estimez-vous les dépenses journalière que vous impose ce régime ? (A ramener au coût mensuel)

Nature	Coût mensuel des Dépenses imposées par le régime (MHD)	Fréquence (n/N)	MHD * n
-sel de pharmacie	1800	6	10.800
-Cardioaspirine	1900	5	3.800
-Sel et cardioaspirine	3700	2	18.500
-Regime alimentaire	30000	1	30.000
Total		14/35	63.100

n/N	Valide	14/35
	Manquante	
	Moyenne	21
	Minimum	4121,129
	Maximum	2300

**Annexe 10** : Temps de travail perdu par mois

Q 33 : Quels retentissements votre état de santé a sur votre travail ?

Temps de travail perdu par semaine (1)	Temps de travail perdu par semaine ramené au mois (2)	Fréquence (n/N) (3)	(2) * (3)
<b>Incapacité Permanente Partielle (IPP)</b>			
6H/Sem	1 jour/mois	09	09
18H/Sem	3 jours/mois	02	06
30H/Sem	5 jours/mois	03	15
36H/Sem	6 jours/mois	02	12
2J/Sem	8 jours/mois	04	32
3J/Sem	12 jours/mois	02	24
Total IPP		22/35	98 Jours
<b>Incapacité Permanente Totale (IPT)</b>			
5jours/semaine	20 jours/mois	05/35	100 Jours
Totaux des jours de travail perdus par mois (IPP +IPT)			198 Jours