

EQUIPE « STOP NCD » DU LASDEL

LA LUTTE CONTRE LE DIABÈTE ET  
L'HYPERTENSION AU NIGER : UN  
DIAGNOSTIC QUALITATIF

**EQUIPE « STOP NCD » DU LASDEL**

**Investigatrice principale :**

Aïssa DIARRA

**Co-investigateurs :**

Saidou OUMAROU

Salamatou ABDOUL KARIM YAMBA

Téoma OUSSEINI

Babba Gana ELHADJI MOUSTAPHA CHETIMA

Farouck GAOH

Ibrahim NASSIROU

Abdoulaye OUSSEINI

**Responsable contrôle et qualité**

Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SIGLES ET ABBREVIATIONS</b>	<b>V</b>
<b>PREFACE</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>METHODOLOGIE</b>	<b>19</b>
<b>LES PRINCIPALES PRIORITES DE LA POLITIQUE DE SANTE DANS LE PAYS</b>	<b>21</b>
<b>SYSTEME DE SANTE ET FORMATIONS SANITAIRES DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES</b>	<b>37</b>
<b>STRUCTURES COMMUNAUTAIRES ET DISPOSITIFS DE GOUVERNANCE</b>	<b>55</b>
<b>CONTRAINTES</b>	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
<b>CONCLUSION</b>	<b>81</b>



## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CDMLMNT	Coordination Départementale Multisectorielle de lutte contre les Maladies Non Transmissibles
CHR	Centre Hospitalier Régional
CNLC	Centre National de Lutte contre le Cancer
CNS	Conseil National de la Santé
COGES	Comité de Gestion de Santé
CRMLMNT	Coordination Régionale Multisectorielle de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centre de Santé Mère-Enfant
DEP	Direction des Études et de Programmation
DHIS2	Système d'Information Sanitaire
DRSP	Directions Régionales de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
ENABEL	Agence de Développement de l'État Fédéral Belge
EPA	Établissements Publics à caractère Administratif
FC	Fonds Commun
FORSANI	Forum Santé Niger
HD	Hôpital de District
HEARTS	Approche stratégique pour l'amélioration de la santé cardiovasculaire
HTA	Hypertension Artérielle
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PAA	Plan d'Action Annuel
PNLMNT	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PNS	Politique Nationale de Santé
PSNMLMNT	Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles et les Traumatismes
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SONED	Société Nigérienne des Diabétologues
STEPS	Approche par étape de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des MNT
STOP-NCD	Stop Non-Communicable Diseases
WHO-PEN	Paquet d'interventions essentielles pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles
CDMLMNT	Coordination Départementale Multisectorielle de lutte contre les Maladies Non Transmissibles
CHR	Centre Hospitalier Régional

*DIABÈTE ET HYPERTENSION AU NIGER : QUALI*

CNLC	Centre National de Lutte contre le Cancer
CNS	Conseil National de la Santé
COGES	Comité de Gestion de Santé
CRMLMNT	Coordination Régionale Multisectorielle de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centre de Santé Mère-Enfant
DEP	Direction des Etudes et de Programmation
DHIS2	Système d'information sanitaire
DRSP	Directions Régionales de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
ENABEL	Agence de Développement de l'État Fédéral Belge
EPA	Établissements Publics à caractère Administratif
FC	Fonds Commun
FORSANI	Forum Santé Niger
HD	Hôpital de District
HEARTS	Approche stratégique pour l'amélioration de la santé cardiovasculaire
HTA	Hypertension Artérielle
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PAA	Plan d'Action Annuel
PNLMNT	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PNS	Politique Nationale de Santé
PSNMLMNT	Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles et les Traumatismes
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SONED	Société Nigérienne des Diabétologues
STEPS	Approche par étape de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des MNT
STOP-NCD	Stop Non-Communicable Diseases
WHO-PEN	Paquet d'interventions essentielles pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles

## PRÉFACE

Ce rapport est le résultat des recherches qualitatives menées par le LASDEL au Niger en juillet et août 2023, dans le cadre du programme Stop-NCD qui couvre trois pays d'Afrique de l'Ouest que sont le Burkina Faso, le Ghana et le Niger. Il est mis en œuvre par cinq institutions d'enseignements et de recherche : 1) Ghana College of Physicians and Surgeons (GCPS) au Ghana ; 2) London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) au Royaume-Uni ; 3) Ashesi University au Ghana ; 4) Catholic University of West Africa (CUWA) au Burkina Faso ; 5) le Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL) au Niger. Il est financé par le National Institute for Health and Care Research (NIHR). Il porte spécifiquement sur l'hypertension, le diabète et les troubles mentaux associés à ces deux maladies non transmissibles (MNT).

Le rapport analyse la politique de lutte contre ces MNT et sa mise en œuvre sur le terrain, et décrit les modalités concrètes de prévention et de prise en charge du diabète et de l'hypertension ainsi que des troubles mentaux qui leur sont liés dans le système de santé nigérien, dans la pyramide sanitaire, et au niveau communautaire. Il s'appuie sur de nombreux entretiens avec des soignants, des malades et d'autres acteurs concernés, qui témoignent de leurs perceptions, de leurs craintes, de leurs difficultés, de leurs pratiques.

De cette enquête il ressort un constat irrécusable, capital pour toute tentative d'améliorer la lutte contre les MNT au Niger : la grande majorité de la population frappée par le diabète et l'hypertension ne reçoit pas actuellement des soins accessibles et efficaces. La prise en charge de la lutte contre ces deux MNT par le système de santé nigérien est défailante, malgré quelques projets pilotes prometteurs çà et là et le dévouement de nombreux personnels de santé. L'étude quantitative menée par Ibrahim Nassirou confirme cette conclusion (cf. *Etudes et Travaux du LASDEL* n°141)

**Disons-le clairement : le diabète et l'hypertension, longtemps perçus comme des « maladies de riches » et aujourd'hui répandus dans toutes les couches sociales, sont devenus des maladies qui frappent bien plus durement les pauvres.**

Pour trouver des solutions, un diagnostic rigoureux s'impose en effet, même s'il met en évidence des problèmes, et surtout s'il met en évidence des problèmes !

Faisons donc un bref inventaire des quatre principaux problèmes évoqués dans ce rapport qui justifient ce constat, et à partir desquels des pistes d'action peuvent être proposées :

1. **Les pauvres sont presque totalement ou totalement exclus de la prise en charge de ces maladies**, en raison du coût très élevé des traitements, des examens, et des déplacements vers des hôpitaux éloignés souvent seuls à être à même de leur fournir les prestations indispensables. En l'absence de toute prise en charge par l'Etat (contrairement aux fonctionnaires pris en charge par des mutuelles) ils sont donc condamnés aux complications et à une fin de vie anticipée
2. **Les molécules ou petits matériels indispensables pour diagnostiquer le diabète et l'hypertension et les gérer au quotidien au niveau du patient ou de son soignant référent, afin de prévenir les complications, font le plus souvent défaut au niveau des centres de santé primaire (CSI)**, qui sont pourtant la base de la pyramide sanitaire pour les couches populaires (la petite et la grande bourgeoisie urbaine ne les fréquentent pas et peut accéder à des soins hospitaliers, fréquemment privés). De même les personnels des CSI n'ont pas le plus souvent les compétences nécessaires sur ces deux MNT
3. Ces deux premiers problèmes sont en partie des conséquences du troisième : **les MNT ne sont pas du tout dans les faits, et malgré les intentions affichées, des priorités de la santé publique au Niger. Cela reste une préconisation des bailleurs de fonds non appropriée nationalement**. C'est un secteur qui vit dans le dénuement. Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles, qui a en charge la lutte contre ces MNT, n'a que des moyens dérisoires. L'Etat n'investit pas du tout dans ce domaine, et les seules activités menées sont celles qui sont financées par des partenaires extérieurs, et qui prennent fin dès que le projet qui les finance se retire.
4. Une dernier facteur intervient : **l'absence de coordination, l'absence de cohérence et l'absence de plan d'ensemble qui règne dans les interventions des PTF relatives aux MNT**. Chacun développe ses propres programmes comme bon lui semble et de façon sporadique, privilégiant telle ou telle zone, tel ou tel dispositif.



Par ailleurs, l'enquête a montré qu'on trouve au Niger les mêmes difficultés qui ont déjà été soulignées dans les travaux déjà réalisés sur les MNT dans d'autres pays d'Afrique :

- **Le retard dans la détection** : les symptômes du diabète et de l'hypertension sont peu lisibles, partagés avec d'autres pathologies, ce qui n'incite pas le malade à rechercher un diagnostic ; quant aux personnels de santé des CSI ils proposent d'autant moins un diagnostic qu'ils sont peu ou pas formés aux MNT. Cette absence de diagnostics précoces favorise la survenue des complications, ayant souvent des conséquences graves, et qui impliquent des prises en charges plus lourdes et plus coûteuses
- **Il y a peu de dialogue soignant/soigné**, peu d'écoute des patients, peu d'explications et de conseils fournis aux patients, alors que ces deux MNT demandent un suivi plus important encore que la plupart des autres pathologies et une aide active des soignants à la prise en charge par le patient lui-même de la gestion de sa maladie
- **Comme toute maladie chronique, diabète et hypertension sont perçus comme des échecs de la biomédecine, ce qui incite les malades à recourir à des thérapies populaires alternatives, traditionnelles ou néo-traditionnelles, alimentées par d'innombrables rumeurs**
- **Les mesures que doivent prendre les patients eux-mêmes, en particulier les modifications du régime alimentaire, sont très difficiles à appliquer dans le contexte social des repas familiaux** En outre le coût d'aliments adaptés aux malades est souvent prohibitif pour les familles pauvres
- **Les statistiques disponibles sur les MNT sont peu nombreuses, et elles sous-estiment très largement l'ampleur et l'impact de ces maladies.** Une réflexion devrait être engagée sur ce problème important : comment connaître la prévalence réelle de ces deux MNT, en particulier dans les milieux populaires ?
- **Enfin, il est très difficile d'évaluer l'impact réel des opérations de sensibilisation de la population menées à travers les relais communautaires, les autorités coutumières et les radios ou télévisions locales ou nationales.** Ce sont des activités qu'il est assez

facile de programmer, de financer, de mener, et de justifier, mais contribuent-elles de façon significative à une modification réelle des comportements ? Cela mériterait une réflexion et l'élaboration d'une méthodologie d'enquête sur ce thème.

Rappelons enfin que les résultats de ce diagnostic qualitatif sont inséparables de la méthode employée par le LASDEL depuis longtemps, qui relève de la nouvelle anthropologie de la santé : la familiarité des chercheurs avec les contextes investigués, l'observation in situ, des entretiens individuels pilotés, des études de cas, et une attention portée aux contre-exemples, à l'imprévu, aux écarts et discordances. L'enquête ne se réduit pas à une série de réponses à une série de questions préalables, à remplir les cases d'un tableau préétabli, elle fait au contraire émerger de nouvelles questions au fur et à mesure de son déroulement, elle suit les nouvelles pistes qui apparaissent au fil des interactions des chercheurs avec les divers groupes stratégiques concernés.

Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN (LASDEL)

# **LA LUTTE CONTRE LE DIABÈTE ET L'HYPERTENSION AU NIGER : UN DIAGNOSTIC QUALITATIF**

EQUIPE « STOP-NCD » LASDEL

## **INTRODUCTION**

### **Questions de recherche**

A l'instar des autres pays en développement, le Niger fait face à une forte augmentation des cas de MNT. Bien que rares, les études et les estimations disponibles laissent apparaître une augmentation de leur incidence, particulièrement ces dernières années (MSP, 2012). Ainsi on constate que 30 % des décès enregistrés chaque année sont dus aux MNT et le risque de décès prématuré dû aux MNT est de 21% au Niger (OMS, 2022). Selon les résultats de l'enquête STEPS réalisés en 2021 chez les adultes de 18 à 69 ans, la prévalence des facteurs de risque des MNT est en augmentation, avec un niveau élevé par rapport à l'objectif visé par les instances internationales et nationales. Ces statistiques témoignent d'une situation de santé publique préoccupante sur laquelle il faut agir urgemment. La stratégie de lutte mise en place par le Niger est fondée sur une approche multisectorielle consistant dans ses objectifs : 1) à donner à la lutte contre les MNT un degré de priorité plus élevé ; 2) au renforcement de la gouvernance au sein du système de santé ; 3) à la réduction des facteurs de risque modifiables ; 4) à la promotion de la recherche-action ; 5) à une évaluation rigoureuse des programmes de prévention et de prise en charge.

La recherche-action « *Stop NDC (Non Communicable Diseases)* » vise à accompagner l'atteinte de ces objectifs gouvernementaux en mettant à la disposition des décideurs et des partenaires du développement des données probantes, fiables et pertinentes permettant de contribuer au renforcement des politiques et programmes existants et visant une meilleure prise en charge des maladies non transmissibles, mais aussi de lutter efficacement contre la prévalence de ces maladies.

Le présent rapport est le fruit du volet qualitatif de l'analyse contextuelle qui constitue le premier paquet de travail du programme Stop-NCD. Il vise à approfondir la compréhension des influences contextuelles et contribuer à orienter des interventions efficaces de prévention, de diagnostic et de prise en charge des MNT au Niger et plus largement en Afrique de l'Ouest. Les enquêtes ont été menées sur la base de quelques questions de recherche ci-après.

WP	Thème de recherche		
	Thème 1 : Soutien individuel et communautaire	Thème 2 : Soutien aux établissements de soins de santé primaires	Thème 3 : Soutien aux systèmes et aux politiques
WP1 : Analyse du contexte et synthèse des données	<p>1.1. Quels sont les caractéristiques et les comportements individuels, ainsi que les facteurs environnementaux et contextuels (par exemple, les normes sociales, les traditions, les revenus et les moyens de subsistance, le sexe, le pouvoir) qui permettent ou entravent la lutte contre les MNT dans chaque pays, et comment ?</p> <p>1.2. Quels sont les acteurs communautaires impliqués dans la lutte contre les MNT, et comment leurs rôles, leurs intérêts et leurs pouvoirs influencent-ils les décisions et les pratiques en matière de MNT ?</p> <p>1.3. Quelles sont les interventions au niveau individuel et communautaire qui favorisent une vie saine, le dépistage et la gestion des MNT dans les pays en développement ?</p> <p>Afrique occidentale et saharienne, et quelles sont les preuves de leur efficacité ?</p>	<p>2.1. Quelles sont les possibilités et les contraintes liées à l'intégration des soins des MNT dans les établissements de soins de santé primaires, y compris le soutien du personnel, la documentation, l'établissement de rapports et la prise de décisions cliniques ?</p> <p>2.2. Quel personnel au sein des établissements de santé est impliqué dans le contrôle des MNT interdépendantes, et quels sont leurs intérêts, pouvoirs, rôles et responsabilités dans la prise de décision clinique et de gestion ?</p> <p>2.3. Quelles sont les interventions au niveau des établissements qui permettent de lutter efficacement contre les MNT interdépendantes en Afrique subsaharienne/occidentale, et quelles sont les preuves de leur efficacité ?</p>	<p>3.1. Quels sont les environnements politiques actuels et les structures et processus des systèmes de santé, et comment affectent-ils les soins intégrés des MNT dans et à travers les trois contextes ?</p> <p>3.2. Quels sont les acteurs politiques nationaux engagés dans la lutte contre les MNT, quels sont leurs intérêts, leurs pouvoirs et leurs rôles, et comment ceux-ci influencent-ils les politiques relatives aux MNT ?</p> <p>3.3. Quels systèmes et interventions politiques ont renforcé la lutte intégrée contre les MNT en Afrique subsaharienne/occidentale, et quelles sont les preuves de leur efficacité ?</p>

Source : *Investigateurs principaux du programme Stop-NCD.*

A noter que des enquêtes quantitatives ont été menées parallèlement aux enquêtes qualitatives conformément aux dispositions du programme Stop-NCD. Les résultats de ce volet quantitatif de la recherche sont évoqués très rapidement en conclusion du présent rapport, le lecteur est invité à se référer au n° 141 des *Etudes et Travaux du LASDEL*.

## Contexte

Le Niger a une population estimée à plus de 21 millions d'habitants en 2018 et un taux de croissance démographique élevé (3,9%) (INS, 2019). Sa

population est composée de 9 groupes ethniques qui sont : les Arabes, les Boudouma, les Djerma-Songhaï, les Gourmantché, les Haoussa, les Kanouri, les Peul, les Touareg et les Toubou. La majorité de la population est analphabète (71% de la population en 2012). Les jeunes de moins de 15 ans (49,54%) constituent la moitié de la population nigérienne (Institut National de la Statistique, 2012). Sur le plan administratif, le Niger est découpé en 8 régions, 63 départements et 266 communes.

Du point de vue économique, le Niger présente les performances économiques parmi les plus faibles au monde. Son économie demeure fragile car largement tributaire du cours des matières premières et des conditions pluviométriques (Ousmane Ida 2015). L'agriculture et l'élevage restent les principaux domaines pourvoyeurs d'emploi. Ils occupent une écrasante majorité de la population active. Cependant, le secteur agricole, qui emploie le plus grand nombre d'individus, est également le secteur dont la productivité est la plus faible, ce qui explique les très faibles revenus constatés (Da Corta. et al, 2021). En dépit de l'exploitation et de l'exportation des ressources minières et énergétiques (pétrole, uranium), l'indice de développement humain du Niger reste le plus bas au monde avec 0,394 % en 2019 et environ 40,8% de la population nigérienne vivent en dessous du seuil de pauvreté, soit moins d'un dollar US par jour (Ministère de la Santé Publique, 2022). Les faibles performances économiques du pays se répercutent dans tous les secteurs des services publics y compris celui de la santé, notre champ de recherche.

Au Niger, le secteur de la santé est caractérisé par une faible couverture sanitaire. Seulement 52,74% de la population se trouve à moins de 5 kilomètres d'une structure sanitaire en 2020 avec 43,86% de taux d'utilisation des services curatifs en 2019 (ministère de la Santé Publique, 2022). Le secteur de la santé est sous financé. Les sources de financement sont principalement le paiement des prestations de services de soins par les usagers, le budget de l'État, le Fonds Commun et les contributions des ONG et autres acteurs individuels. Le tableau ci-dessous présente une comparaison de la part du budget de l'État allouée aux secteurs de la sécurité, de l'éducation et de la santé de 2018 à 2022.

Secteurs	Sécurité	Éducation	Santé
Années			
2018	17%	19%	9%
2019	14,39%	20,49	10,16
2020	13,61%	18,01%	10,34%
2021	8%	12%	4%
2022	13,9%	19,9%	7%

*Source : ministère des Finances : 2018, 2019, 2020, 2021, 2022*

On observe que la part du budget allouée à la santé est assez faible par rapport aux secteurs de la sécurité et de l'éducation. En outre, durant les années 2021 et 2022, le taux a drastiquement baissé, loin des engagements pris à Abuja en 2001, à savoir consacrer 15% du budget de l'Etat à la santé.

Une part importante du financement de la santé est donc à la charge des ménages/communautés comme évoqué plus haut. Ainsi, selon le ministère de la Santé, 43,68% de la dépense courante de santé en 2020 sont supportés par les ménages. Le coût élevé des prestations sanitaires du service public accroît le recours à la médecine non conventionnelle (colporteurs de médicaments modernes et tradi-thérapeutes) qui constituent 80% du premier recours de la population, en particulier les plus pauvres, en cas de maladie (Ministère de la Santé Publique 2022).

La pyramide sanitaire du Niger comprend 3 niveaux administratifs, central, intermédiaire et périphérique :

- le niveau périphérique ou opérationnel correspond aux centres de santé primaires supervisés par le district sanitaire ;
- le niveau régional ou technique correspond à la région sanitaire
- le niveau central ou stratégique correspond au niveau national.

Les faibles performances économiques du pays impactent négativement son système de santé (insuffisance des infrastructures sanitaires, des ressources humaines, du plateau technique etc). En termes d'infrastructures, le niveau central comporte 6 hôpitaux nationaux et une maternité nationale de référence, qui sont tous des Établissements Publics à caractère Administratif (EPA). Le niveau régional comprend 8 Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP) qui assurent la coordination et le suivi des actions de santé et apportent leur appui technique aux districts sanitaires placés sous leur responsabilité. Les soins de 2ème référence sont assurés par 7 hôpitaux régionaux, un hôpital des armées et 7 Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant, tous fonctionnels. Le niveau périphérique, encadré par 72 districts sanitaires comprend 1.267 Centres de Santé Intégrés (CSI) et 2.329 Cases de Santé (CS) qui sont rattachées à ces derniers (OMS, 2022).

Pour ce qui est des ressources humaines, selon l'annuaire statistique de 2019 on compte un médecin pour 24 .110 habitants, loin des normes de l'OMS d'un médecin pour 10 000 habitants. Dans certaines régions les écarts sont encore plus élevés. On a, par exemple, un médecin pour 55.642 habitants pour la région de Tahoua et un médecin pour 57.297 habitants pour la région

de Tillabéri. Cette situation participe à augmenter la prise en charge sanitaire au troisième niveau, c'est-à-dire les centres de référence. Toutes ces infrastructures sont en nombre insuffisant au regard de l'immensité du pays. En effet le taux de couverture national est de seulement 51,53 % (ministère de la Santé Publique, 2022).

Le pays connaît une inégale répartition des infrastructures sanitaires et des ressources humaines. Les infrastructures sanitaires sont concentrées en milieu urbain au détriment du milieu rural. Cette répartition inégale des structures de santé prive une importante partie de la population de l'offre de soins. D'énormes difficultés se posent aux patients ruraux quand il s'agit de faire recours à un centre de santé.

En dépit de la politique de médicalisation des CSI par le recrutement massif de médecins en 2015, la très grande majorité des CSI sont tenus par des infirmiers. Les moyens matériels et techniques n'ont pas suivi pour une meilleure prise en charge au niveau des CSI.

En 2017 a été élaborée la Politique Nationale de Santé (PNS) 2016-2035. Elle vise à offrir des soins et services de qualité à la population en particulier au niveau des groupes vulnérables, dans le respect des normes internationales. À cet effet, un nouveau Plan de Développement Sanitaire (PDS) a été élaboré pour couvrir la période 2022-2026, qui est la deuxième déclinaison quinquennale de cette politique. Pour ce qui est des maladies non transmissibles, bien qu'un programme national ait été créé depuis 2012, ce n'est qu'en 2021 que ce programme a élaboré un plan stratégique national de lutte contre les MNT. Ce plan vise principalement à contribuer à la réduction de la morbidité, de la mortalité et des handicaps liés aux maladies non transmissibles d'ici 2026. De façon spécifique, il s'agit de :

1. Renforcer le leadership et la gouvernance pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles et les traumatismes associés.
2. Renforcer la prévention des maladies non transmissibles, des traumatismes et de leurs facteurs de risque
3. Améliorer la qualité de prise en charge des maladies non transmissibles et des traumatismes
4. Développer la recherche sur les maladies non transmissibles et les traumatismes
5. Assurer la surveillance épidémiologique des maladies non transmissibles et des traumatismes à tous les niveaux

Concrètement, il s'agit de :

1. Mettre l'accent mis sur les maladies non transmissibles : les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète
2. Mener les activités de prévention : formation des agents de santé du niveau communautaire ou district sanitaire (CS, SCI, HD) à la prévention ; ces agents doivent à leur tour sensibiliser les usagers au niveau des formations sanitaires ; prélever une taxe sur les produits considérés comme facteurs favorisant des MNT
3. Mener les activités de dépistage et de diagnostic : dotation en matériels de diagnostic (tensiomètre, glycomètre, balance, supports) des services du niveau communautaire, et formation à leur usage et aux diagnostics des maladies non transmissibles
4. Mener les activités de traitement et de prise en charge : formation et mise en place d'un premier niveau de prise en charge à l'hôpital de district (HD) qui dispose de moyens d'examen et de prise en charge pour l'hypertension artérielle et le diabète. Le suivi est par la suite coordonné entre l'HD et le SI
5. Réduction de la distance d'accès au soin et dans le suivi de la maladie, prise en charge rapide, réduction de coût du transport, réduction des complications des maladies, renforcement des capacités des agents de santé et du plateau technique au niveau communautaire, utilisation de la taxe sur les produits favorisant les MNT, facilitation de l'accessibilité des médicaments.

En termes de lutte contre les MNT, précisément sur le diabète, l'hypertension et les troubles mentaux associés, la manifestation d'une volonté politique est récente et n'est guère inscrite dans les faits ; peu d'actions concrètes ont été mises en œuvre. Pourtant, la prévalence de ces maladies reste élevée. À titre illustratif, selon les résultats de la dernière enquête STEP, 2021, il a été révélé que la prévalence de l'hypertension artérielle a augmenté, elle est passée de 21,2 % en 2007 à 27,4 % en 2021. En plus, certains facteurs de risque ont connu une augmentation. Les prévalences de la consommation de tabac et de l'obésité sont respectivement passées de 4,9 % en 2007 à 6,2 % en 2021 et de 3,8 % en 2007 à 4,9 % en 2021 (STEPS, 2007 ; 2021). En ce qui concerne les structures de prise en charge du diabète ou de l'hypertension, les services de diagnostic et/ou de son traitement sont disponibles dans 29 % des formations sanitaires du pays. Dans le secteur public ils sont présents dans 24 % des formations sanitaires et 80 % dans le secteur privé. La proportion la plus élevée des formations



sanitaires (73 %) se trouve à Niamey. En ce qui concerne la lutte contre les maladies cardiovasculaires, les services de diagnostic et/ou de traitement sont disponibles dans 42 % des formations sanitaires du pays. Ces services sont disponibles dans 87 % des hôpitaux et dans 38 % des CSI du secteur public. Les services de dépistage et/ou de traitement des maladies respiratoires chroniques (MRC) sont disponibles dans 43 % des formations sanitaires (PDS, 2022-2026).



## MÉTHODOLOGIE

Cette recherche adopte l'approche qualitative de type socio-anthropologique, basée sur des entretiens pilotés et des observations. Les entretiens ont été conduits avec deux groupes d'acteurs : d'une part les acteurs institutionnels (agents de santé, agents du ministère de la Santé publique, agents des services techniques, agents des médias, agents des ONG) ; d'autre part les acteurs communautaires (malades souffrants du diabète ou de l'hypertension, membres de leurs familles, tradi-praticiens).

Les entretiens pilotés ont été conduits sur la base d'un canevas souple élaboré lors de l'enquête collective ECRIS<sup>1</sup> et partagé à l'ensemble des équipes des trois pays. Cet outil de collecte de données est construit autour de quatre axes principaux. Le premier porte sur les perceptions populaires des maladies non-transmissibles (MNT). Le second est consacré à la politique de santé en matière de MNT et comprend l'analyse des parties prenantes, les programmes et leur financement. Le troisième aborde la prise en charge des MNT dans les structures de santé. Enfin le dernier axe est dédié aux parcours et vécus des patients MNT (diabète et hypertension), l'observance du traitement, le recours à la médecine traditionnelle, le respect du régime hygiéno-diététique. Les entretiens ont eu lieu dans les structures de santé, les bureaux des agents, et chez les patients. En général, les entretiens ont duré entre 30 minutes et 1h30 minutes de temps. Sur la base du libre consentement des enquêtés, presque tous les entretiens ont été systématiquement enregistrés et des notes ont été prises tout au long de la conduite des entretiens. Les synthèses produites à partir des entretiens ainsi que la transcription des enregistrements ont constitué les éléments du corpus des données.

Une équipe de huit personnes a été constituée. Elle est composée de deux chercheurs assistants du LASDEL, de trois doctorants du programme STOP-NDC et de trois assistants de recherche dont un doctorant et deux titulaires d'un master II en socio-anthropologie. Toutes ces personnes ont pour discipline de base la sociologie et l'anthropologie. Les chercheurs ont travaillé en binômes. Après la conduite des entretiens, toute l'équipe se réunit pour discuter sur la base d'une synthèse de chaque entretien, lors de séances journalières.

---

<sup>1</sup> Cf. *Etudes et Travaux du LASDEL*, n°13 (Olivier de Sardan 2001).

*DIABÈTE ET HYPERTENSION AU NIGER : QUALI*

La collecte des données a duré 26 jours dont 10 jours à Maradi (et dans le site rural de Mayahi), 10 jours à Tahoua (et dans le site rural de Madaoua) et 6 jours à Niamey. Elle a eu lieu entre fin juillet et fin août 2023. Les entretiens ont été menés en milieu urbain et rural, dans les langues locales ou en français.

Les observations ont porté sur des séances de consultation et sur la prise en charge des malades diabétiques et hypertendus au centre hospitalier régional de Maradi.

À l'issue de 26 jours de collecte, au total 116 entretiens ont été réalisés et deux (2) séances d'observations ont été effectuées. Le tableau ci-dessous repartit le nombre d'entretiens réalisés par profil des personnes rencontrées.

Localités	Maradi ville	Mayahi	Total Maradi	Tahoua ville	Madaoua	Total Tahoua	Niamey	Total Niamey	Total Maradi, Niamey et Tahoua
Infirmiers	1	7		8	6		3		
Médecins (generalistes et spécialistes) et	10	3		8	3		8		
Sages-femmes	0	0		1	0		1		
Service technique	2	0		1	1		3		
Agents de labo	1	0		0	0		0		
Pharmaciens	1	1		0	2		1		
HTA	11	8		1	1		3		
Diabétiques Et relais diabétiques	4	1		2	2		4		
Accompagnants	1	0		0	2		0		
Agents de radio	0	1		2	1		1		
Agents ONG et	1	0		1	0		5		
Tradi-praticien	1	0		1	0		1		
Total :	33	21	54	25	18	43	30	29	127

## LES PRINCIPALES PRIORITÉS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ DANS LE PAYS

### **La mise en place de la politique de lutte contre les MNT au Niger**

La politique sanitaire du Niger est définie par le plan de développement sanitaire (PDS) qui est un outil de planification sectoriel en réponse aux problèmes de santé du pays. Mais depuis des décennies, la lutte effective contre les maladies non transmissibles n'a pas suffisamment été prise en compte par le PDS.

En effet, la lutte contre les maladies non transmissibles répond surtout à la préoccupation de la communauté internationale face à la prévalence élevée de ces maladies. L'élaboration de la politique remonte à la participation des chefs d'État à plusieurs Assemblées des Nations Unies et à la ratification de plusieurs cadres conventionnels sur la lutte contre les MNT au niveau national et international. Le facteur le plus déterminant a été la tenue au siège des Nations Unies du sommet des chefs d'États et de gouvernements sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, à New York les 19 et 20 septembre 2011. Les États se sont alors engagés à élaborer et à mettre en place une politique nationale pour faire face à l'ampleur des maladies non transmissibles dans le monde. Pour donner suite à ses engagements, le Niger à travers le ministère de la Santé publique a créé le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles par l'arrêté 0016/MSP/SG/DGSP du 25 janvier 2012.

Sur le plan administratif, le programme est logé dans la direction de la lutte contre la maladie (DLM) du ministère de la Santé publique (MSP/AS/P). Il comprend quatre (4) services : un secrétariat, un service administratif et financier, un service communication et mobilisation sociale, et un service suivi-évaluation composé d'une cellule recherche et d'une cellule informatique et statistique. Il est dirigé par un coordonnateur national et un coordonnateur national adjoint nommés par arrêté ministériel. Douze agents lui ont été affectés : deux médecins, une gestionnaire, deux communicatrices en santé, une inspectrice de l'action sociale, deux nutritionnistes, un technicien en santé mentale, un sociologue, une épidémiologiste et une secrétaire. Le programme a comme cahier de charge

la conception, la mise en œuvre, et l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les maladies non transmissibles. Il s'agit d'assurer l'intégration dans le système de santé nigérien des stratégies et interventions de lutte contre ces maladies et leurs facteurs de risque. Dans cette perspective, le PNLMNT élabore un plan stratégique multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles (PSNMLMNT) pour une période de 5 ans en référence au PDS. Il constitue la feuille de route définissant les priorités de la mise en œuvre des activités de terrain. Le Niger a élaboré successivement trois plans stratégiques.

Quelques axes stratégiques ont été identifiés. Sur le leadership et la gouvernance, c'est le renforcement de la coordination, de la multisectorialité, du cadre institutionnel et du mécanisme de régulation, de la communication institutionnelle, du partenariat (PTF, OSC) et de la planification et du suivi. Au niveau de la prévention des MNT et de leurs facteurs de risque, on note le renforcement de la lutte contre les facteurs de risque et de la disponibilité de dispositifs de dépistage, de diagnostic et de prise en charge à travers les activités réalisées dans le cadre stratégies WHOPEN. Enfin il est prévu le développement de la recherche et le renforcement de la surveillance épidémiologique.

### **Un faible engagement dans la politique de lutte contre les MNT**

La lutte contre les maladies non transmissibles est restée au second plan par rapport aux maladies transmissibles. On constate une absence d'engagement politique sur le plan national et au niveau local. La majorité des partenaires s'intéresse aux maladies transmissibles au détriment des maladies non transmissibles :

« Les gens courent derrière les maladies transmissibles alors que ce sont les MNT qui font les dégâts. En termes de mortalité, les MNT, rien que les maladies cardiovasculaires, multiplient 6 fois en 2018 les maladies transmissibles comme le sida, la tuberculose, le paludisme. Et puis en termes de décès prématuré, c'est-à-dire mourir avant l'espérance de vie, ce sont les comas diabétiques, les crises d'asthme, le cancer n'en parlons pas ! » (agent du PNLMNT à Niamey en août 2023)

« En-tout-cas, ils sont en train de s'occuper de Covid-19, alors qu'il n'y a plus de covid, ici, c'est l'HTA et le diabète qui sont la covid-19. » (médecin interniste à Tahoua en août 2023)

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de lutte contre les MNT sur le terrain, le programme ne dispose pas d'une politique financière précise et dédiée à l'image des autres programmes de santé. Le financement des activités du PNLMNT par l'État se limite à la prise en charge de son fonctionnement : salaires des agents, matériels bureautiques et outils

informatiques. Sur le plan opérationnel, depuis la création du programme en 2012, il a fallu attendre 2015 pour que l'arrêté d'affectation du personnel et le décret d'allocation budgétaire soient pris. En 2017, l'allocation directe a été supprimée au profit du rattachement du programme à la direction des ressources financières et matérielles du ministère de la santé (DRFM). Pour son approvisionnement en intrants de fonctionnement le PNLMNT soumet des bons de commande à la DRFM comme l'explique un responsable du PNLMNT. Les fonds perçus par le PNLMNT sont insuffisants au regard de l'immensité de ses charges et responsabilités au niveau national. En outre, l'accès rendu difficile au financement étatique l'a précarisé :

« Souvent, on est laissé à nous-même. On n'a pas de manœuvre ni de fille de salle même le gardien, c'est un bénévole, il faut qu'on cotise souvent pour lui donner quelque chose. C'est nous-même qui faisons le ménage de nos bureaux. Le matin, avant de commencer à travailler, il a fallu que je nettoie mon bureau et les toilettes. Même pour aller au ministère de la Santé il faut que je prenne un taxi du fait que le carburant de notre seul véhicule de service n'est pas prévu. Aujourd'hui, les structures de santé de région sont plus nanties que nous parce qu'ils ont un PAA qui est financé par un budget de l'État et ils ont beaucoup de partenaires qui les accompagnent. » (agent au PNLMNT, à Niamey en août 2023)

Outre cette insuffisance de financement, le PNLMNT fait aussi face au non-respect des engagements de la part des partenaires techniques et financiers pour que les MNT ne constituent pas une priorité:

« Il y a des partenaires qui disent qu'ils vont financer, mais arrivé à la réalisation, ils ne font pas. Les MNT ne sont pas une priorité du gouvernement. Si c'est une priorité de la part de l'Etat, on va avoir un financement. Ce sont plutôt les maladies transmissibles qui sont la priorité du gouvernement. Cela s'explique peut-être par ce que c'est la priorité des bailleurs de fonds. » (agent au PNLMNT, à Niamey en août 2023)

L'une des causes de l'insuffisance d'intégration des MNT aux priorités est sans doute l'absence de mobilisations des données statistiques pour amener les décideurs politiques à prendre conscience de l'urgence d'intervenir dans ce domaine.

### **L'absence des données pour une mise en œuvre effective de la politique de lutte contre les MNT**

Les données sanitaires sur les maladies non transmissibles sont très insuffisantes pour éclairer les décisions et améliorer la performance de la lutte au niveau national. Le système d'information sanitaire se limite aux

seuls domaines de la surveillance épidémiologique et au suivi des activités de santé, qui ne ciblent pas suffisamment les MNT. En outre, les données statistiques ne sont pas assez exploitées, alors qu'elles devraient impulser des actions précises et pertinentes afin d'améliorer les niveaux des indicateurs.

« La santé publique n'assiste pas la population. Elle se cache derrière les chiffres alors qu'elle doit initier des mesures pour attirer l'attention. » (médecin chirurgien, à Maradi en août 2023)

Dans les CSI et hôpitaux des districts, il n'existe pas de supports adaptés aux maladies non transmissibles pour permettre une collecte régulière des données. Mais aussi le processus de collecte des données ainsi que leur analyse systématique à chaque niveau pour une prise de décisions immédiate font défaut au niveau des structures de santé. Ceci pénalise l'archivage, la diffusion et la publication des informations sanitaires concernant les MNT. En effet, on constate une forte sous-estimation des données liées au MNT qui sont centralisées mensuellement sur la plateforme de collecte de données en ligne du ministère de la Santé dénommée DHIS2 :

« Il y a une discordance dans la mise à jour des données sur la plateforme DHIS2. Les données ne reflètent pas la réalité du terrain. Ce sont des données qui ne sont pas mises à jour ou faites en retard dans les CSI. » (agent au PNLMNT, à Niamey en août 2023)

Notons aussi l'exemple d'un médecin endocrinologue et diabétologue, membre de la société nigérienne d'endocrinologie et diabétologie (SONED) et exerçant dans une clinique privée, qui souligne le problème de l'absence des données dans la lutte contre les MNT :

« Une fois, on a vu un consultant qui a fait une recherche sur la prévalence des MNT et dit avoir obtenu 2 %. On a été surpris par ce qu'on sait que la situation réelle dépasse ce qu'il dit, et même si c'est le cas, avec 2 %, vers qui peut-on aller pour défendre un plaidoyer pour la mise en œuvre des activités de lutte contre ces maladies ? » (médecin endocrinologue et diabétologue, membre de la SONED, à Niamey en août 2023)

Les données ne prennent pas suffisamment en compte le secteur privé. À cela, s'ajoute l'évaluation de la prévalence de ces maladies qui se fait chaque 5 ans par l'enquête STEPS qui dépend entièrement du financement des partenaires techniques et financiers (PTF). La première enquête a été réalisée en 2007, mais faute de financement, il a fallu attendre jusqu'en 2021, 14 ans après, pour qu'un autre partenaire finance la deuxième enquête sur la prévalence. Cette enquête, associée à l'annuaire des statistiques sanitaires, a toutefois permis d'identifier 4 grands groupes de MNT au Niger : les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète.



## **Vue d'ensemble des politiques nationales et des documents réglementaires relatifs à la lutte contre les MNT**

### ***Description du processus d'élaboration de la politique et de l'implication des principaux acteurs***

La proposition du plan 2023 a été faite selon une démarche participative, itérative et consensuelle. Deux comités ont été mis en place pour la conduite de l'élaboration du plan. Le premier est le comité de pilotage composé de responsables du programme, des points focaux des principales maladies non transmissibles, des représentants de l'OMS et du ministère du Plan. L'OMS a apporté un appui technique à travers son expertise, mais aussi a garanti l'alignement du plan sur les objectifs internationaux de lutte contre les maladies non transmissibles. Le ministère du Plan est l'institution chargée, en collaboration avec le ministère de la Santé, de la conception, de l'élaboration, de la mise en œuvre, du contrôle et du suivi ainsi que de l'évaluation de la politique nationale en matière de planification conformément aux orientations définies par le gouvernement.

Le comité de pilotage a été en charge de la rédaction de la proposition de plan stratégique. Excepté le premier plan stratégique 2012-2016 élaboré essentiellement à partir des données de l'enquête STEPS 2007 et de l'annuaire statistique produit chaque année, le comité de pilotage procède à une évaluation contextuelle basée sur deux démarches. La première est l'évaluation de l'ancien PSNMLMNT et de l'analyse de la situation des MNT. Dans certains cas, le comité a demandé aux directions régionales de la santé publique (DRSP) de soumettre des propositions au préalable dans la prise en compte des spécificités des différentes régions. Cette évaluation a débouché sur l'identification des problèmes prioritaires et des principales interventions. La seconde démarche consiste à la réalisation d'ateliers. Ainsi le comité a tenu un atelier de planification et de budgétisation et un atelier de pré validation du plan.

Le deuxième comité est le comité technique ad-hoc multidisciplinaire et multisectoriel chargé de la validation du plan proposé par le comité de pilotage, au cours d'un atelier consensuel :

« La lutte contre les MNT ce n'est pas seulement la santé. Chacun dans son domaine d'intervention a quelque chose à faire pour lutter contre les MNT. C'est pourquoi nous prôtons la multisectorialité. Par exemple, on est avec le ministère de la Jeunesse qui crée des espaces pour faire la promotion du sport pour éviter la sédentarisation 1. Le ministère du Commerce agit sur le contrôle de l'importation des produits. » (agent au PNL MNT, à Niamey en août 2023)

Le comité a-hoc qui a validé le plan 2023-2026 a regroupé les représentants des organisations suivantes :

- Les huit représentants des 8 directions régionales de la santé publique du Niger ;
- Le programme national de lutte contre la maladie mentale ;
- Le secrétaire général du ministère de la Santé publique ;
- Le ministère de l'Agriculture ;
- Le ministère de l'Environnement et de la lutte contre la désertification ;
- Le ministère des Finances ;
- Le conseiller technique du cabinet du Premier ministre ;
- Le centre national de lutte contre le cancer ;
- Le programme national antitabac ;
- Deux médecins spécialistes en cardiologie de Zinder et de Diffa ;
- Le point focal « maladies non transmissibles » de l'OMS ;
- Le point focal du projet MNT de l'ONG FORSNI ;
- Le point focal de SOS MNT ;
- La coalition des ONGs et associations du secteur de la santé ;
- La coalition de lutte contre les maladies non transmissibles ;
- Le réseau de communication du secteur de la santé ;
- Les 3 doctorants du programme STOP-NCD du LASDEL<sup>2</sup>.

Cet atelier de deux jours financé par la coopération belge a abouti à l'intégration des modifications suggérées et à la validation du Plan par le secrétaire général du ministère de la Santé publique. L'élaboration du plan 2023-2027 a débuté à partir du quatrième trimestre de l'année 2022 et a été validé en juillet 2023.

Pour définir les activités de terrain, à la fin de chaque année un plan d'action annuel (PAA) est mis en place par le programme national. Toutes les structures de santé (DS, CHR, CSME) établissent leur plan d'action annuel en prenant en compte les besoins des services ou formations sanitaires qui leur sont rattachés. Ces différents PAA sont centralisés au niveau des directions régionales (DRSP/AS/P) respectives et envoyés à la direction des études et de la programmation (DEP) du ministère de la Santé publique. Le PNLMT procède à la synthèse des éléments des PPA des 8 DRSP/AS/P qui concernent les MNT, pour établir les besoins nationaux en matière de lutte contre les MNT. Mais il faut noter que cette démarche n'est pas toujours respectée du fait des retards dans l'élaboration des PAA et surtout de la faible prise en compte de la lutte contre les MNT dans les PAA des formations sanitaires. Par ailleurs, dans les structures de santé, la priorité dans la prise en compte des activités est établie en fonction des domaines d'intérêt des

---

<sup>2</sup> Les doctorants ont participé en tant qu'auditeurs libres dans le cadre de leurs travaux d'analyse de contexte. Ils ont toutefois été amenés à participer aux activités tout au long du processus de la validation du plan.

partenaires déjà intervenants ou prêts à financer les activités. Les MNT ne sont pas prioritaires :

« Une des difficultés que nous, le programme, on rencontre au niveau central, c'est le chevauchement des activités. Par exemple, maintenant, le niveau périphérique opérationnel est en campagne de CPS du paludisme. Maintenant qu'on veut mener une activité pendant cette période, ils disent, ce n'est pas possible parce que tous les acteurs sont impliqués dans d'autres activités. Donc ça freine la mise en œuvre de nos activités. » (agent au PNLMNT, à Niamey en août 2023)

Le PNLMNT complète le PAA dans le domaine des MNT par une évaluation des résultats de l'ancien PAA, par une prise en compte des besoins et surtout en fonction de la disponibilité des ressources financières. Le PAA est par la suite validé au cours de la réunion du Conseil National de la Santé (CNS) présidé par le secrétaire général (SG) du ministère de la Santé publique et en présence des partenaires techniques et financiers (PTF) de la santé, qui décident de financer certaines activités.

#### ***Informations sur la politique de lutte contre les MNT***

Les informations sur la politique de lutte contre les MNT suivent plusieurs mécanismes. La présentation officielle de la politique se fait au cours de la réunion multisectorielle regroupant les différentes parties prenantes et institutions de l'Etat, accompagnée d'une couverture médiatique (radio et télé). Le PSNMLMNT et le PAA sont aussi annoncés aux parties prenantes pendant l'atelier de validation du plan stratégique et la réunion de validation du PAA par le CNS. Le PNLMNT tient aussi des réunions de plaidoyers et d'information avec les autorités administratives, coutumières et religieuses de certaines régions. À cela s'ajoute, les journées de commémoration de maladies telle que la journée internationale du cancer ou la journée internationale du diabète au cours de laquelle des messages sont diffusés à la télé et la radio. Il y a aussi des tentatives d'intégration de la politique dans le PAA des certains districts sanitaires.

Les acteurs interrogés sur leur connaissance de la politique peuvent être regroupés en trois catégories. D'abord, on a les acteurs qui ont une bonne connaissance de la politique nationale de lutte contre les MNT : les organisations (ONG et OSC) intervenant dans la lutte contre les MNT, les agents du ministère de la Santé et les entités décentralisées de la pyramide sanitaire (DRPS, DS) :

« Je connais la politique. Dans ce cadre, dernièrement, on a d'organisé deux jours de dépistage et trois jours de sensibilisation contre le cancer de col de l'utérus, contre le diabète et de l'hypertension. Le seul rapport qui nous lie et c'est l'organisation de ces journées. » (Médecin-chef de district sanitaire, à Niamey en août 2023)

Ensuite, on constate que nombre d'acteurs ont seulement une vague connaissance de la politique et du PNLMT. La plupart relève des services de santé régionaux et départementaux ou périphériques, ou des institutions impliquées (ONG et OSC). Dans le corps de la santé, la majorité de ces acteurs sont des médecins spécialistes et généralistes :

« J'aurais appris que le ministère a une cellule de lutte contre les MNT. On n'a jamais eu des contacts, mais c'est elle qui s'occupe des MNT. Ça fait trois ans que je suis ici, je n'ai jamais été contacté, je ne sais pas comment ça fonctionne, je dirais que pour moi ça n'existe pas. » (Médecin cardiologue, à Tahoua en août 2023)

« Je sais qu'il y a une politique. Mais j'ignore ce qui est fait comme je n'ai jamais été impliqué dans ces activités. » (médecin cardiologue, intervenant dans la formation des étudiants à la faculté de médecine de Niamey en août 2023)

Certains agents de santé ont pris connaissance de la politique à travers les activités menées par les associations, perçues dans la majorité des cas comme les initiateurs de la politique :

« Sincèrement, moi, je ne connais pas de programme d'État (politique publique). Ça fait 3 ans que j'exerce ce métier, je n'ai jamais vu le représentant d'un programme de lutte contre les maladies non transmissibles, en particulier l'hypertension artérielle. Cependant, il y a des associations qui militent pour la lutte contre ces maladies avec lesquelles on a eu à faire quelques programmes. Mais vraiment, ce sont des associations qui sont dans leur compte et non celui de l'État. » (médecin interniste, à Tahoua en août 2023)

« En-dehors du projet HEART<sup>3</sup>, en tout cas depuis que je suis dans le domaine, je n'ai pas rencontré une structure de l'État. » (médecin généraliste, à Tahoua en août 2023)

« Ce qui manque vraiment, c'est le programme de terrain (activités de terrain) et comme on le dit en bon nigérien, la volonté politique » (médecin interniste, à Maradi en août 2023)

On note aussi que certains tradipraticiens ont participé à des séances de formation et sensibilisation sur la prise en charge de l'HTA et du diabète, organisées en collaboration avec l'association des tradipraticiens.

La dernière catégorie est celle des acteurs qui n'ont aucune connaissance de la politique. Elle regroupe les infirmiers du niveau communautaire dans les districts sanitaires ou les responsables de CSI périphériques, les personnes atteintes de ces maladies et leur famille, et les autorités coutumières, et religieuses du niveau local ou communautaire. À cette liste, s'ajoutent aussi certains médecins spécialistes et généralistes au niveau régional ou départemental :

---

<sup>3</sup> Voir étude de cas sur le projet HEART

« Le plus grand problème dans la lutte contre la maladie MNT et précisément le diabète et l'hypertension artérielle est l'inexistence d'une politique (...) Face au nombre de cas, un programme doit être mis en place pour répondre au problème. » (médecin chirurgien, faisant partie de l'équipe chargée des amputations à Maradi, en août 2023)

## La mise en œuvre locale

### *Le rôle des PTF*

La mise en œuvre de la lutte MNT à travers le PNLMNT se fait sur un processus de mise à échelle au niveau des structures régionales de santé. Depuis la création du programme et la mise à l'échelle, la politique s'est limitée à la formation de 4 districts ayant bénéficié de l'appui de l'OMS à travers le projet HEART. Dans le plan d'action annuel du PDS 2023-2026, il a été prévu de faire chaque année une mise à l'échelle sur 4 districts sanitaires. Cette activité consiste en la formation de trois agents par formation sanitaire, dont au moins 100 agents par district et la dotation en matériels de dépistage et de prise en charge adaptés.

En l'absence de ressources financières de l'État, la mise en œuvre des activités du PNLMNT dépend fortement de la disponibilité de financement des partenaires techniques et financiers :

« Nous menons des activités qui sont financées par des partenaires. Dans les termes de référence (TDR), on prévoit tout ce dont on a besoin pour le déplacement sur terrain, le carburant, les véhicules. » (agent au PNLMNT, à Niamey en août 2023)

L'OMS est une organisation incontournable dans la mise en œuvre de la politique de lutte contre les MNT. Elle apporte une expertise technique au programme national dans la formation et suivi des acteurs sur la surveillance épidémiologique et l'élaboration des documents techniques. À cela, s'ajoutent les plaidoyers pour le financement des activités comme l'enquête STEPS 2021 financé par ENABEL. De plus, l'OMS accompagne le PNLMNT dans l'intégration de la stratégie WHOPEN (*WHO Package for integrating Essential interventions for major Non communicable diseases*) dans les districts sanitaires. Cette approche consiste à promouvoir un paquet d'activités essentielles à la prise en charge des MNT au niveau des structures de santé et faire face au défi lié aux faibles allocations de ressources, à l'insuffisance des compétences et à l'inaccessibilité des soins spécialisés dans la prise en charge des MNT. C'est dans le cadre de la mise en œuvre de cette stratégie que le projet HEART a été financé par la coopération danoise au développement en 2021 :

### *Le projet HEART de l'OMS*

HEART est un programme financé par la coopération danoise au développement qui porte sur la prévention, les dépistages et la prise en charge des maladies cardiovasculaires. Néanmoins, l'OMS a centré le programme sur le diabète et l'hypertension artérielle pour satisfaire le bailleur. Il est mis en place à petite échelle, de façon progressive dans trois districts du Niger. La mise en œuvre effective a concerné le district sanitaire de la commune 3 de Niamey en 2021, le district sanitaire de la ville de Tahoua en 2022 et le district sanitaire de Madawa en 2023 (région de Tahoua). Le choix de ces zones d'intervention a été orienté par l'enquête STEPS qui a révélé une grande prévalence des facteurs de risque : tabagisme, manque d'activité physique, etc.

Les activités du programme ont consisté en un renforcement de la prise en charge au niveau communautaire, conformément à la pyramide sanitaire. À cet effet, un système de dépistage précoce, de prise en charge et de suivi ambulatoire de cas stables a été mis en place au niveau des CSI de ces trois districts. Au niveau des hôpitaux de district (HD), le mécanisme d'hospitalisation et de suivi a été amélioré. Mais au préalable, le programme a procédé au renforcement des capacités des acteurs concernés. Il y a eu la formation des agents de santé du district sur le dépistage, la prise en charge précoce et l'éducation thérapeutique du patient. À cela s'ajoute la formation des relais communautaires et l'implication des leaders communautaires dans les activités de sensibilisation. Sur le plan matériel, le programme a doté les districts sanitaires en glycomètres, en bandelettes glycémiques et urinaires, en balances et médicaments de prise en charge et de suivi régulier des patients. De plus, on note la mise en place d'un mécanisme d'encadrement et de références par la dotation des fiches techniques et d'algorithmes de référence sous la coordination des districts sanitaires.

De plus, l'OMS vient de signer un contrat avec l'ONGs locale MEDCOM pour la mise en œuvre d'un programme de sensibilisation au niveau communautaire. Par ailleurs, on note des financements directs de la stratégie WHOPEN par d'autres partenaires en fonction de leur zone d'intervention. À Zinder, l'OOAS (Organisation ouest-africaine de la santé) intervient dans les districts de Zinder commune, Mirriyah et Matamey. À Dosso, c'est ENABEL dans les districts de Djoundjoun, Gothey et Gaya.

Au niveau national, l'ONG FORSANI mène des activités pour la délocalisation des compétences dans les services de santé publique à travers le projet diabète.

*Le projet diabète de l'ONG FOSRSANI*

La mise en œuvre du projet diabète de l'ONG FORSANI a commencé depuis 2015 avec le financement de *World Diabetes Foundation* (WDF). Pour cette ONG nationale, l'intérêt envers les MNT est parti d'un constat du manque de données fiables sur la situation réelle des MNT dans le pays et de l'absence d'un système de prise en charge efficace dans les structures de santé. L'ONG a organisé des campagnes de sensibilisation et de dépistage, et le renforcement de la capacité de prise en charge.

Le projet a été conduit à Tahoua, Dosso, Zinder et Niamey sur deux phases de trois ans chacune. Le projet est basé sur trois stratégies. La première stratégie a consisté à l'appui des organisations d'étudiants en médecine qui organisent des caravanes médicales pendant les vacances dans les régions du Niger. Cet appui portait sur la dotation en glycomètres, bandelettes et tensiomètres pour le dépistage, le renforcement des capacités et l'accompagnement financier. La deuxième stratégie reposait sur la sensibilisation, le dépistage dans les espaces publics et l'organisation de conférences scientifiques sur le diabète dans les hôpitaux pendant la journée mondiale du diabète. La troisième stratégie consistait à mettre en place des unités de prise en charge du diabète autour de points focaux (médecin interniste et généraliste), à l'hôpital général de référence (HGR) de Niamey et dans les 7 CHR des autres régions. L'opérationnalisation de ces unités a été accompagnée par la formation des équipes de prise en charge, la dotation en équipements (supports et outils pédagogiques pour le transfert de connaissance entre agents, carnets et fiches de diabétiques), ainsi que les intrants mentionnés ci-dessus. On note aussi la mise en place de réfrigérateurs pour la conservation de l'insuline, la dotation en projecteurs dans le cadre de l'éducation thérapeutique des patients et la mise en place d'armoires pour la conservation des intrants. Enfin, on a la formation d'un réseau d'échange et de partage d'expériences entre les agents points focaux du projet diabète.

Le projet diabète a donc eu un impact par le dépistage au sein de la population, la sensibilisation, et la mise en place d'un centre de prise en charge plus au moins spécialisé dans toutes les régions du Niger. Néanmoins, on constate des ruptures fréquentes des bandelettes au niveau des unités de soin. Cette limite s'explique par la forte dépendance du projet au financement extérieur.

Quant aux associations professionnelles, dans la majorité des cas, elles ne sont pas actives. Parmi les exceptions on note la société nigérienne des endocrinologue et diabétologue (SONED), et l'association SOS Diabète qui organise des conférences et des activités de plaidoyer. On peut également retenir les associations des étudiants en médecine qui organisent durant chaque vacance des activités de sensibilisation et de dépistage dans leurs

régions respectives. Par ailleurs, on constate un manque de coordination et de synergique d'action entre les différentes interventions de la lutte contre les MNT dans les structures des soins.

Un mécanisme de coordination, de suivi et de l'évaluation a été élaboré à différents niveaux de la pyramide sanitaire par le PSNLMNT, conformément au PDS 2022-2023. Ce mécanisme permet de mettre en relation tous les acteurs œuvrant dans la lutte contre les MNT. Au niveau national, il y a des réunions entre le PNLMT et les points focaux régionaux, une réunion trimestrielle de la Coordination Nationale Multisectorielle de lutte contre les MNT (CNMLMNT), et une réunion semestrielle du cadre de concertation avec les acteurs engagés dans la lutte contre les MNT.

Au niveau régional, on a la réunion trimestrielle de la Coordination Régionale Multisectorielle de Lutte contre les MNT (CRMLMNT), et la réunion trimestrielle de coordination des points focaux régionaux MNT avec les districts. Au niveau départemental ou opérationnel, il y a également la réunion semestrielle du cadre de concertation avec les acteurs engagés dans la lutte contre les MNT, la réunion trimestrielle de Coordination Départementale Multisectorielle de lutte contre les MNT (CDMLMNT) et la réunion trimestrielle de coordination des districts avec les CSI. Mais cette dernière instance tarde à être mise en place.

Le plan d'action annuel est revu à deux périodes de l'année au niveau du ministère de la Santé avec le responsable du PNLMT. Il y a une revue à mi-parcours pour l'évaluation des activités et une revue annuelle pour faire la programmation de la nouvelle année. Les partenaires (ENABEL et FORSANI) organisent aussi des activités de terrain sur la coordination, le suivi et évaluation de projet MNT mis a en ouvre. Dans le cas du suivi et de l'évaluation du projet diabète et de HEART chaque année des supervisions nationales ont été effectuées en collaboration avec le PNLMT.

#### ***Une prise en charge sanitaire mal intégrée au niveau des centres de santé périphériques***

La prise en charge des maladies non transmissibles a été depuis longtemps été limitée aux structures de référence, en nombre insuffisant, et dans la plupart des cas au niveau de la capitale. En effet, en termes de ressources humaines, certaines régions ne disposent pas de toutes les spécialités relatives aux maladies non transmissibles :

« La formation en diabétologie se fait à l'étranger dans la totalité des cas des médecins spécialistes formés. Et depuis le Niger n'a formé que 15 diabétologues, dont 4 à l'hôpital général de référence de Niamey (HGR), 2 à l'hôpital national de Niamey, 2 à l'Hôpital national de Lamordé HNL et 1 au



CHR de Maradi. On a un qui est parti à la retraite et les autres ne sont pas rentrés au pays depuis leur formation. » (Un diabétologue à l'HGR de Niamey en juillet 2023)

La grande partie de la population n'est pas couverte par une prise en charge spécialisée des MNT. Celle-ci se limite aux médecins internistes dans les centres hospitaliers régionaux. Il n'existe pas de mécanisme de transfert de connaissances et de renforcement des capacités pour une prise en charge optimale. À cela, il faut ajouter l'absence d'infrastructures et d'équipements pour la prise en charge des cas compliqués. Cette difficulté fait que les spécialistes sont surchargés et interviennent trop tard :

« La particularité du diabète et de l'hypertension artérielle, ce sont des patients qui viennent dans un état avancé et compliqué de la maladie. Nous, on est formé pour faire la prise en charge des malades, mais malheureusement, on se retrouve à faire la prise en charge des complications. Avec l'absence de moyens, il faut tâtonner pour prendre en charge le patient qui présente déjà deux à trois autres maladies qui découlent de la complication. Si tu prescris un médicament, tu risques de provoquer des réactions sur une autre pathologie. C'est fatiguant et à la longue, tu n'es pas productif. » (un médecin, à Maradi en août 2023)

De plus, les activités du programme national de lutte contre les MNT sont limitées aux districts sanitaires. Cela fait qu'il n'existe aucun système adéquat de prise en charge des MNT dans les autres structures de soins. Les agents ne sont pas formés et les services de soins ne sont pas bien ravitaillés en intrants sur la prise en charge dans la majorité des formations sanitaires. Les textes de recouvrement des coûts ne prennent pas en charge les médicaments MNT dans les CSI. Les fonds du recouvrement sont destinés prioritairement à l'achat des médicaments essentiels génériques, des outils de gestion et les gratifications des percepteurs et des trésoriers, exécutés à partir d'une ligne budgétaire<sup>4</sup>. Les médicaments et outils médicaux MNT sont considérés comme inéligible par la procédure de contrôle et de gestion des ressources de la participation communautaire :

« Pour prendre en charge le diabète et l'hypertension artérielle, il fallait chercher des balances, des toises, des tensiomètres, des glucomètres et bandelettes, et des bandelettes urinaires qui ne sont pas prise en charge par le recouvrement de coût. (...) il a fallu une réunion de comités techniques et tenir une assemblée générale expliquer aux gens enfin des proposer des solutions. (...) on a arrêté que la glycémie et les bandelettes urinaire soient directement payées par les usagers pour maintenir le système d'approvisionnement. On fait un reçu pour le recouvrement de coût et un autre pour la glycémie. » (un médecin au district de Madawa en août 2023)

Les médicaments spécialisés prescrits par le médecin ne sont pas couverts par le recouvrement des coûts. Dans les CSI, la prise en charge du diabète et

---

<sup>4</sup> N° 0024/MSP/RE/P du 4 Février 1999 et l'arrêté N° 0026/MSP/MF/RE/P du 04 Février 1999

l'HTA avec des médicaments essentielles génériques n'est pas maîtrisé et intégrés par les infirmiers. Ces médicaments génériques sont aussi perçus comme peu efficace dans la prise en charge du diabète et l'HTA. En-dehors de cela, il n'existe pas un mécanisme intégré de suivi et de supervision pour attirer l'attention des agents :

« Tu sais des maladies que tout le monde connaît depuis la formation à l'école. Mais nous les agents de santé, il faut tout le temps nous rappeler et nous suivre sinon on risque de ne pas accorder trop d'importance dans nos activités. Vous savez dans un CSI tout est priorité, il suffit de lâcher le suivi et un aspect va prendre la place. » (infirmier-chef CSI, à Takorka en août 2023)

De plus, les MNT ne sont pas intégrées dans le programme d'éducation et de sensibilisation tenu chaque matin dans le CSI. Les agents de santé ne sont pas suffisamment formés et outillés pour mettre en place une stratégie de counseling pour les patients. Quant aux spécialistes ils sont trop surchargés pour pouvoir faire un counseling adéquat :

« Dans les cas de MNT vraiment le counseling n'existe pas. La seule consultation ne suffit pas pour amener le patient à accepter la maladie. Dans ce cas précis, il faut un technicien formé et qui sera disponible dans un bureau spécial pour bien communiquer avec le patient et sa famille pendant près d'une heure de temps. » (Un cardiologue au CHR de Maradi en août 2023)

### ***Connaissance des lignes directrices dans la lutte contre les MNT par les différents groupes de parties prenantes***

Les lignes directrices et les stratégies ne sont pas clairement connues par les acteurs. Le programme s'est limité aux orientations générales basées sur les activités de prévention et de sensibilisation :

« Depuis l'élaboration du module (plan) en 2018, pratiquement, si ce n'est pas à la télé, rien n'a été fait jusqu'à présent. » (Médecin interniste impliqué dans l'élaboration du PSNMLMNT en 2018, à Tahoua en août 2023)

Ces activités sont menées avec une faible implication des différentes parties prenantes telles que les organisations des sociétés civiles dans la promotion et la mise en œuvre de la politique au niveau local et communautaire. Pour la prise en charge, le protocole est adopté à partir des recommandations et des normes de l'OMS des sociétés savantes (revues scientifiques). En dehors de la formation universitaire qui joue un rôle dans le partage du protocole, les médecins organisent aussi des conférences et partagent le protocole dans leur groupe d'échange virtuel. Mais le protocole disponible chez les infirmiers responsable des CSI ne prend pas en compte la prise en charge des complications qui constituent pourtant la majorité des admissions pour la HTA et le diabète.

De plus, en dehors des enseignements à la faculté de médecine, la diffusion du protocole a été jusque-là faite à travers le projet HEART et le projet

diabète. La majorité des parties prenantes ont donc une connaissance vague ou ignorent les directives et les orientations de la politique de lutte contre les MNT.

Cette méconnaissance s'explique aussi par l'absence de décentralisation de la politique qui devrait se faire au niveau des directions régionales de la santé publique (DRSP) et au niveau des formations sanitaires. Les politiques et le travail de coordination sont limitées au programme national dont le siège se trouve dans la capitale. Cela rend difficile l'intégration des activités de lutte contre les MNT dans les structures de santé :

« Je ne connais pas leur programme (orientation et directive) et ce sont des voisins qui sont à côté de nous (...) s'il y avait un point focal destiné aux maladies non transmissibles dans nos structures, il allait s'occuper de son accompagnement, depuis la case de santé jusqu'au niveau de district. Mais c'est peut-être non communautaire et étant donné qu'on ne l'a pas, on ne connaît pas les enjeux (...) quel but, quelle vision, quel objectif, pour qu'on ait une situation de base. » (Médecin-chef de district sanitaire, à Niamey en août 2023)

Toutefois, on note l'instauration de modules de formation sur les maladies non transmissibles en deuxième année d'études de technicien supérieur en soin infirmier. Mais les agents de santé de base qui représentent la majorité des infirmiers en service ne bénéficient pas de la formation. Le programme national tient aussi des réunions de plaidoyers et d'informations vers les autorités administratives, sanitaires, coutumières et religieuses, en fonction du financement des partenaires techniques et financiers. Dans le cas particulier du CHR de Tahoua, un système de tutorat a été mis en place afin de former sur le tas les agents, avec un affichage du protocole dans tous les services impliqués dans la prise en charge :

« Depuis mon recrutement à la fonction publique, il y a trois ans, je n'ai jamais eu le protocole national de traitement national sur la prise en charge de l'HTA. J'essaie moi-même de faire les fiches techniques que je partage avec les collègues et qui sont affichées dans les services. » (Médecin cardiologue, à Tahoua en août 2023)

Au niveau personnel, les agents effectuent des recherches sur internet ou participent à des formations en ligne pour se mettre à niveau.



## SYSTÈME DE SANTÉ ET FORMATIONS SANITAIRES DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Au Niger, le système de santé est pyramidal. Il comprend trois niveaux : périphérique, intermédiaire et national.

### **La prise en charge des maladies non transmissibles au niveau périphérique**

Le niveau périphérique est composé des hôpitaux de district, rattachés aux districts sanitaires, des centres de santé intégrés et des cases de santé.

#### *Les hôpitaux de district*

L'hôpital de Madaoua est l'un des deux hôpitaux de districts de la région de Tahoua retenus par l'OMS pour mettre en œuvre le programme Hearts. Dans le cadre de ce programme, cet hôpital de district a été appuyé en médicaments, matériels et outils de prise en charge du diabète et de l'hypertension tels que les glycomètres, bandelettes, balances, tensiomètres, etc. Cependant, un incendie survenu en mai 2023 a détruit tous les médicaments et intrants fournis par le programme. Cela a entraîné une sérieuse rupture des bandelettes et des molécules qui étaient offertes gratuitement aux malades. Les CSI du district étaient aussi concernés par cette rupture puisqu'ils se ravitaillaient au niveau de la pharmacie de district. Celle-ci se contente à présent de commander les produits et les bandelettes pour l'hôpital. Les CSI n'ont pas accès aux bandelettes. Les malades sont donc systématiquement référés vers l'hôpital. Selon un responsable de l'ECD, la priorité du district est de reconstituer uniquement le stock de molécules essentielles et intrants destinés à prendre en charge les maladies ou problèmes de santé pour lesquels le district est obligé de rendre compte.

L'hôpital de district de Madaoua a plutôt un meilleur plateau technique. Ainsi, il possède certains matériels pour la réalisation des examens, qui sont achetés sur fonds propre du district. Il s'agit des appareils pour les examens d'urée-créatinine, et d'ionogrammes comportant 5 paramètres. En plus de ces appareils, le district possède des lecteurs de glycémie ou des glycomètres

avec les bandelettes au niveau de certaines unités de soins pour le contrôle et la surveillance de glycémie, et des tensiomètres pour la mesure de la tension artérielle. Certains examens poussés comme l'hémoglobine glyquée sont effectués au niveau du laboratoire.

L'hôpital de district de Mayahi, non pilote, accueille les malades référés par les centres de santé intégrés. Il s'agit des malades hypertendus ou des malades soupçonnés d'être atteints de diabète afin de confirmer leur statut et continuer leur prise en charge. En dehors de la Furosémide\* qui est disponible pour l'hypertension artérielle, aucune molécule pour la prise en charge du diabète n'est disponible. Les malades achètent leurs produits dans les dépôts pharmaceutiques de la ville. Certains médicaments comme l'insuline ne sont pas disponibles dans ces dépôts. Les malades sont donc obligés de les commander dans les grandes villes :

« Lorsque j'étais hospitalisé ici, on m'avait prescrit l'insuline, mais ce n'était pas disponible à Mayahi, il fallait partir à Maradi le chercher. C'est mon frère qui partait acheter chaque fois dans un thermos. » (Un diabétique, entretien du 02/08/2023 à Mayahi)

Il faut rappeler que les médicaments pour les MNT ne sont pas subventionnés par l'État. Les coûts sont supportés par les malades. Par exemple, pour le diabète, le prix de l'insuline varie de 5.000 à 6.000 FCFA. Selon les personnes interrogées, le flacon d'insuline peut faire 10 injections. Pour les maladies cardio-vasculaires, le Catapressan injectable coûte entre 2000 et 3000 FCFA, l'ampoule du Furosémide coûte 200 FCFA et le Captopril comprimé 1.000 la plaquette.

En ce qui concerne les examens et bilan, les patients paient 1.500 FCFA pour le test de glycémie au niveau des districts visités, l'urée-créatinine 3.000 FCFA, la radiographie 3.000 FCFA.

Il faut préciser que l'insuline n'est pas un médicament comme les autres, car elle exige d'être conservée dans un réfrigérateur à une température de 2 à 8 °C. Certains malades ne disposant pas de réfrigérateur ont des stratégies pour la conserver. Par exemple, ils mettent le flacon de l'insuline dans un plastique et l'enterrent dans un endroit frais, d'autres utilisent une thermos contenant de la glace pour la conserver. Une autre difficulté, c'est son injection. En effet, sans éducation thérapeutique, le malade ne peut pas calculer et s'injecter la dose dont son corps a besoin, ce qui l'expose à un risque d'hypoglycémie qui devient fatale en l'absence d'une prise en charge adéquate. Ainsi, le malade est obligé de faire des allers et retours dans une structure de santé afin de bénéficier de sa dose exacte. Néanmoins, si la distance à parcourir pour s'y rendre est longue, le malade risque de se relâcher voire abandonner.

« Donc s'il faut le faire par l'infirmier il faut qu'il soit à proximité, si vous voulez faire des injections matin et soir et que le centre de santé est à 10 kilomètres, on peut faire le matin, mais le soir s'il faut encore retourner ça devient un peu compliqué. C'est vraiment insupportable. » (Un diabétologue, entretien du 26/09/2023 à Niamey).

### ***Les centres de santé intégrés***

Les centres de santé intégrés représentent les structures sanitaires périphériques de premier niveau. Ils sont sous la responsabilité d'un médecin (rarement), ou d'un infirmier le plus souvent (technicien supérieur en soins infirmiers, infirmier diplômé d'État ou parfois infirmier certifié).

On distingue deux types CSI : CSI de type 1 et CSI de type 2. Les premiers, ne disposant pas de maternité, desservent une population inférieure ou égale à 5.000 habitants dans un rayon de 5 kilomètres. Les seconds, disposant d'une maternité, servent une population de 5.000 à 15.000 habitants dans un rayon de 5 kilomètres ou dans une zone urbaine<sup>5</sup>.

Les centres de santé intégrés délivrent un paquet minimum d'activités. Il s'agit entre autres des soins curatifs, préventifs, éducatifs et réadaptatifs, y compris les prestations de planification familiale (PF) ; de la formation, du recyclage et de la supervision des agents de santé ; de la sensibilisation des autorités locales et des populations en matière de santé ; de la surveillance de la grossesse, des accouchements normaux et des soins pré et post-nataux ; de la prise en charge des références ; de la collecte et du traitement sommaire des données ; de l'éducation et de la promotion de l'hygiène du milieu, etc.

En plus de ces activités, les centres de santé délivrent des prestations relatives aux maladies non transmissibles, le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle. Cependant, en dehors des CSI pilotes du projet HEARTS qui prennent en charge ces pathologies, car ils ont bénéficié de matériels de dépistage, de molécules et de la formation des agents de santé, la plupart des CSI visités n'offrent pas ou très peu les prestations liées à ces deux maladies, surtout le diabète, en raison du manque de formation des agents de santé et de l'absence de matériels de dépistage. Nous avons constaté que dans certains CSI les médecins achètent leurs propres glycomètres et tensiomètres afin d'assurer la prise en charge des malades. Le glycomètre le plus cher coûte 30.000 F CFA et le moins cher 15.000 F CFA. Quant aux bandelettes, la boîte de 50 bandelettes coûte entre 22.000 à 25.000 F CFA. Le tensiomètre varie de 22.000 à 50.000 F CFA.

Par ailleurs, il convient de souligner que même dans les CSI où les médecins sont disponibles, le plateau technique adapté qui leur permettrait de prendre

---

<sup>5</sup> Arrêté n° 0069/MSP du 03 juin 1996

en charge ces pathologies chroniques fait défaut. Les médecins sont donc obligés de référer les malades vers les centres hospitaliers régionaux malgré leur compétence :

« La compétence y est, mais le plateau technique manque. Nous n'avons pas de laboratoire alors que c'est un CSI médicalisé qui normalement doit avoir son propre laboratoire, un plateau technique lui permettant de réaliser certains examens initiaux aux diabétiques pour une meilleure prise en charge de leur maladie. Si cela y est, on n'aurait pas besoin de les référer vers l'hôpital où ils vont payer encore d'autres frais pour les examens et se mettre dans la file d'attente avec tout le stress et attendre leur passage, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur santé. » (Un médecin, entretien du 09/08/2023 à Tahoua)

Les CSI dirigés par un médecin et faisant partie des sites pilotes sont meilleurs en matière d'offre des services aux diabétiques et aux hypertendus, car les patients bénéficient d'une prise en charge rapide, accèdent aux ordonnances et à un suivi régulier. Les CSI ne disposant pas de médecins et qui n'ont pas bénéficié du projet HEARTS réfèrent les malades vers les centres hospitaliers dans lesquels on trouve un médecin. Cela constitue une limite, car non seulement cela retarde leur prise en charge du fait des difficultés à rencontrer le médecin, mais aussi le coût de transport handicape le référencement. Le coût d'évacuation varie de 10.000 FCFA à 65.000 FCFA selon la distance. Par exemple, un patient référé au district de Mayahi à partir du CSI Baja doit payer 27.000 FCFA ; de Bermo à Maradi il paie dans les 65.000 F CFA pour être évacué.

Des algorithmes de prise en charge du diabète et de l'hypertension sont affichés un peu partout dans les différents services des CSI pilotes visités. Cet affichage montre non seulement la disponibilité des soins relative à ces pathologies, mais aussi sert de guide aux infirmiers et aux sage-femmes non formés sur les MNT.

Plus précisément, ces algorithmes indiquent les étapes de la prise en charge et les conduites que les agents de santé doivent tenir face à un sujet diabétique. Lorsqu'un sujet, dépisté à deux reprises, présente une glycémie veineuse supérieure ou égale à 1,26g/l, il est demandé dans un premier temps aux agents de santé de le mettre sous mesures diététiques et avec des activités physiques régulières au moins 30 minutes par jour pendant 5 jours par semaine. Ces consignes doivent être observées pendant 1 à 3 mois. Lorsqu'il revient pour le contrôle, on lui refait le test de glycémie veineuse. Si elle est inférieure à 1,26g/l à jeun, il lui est recommandé de poursuivre les mesures initiales. Cependant, si celle-ci est supérieure ou égale à 1,26g/l à jeun, en plus des mesures diététiques et des activités physiques régulières, il est mis sous Metformine 500mg (1 à 3 par jour) pendant 3 mois.



Trois mois après, deux situations peuvent arriver : soit il revient avec une glycémie inférieure à 1,26g/l à jeun, et il lui est demandé de poursuivre le traitement, les mesures diététiques et les activités physiques régulières. Soit la glycémie est supérieure et il est référé vers un hôpital de district.

#### *Le dépistage*

Excepté lors des journées mondiales du diabète et de l'hypertension organisées chaque année, où les dépistages de masse sont gratuits, les gens ne prennent pas l'initiative d'aller se faire dépister volontairement. La plupart des malades diabétiques ou hypertendus sont dépistés de manière fortuite, lors des consultations ou après une crise. Une diabétique dont la maladie a été découverte à un stade très avancé, raconte les circonstances dans lesquelles son diabète a été détecté :

« Mon diabète s'est déclaré avec un problème d'œil, mais je ne savais pas que c'était le diabète. En ce moment, je ne voyais qu'à travers un seul œil. J'ai donc décidé d'aller à l'hôpital Makka, c'est un hôpital des Arabes. Après consultation, ils m'ont dit qu'ils vont me faire une intervention. Avant cela, ils m'ont fait des examens et ont prélevé mon sang pour voir si je n'ai pas le diabète. Le résultat du test a confirmé que j'ai le diabète et m'ont dit qu'ils ne vont pas me faire l'intervention aujourd'hui, donc de partir et revenir demain quand ma glycémie va baisser. Avant de quitter, ils ont mis un liquide dans mon œil. Le lendemain j'étais revenu et ils m'ont fait l'intervention. » (Une diabétique, entretien du 30/07/23 à Maradi)

#### *Les conseils diététiques*

Le counselling nutritionnel du diabète et de l'hypertension artérielle est assuré par les agents de santé alors qu'ils n'ont aucune formation spécialisée sur cette question :

« Je n'ai pas reçu une formation sur les mesures diététiques (...), c'est avec des connaissances empiriques qu'on essaie de faire la prise en charge diététique. » (Un cardiologue, entretien du 07/08/23 à Tahoua)

Les connaissances acquises durant le parcours de formation universitaire ou sur la base de l'expérience sont insuffisantes pour convaincre le patient de la nécessité de suivre le régime conseillé. Dans ce contexte, l'essentiel des conseils prodigués aux diabétiques porte sur l'interdiction de consommer les boissons sucrées, les fruits sucrés et certaines céréales comme le mil, le riz, le maïs, etc. On leur autorise cependant la consommation du sorgho, du niébé et des légumes (salade, moringa, choux, etc.). Toutefois, le respect de ce régime est difficile chez beaucoup de patients en raison de la faiblesse des revenus et de la rareté de certains légumes dont la production est saisonnière.

« Ils m'ont donné des conseils diététiques comme quoi je ne dois pas consommer trop de sucre, d'huile et du riz, mais je peux consommer du sorgho... C'est une maladie des riches parce que même pour manger du sorgho et autres aliments conseillés, il faut avoir de l'argent. Si tu n'en as pas,

tu es obligé de manger ce qui est disponible à la maison pour ne pas mourir de faim. » (Une diabétique, entretien du 29/07/23 à Maradi)

Chez les hypertendus, c'est la consommation d'arômes Maggi, de sels, de viande et d'aliments riches en graisse qui est interdite.

Le respect du régime diététique nécessite l'implication de la famille ou des proches parents. Lorsque le statut du malade est confirmé, les agents de santé invitent souvent son accompagnant à suivre l'explication sur l'importance du respect du régime diététique. L'objectif est que les membres de la famille contribuent au respect de ces restrictions alimentaires.

Cependant, si certaines familles ou proches du malade participent pleinement à l'observance du régime en préparant un repas adapté, etc., beaucoup n'ont pas assez de marge de manœuvre pour respecter ces restrictions. De ce fait, ils consomment tout ce qui est préparé par la cuisine familiale. Parfois aussi, malgré les efforts de la famille, certains malades consomment en cachette les aliments interdits aux diabétiques ou aux hypertendus :

« Les agents de santé ont interdit à notre maman à consommer les aliments, mais elle profite de notre absence pour acheter des gâteaux sucrés. Un jour, nous l'avons surpris dans sa chambre en train de consommer de la boule sucrée. » (Une diabétique, entretien du 10/08/2023 à Tahoua)

Le respect du régime alimentaire par les malades, surtout pauvres, n'est pas du tout facile en raison des habitudes alimentaires (plats riches en glucides), ancrées dans les réalités socioculturelles. Priver les malades de ces aliments, c'est « déclarer une guerre » :

« Qui dit régime dit réduction d'apport, or comme je l'ai dit, qui dit Nigérien dit repas à base de céréales à l'état cru, c'est entre 60 et 75% de sucre dans les céréales que ça soit le mil, le riz, le maïs, etc. Les tubercules c'est à peu près la même teneur en glucide, donc vouloir supprimer ça dans un régime, vous cherchez la guerre. Qu'est-ce que la personne va manger ? Si elle ne meurt pas de son diabète, elle va mourir de faim. Donc c'est une équation difficile, si bien que nos diabétiques nécessitent des doses de médicaments beaucoup plus importantes qu'ailleurs, donc ça veut dire un surcoût de prise en charge, car la quantité de médicaments à consommer va être prise en charge par le malade. Les aliments à base de protides par exemple viande, poisson, poulet et légumes, ne sont pas donnés à toutes les bourses et même les légumes c'est saisonnier. Vous voyez déjà, à partir du régime c'est un peu complexe ; ça, c'est le premier point. » (Un diabétologue, entretien du 23/09/2023 à Niamey)

#### *Les conseils pour l'activité physique*

Les agents de santé recommandent une marche de 30 minutes au moins trois fois par semaine, à l'aube ou au coucher du soleil. Certains patients fournissent des efforts pour respecter cette recommandation et font de la marche sur une distance relativement réduite dans les rues de leurs quartiers.

D'autre part, par manque d'informations suffisantes sur la durée et la fréquence du sport, certains malades rencontrent des difficultés à doser leur activité physique, ce qui les expose souvent à l'hypoglycémie :

« Au début, je faisais une longue marche, je partais vers la mosquée qui est à la sortie de la ville et revenir. Après j'ai rencontré un médecin et m'a questionné sur la distance que je parcourrais, quand je lui ai dit ça, il m'a dit que c'est trop loin, de diminuer. » (Une diabétique, entretien du 30/07/2023 à Maradi)

En revanche, d'autres rencontrent des difficultés à marcher parce qu'ils estiment ne pas avoir la force pour cet exercice.

#### *Le suivi des malades*

Le suivi des malades se résume au contrôle et à la surveillance régulière de la glycémie ou de la tension afin d'éviter les complications. Les rendez-vous de contrôle varient de 2 semaines à 3 mois selon les taux de glycémie présentés par les patients lors du précédent contrôle. Certains des malades référés ou évacués vers l'hôpital, après stabilisation, reviennent dans leur structure initiale pour le suivi.

En plus du suivi, les médecins ou infirmiers des CSI demandent des examens initiaux ou des bilans, afin d'éviter ou de prévenir des complications chez les malades. En dépit de l'importance de ces examens complémentaires, beaucoup de malades ne parviennent pas à les effectuer en raison de l'insuffisance de moyens :

« Les examens demandés aux malades sont coûteux or la plupart d'entre eux sont pauvres. L'idéal c'est que les malades effectuent des examens initiaux pour voir s'ils ne développent pas des complications et permettre au médecin de mieux les prendre en charge. Malheureusement, par faute de moyens, beaucoup ne les font pas, ce qui constitue un risque pour eux de développer des complications associées à leurs diabètes ou hypertensions. Cela veut dire que nous allons juste traiter le diabète en équilibrant la glycémie sans que les complications soient prises en charge. » (Un médecin, entretien du 09/08/23 à Tahoua)

### **La prise en charge des maladies non transmissibles au niveau intermédiaire**

Le niveau intermédiaire regroupe les hôpitaux régionaux et les centres de santé mère et enfant. Ils possèdent un meilleur plateau technique et quelques spécialistes (diabétologues, cardiologues), et des techniciens supérieurs et des infirmiers pour la prise en charge du diabète, de l'hypertension artérielle et des troubles mentaux.

Une bonne prise en charge de ces maladies chroniques dépend en grande partie de la réalisation d'un bilan initial permettant d'évaluer non seulement

l'évolution de la maladie, mais aussi voire si certains organes ne sont pas affectés. Les bilans et les analyses sont disponibles dans ces hôpitaux, mais restent en grande partie inaccessible aux malades chroniques en raison de leur pauvreté :

« Vraiment, c'est là où le bât blesse. La santé à ce jour n'est pas accessible comme on le voudrait. D'ailleurs, ce sont des maladies classiques qui, tellement qu'elles représentent un problème de santé publique, l'État devrait, tout comme les autres pathologies, essayer de mettre une certaine gratuité de la prise en charge notamment le bilan initial. Parce que tout dépend du bilan initial. Et malheureusement ce bilan initial est difficile à réaliser, même quand il a été revu par l'OMS pour le simplifier pour que vraiment ce soit vulgarisé dans tous les pays. Que ce soit pays développé ou en voie de développement, jusqu'à présent, c'est un bilan qui n'est pas si accessible que ça. Donc la majorité de nos patients ne peuvent pas honorer ce bilan. Ce bilan suppose un coût et associé vraiment à la prise en charge, c'est-à-dire les molécules qu'il faudra acheter pour gérer l'hypertension artérielle, la majorité des patients n'arrive pas à honorer le bilan. Souvent on est obligé de fractionner le bilan. De le faire sur un temps très long, or ce n'est pas ce qui est recommandé. » (Un cardiologue, entretien du 07/08/2023 à Tahoua)

En outre, selon ce même cardiologue, la volonté politique est insuffisante pour les rendre accessibles en subventionnant certaines molécules :

« Ce qui manque vraiment, c'est la volonté politique. Sinon, pour la prise en charge de l'hypertension artérielle, ce n'est pas un plateau technique très poussé qu'il nous faut. Tous les examens dont je te parle sont disponibles à l'hôpital. Les examens pour le bilan initial. Les molécules sont disponibles dans les pharmacies. Certes, ils ne sont pas abordables. Ça, il faut le dire, il faut que l'État fasse diligence pour trouver un mécanisme de diminution du coût de ces médicaments. À part ça, c'est juste le dépistage et la sensibilisation qui manquent et là, ce sont des programmes qu'il faut pour ça. » (Un cardiologue, entretien du 01/08/2023)

Au CHR de Maradi, les diabétiques et les hypertendus ont accès aux soins spécialisés. Un endocrinologue est disponible. Il assure la prise en charge de ces malades et leur suivi. Il explique son travail en ces termes :

« Nous essayons de prévenir les complications et de traiter certaines complications s'il y en a et s'il y a autre maladie associée nous les prenons en charge, voilà en quoi consiste le suivi des malades. Des rendez-vous sont donnés aux malades selon l'évolution de leur maladie. Il y a certains malades qu'on voit par exemple tous les mois quand ils ne sont pas bien équilibrés, s'ils sont équilibrés on les voit tous les trois mois. » (Un endocrinologue, entretien du 01/08/2023 à Maradi)

Les spécialistes sont souvent confrontés à des difficultés qui les empêchent de prendre en charge correctement les malades :

« La difficulté qu'on a, c'est de pouvoir nous faire comprendre, et la deuxième difficulté ce sont des gens qui n'ont pas les moyens, c'est difficile pour eux d'acheter des médicaments ou même de se déplacer pour venir ici. Ce sont

donc essentiellement des problèmes auxquels nous sommes confrontés dans l'exercice de notre travail. » (Un endocrinologue, entretien du 01/08/2023 à Maradi)

Si certains examens demandés pour le diabète sont accessibles, d'autres ne les sont pas du fait de leurs coûts élevés ou encore de leur indisponibilité. C'est le cas de l'examen des anticorps.

Un autre médecin rencontré au CHR de Maradi explique également des difficultés relatives à la prise en charge :

« La difficulté dans la prise en charge c'est qu'on est formé pour prendre en charge les maladies, mais ce sont des complications que nous prenons en charge. Par exemple, un patient diabétique se présentant avec des complications, comme une insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, sa prise en charge est différente, elle est compliquée. Le médecin tâtonne souvent dans leur prise en charge, il essaie de trouver juste le milieu dans le traitement. Si le médecin prend en charge 2 cas de ces malades par jour, il devient stressé et fatiguer. Et ce sont des cas admis chaque jour. Il y a la crainte que la mise en place d'un traitement relatif à la maladie ou à la complication déclenche d'autres problèmes de santé. » (Un médecin, entretien du 01/08/2023 à Maradi)

## **Les matériels et fournitures au niveau des soins de santé primaire**

La prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle nécessite la disponibilité d'un certain nombre de matériels de dépistage (tensiomètre, glycomètre, bandelettes, etc.) et des molécules (furosémide, metformine, etc.). Force est de constater que la majorité des CSI ne possèdent pas ces matériels, surtout les glycomètres, qui permettent de diagnostiquer le diabète ; et cela même dans certains hôpitaux où la disponibilité de glycomètres est importante pour la surveillance des malades en soins ou hospitalisés, avant de leur administrer leurs médicaments, notamment l'insuline. Les agents de santé sont obligés d'envoyer chaque fois le test de glycémie au laboratoire, ce qui retarde la prise en charge correcte de ces malades :

« Même aux urgences maintenant ils n'ont pas de glycomètres. J'étais même parti voir le médecin-chef. J'ai tout fait pour qu'ils nous amènent un glycomètre. Le manque de glycomètre impacte la prise en charge. Par exemple, quelqu'un qui est sous acte rapide, c'est-à-dire l'injection d'insuline. Imaginer maintenant si on dit de faire l'acte rapide et avant de faire cela tu as besoin du contrôle glycémique, il faut connaître le taux de sucre dans le sang de ton malade. Si tu n'as pas ce taux, tu ne peux pas lui administrer l'insuline. Donc tu vois si maintenant tu dois faire l'insuline et on risque d'attendre longtemps. Par exemple, on peut parfois prélever à 5 heures du matin et pour avoir les résultats il faut 9 heures. Vous voyez le retard que ça peut entraîner

pour la prise en charge, alors que si on avait notre glycomètre, sur place tu as tes résultats. » (Infirmière, entretien du 4/08/2023 à Mayahi)

Parfois, les glycomètres sont disponibles, mais les bandelettes manquent. D'ailleurs, l'un des plus gros problèmes rencontrés par les agents de santé, c'est le manque de bandelettes adaptées aux glycomètres:

« Actuellement nous avons une importante quantité des bandelettes, mais nous ne pouvons plus les utiliser, car elles ne sont pas adaptées aux glycomètres dont nous disposons. » (Un médecin chef de district, entretien du 20/09/2023 à Madaoua)

Pour le diagnostic de l'hypertension artérielle, tous les CSI (y compris certains centres de Niamey) ne sont pas dotés de tensiomètre. Parfois, dans un CSI, un seul tensiomètre est partagé entre plusieurs unités de soins. En plus, sa gestion, notamment le renouvellement de ses piles (pour les tensiomètres électriques) pose d'énormes problèmes aux agents de santé. Selon certains chefs-CSI, par semaine il arrive qu'ils dépensent au minimum 1000 F CFA pour le renouvellement des piles du fait qu'elles ne sont pas prises en charge par le recouvrement des coûts (RC). D'autres, dès qu'elles s'épuisent, ils les déposent jusqu'à leur renouvellement. Cela veut dire que tous les patients qui viendront ce jour en consultation ne bénéficieront pas du contrôle de leur tension. Pour contourner cette difficulté, certains CSI ont initié une cotisation afin d'assurer le renouvellement des piles des tensiomètres. Ainsi, il est demandé à chaque usager de donner entre 25 et 50 F CFA. Aussi, certains tensiomètres n'affichent rien au-delà d'un certain niveau d'élévation de la tension artérielle. Ce qui oblige les agents de santé de référer les malades vers un autre CSI ou vers l'hôpital de district.

### **Les sanctions de la CEDEAO et ses conséquences sur la prise en charge des maladies non transmissibles**

Le changement de régime à la suite des événements du 26 juillet 2023 a entraîné une batterie de sanctions contre le Niger. Le secteur de la santé est l'un des secteurs les plus affectés par ces dernières. Elles ont engendré des répercussions sur la prise en charge des malades chroniques. La première est la rupture de molécules. Les malades ne pouvaient plus renouveler ces produits adaptés à leur maladie :

« Elle impacte déjà parce qu'il y a certains types d'insuline qu'il n'y a sur le marché et c'est fâcheux, car quelqu'un qui a son traitement bien équilibré qu'il ne trouve plus il est obligé de se rabattre sur un autre type d'insuline et ce n'est pas dit que dès qu'on lui prescrit la dose ça va aller, il faut encore changer. Nous en tant que diabétologue on le sent déjà, je reçois beaucoup des messages disant je ne trouve plus mon médicament usuel dans les pharmacies. Et parfois je vais remplacer, je pars dans la pharmacie, on dit voilà ce qu'il y a, malheureusement ça commence à impacter. (...). Quel que soit le type de

stockage, de passer d'un type d'insuline à l'autre, de grignoter sur le stock utilisé par les autres, ça finira à épuiser tous les stocks un jour. C'est ça notre crainte, et l'insuline c'est l'insuline il n'y a pas d'autre alternative. (...). Pour l'insuline, il faut l'insuline. Donc moi c'est vraiment une des sanctions que j'ai trouvé la plus sanguinaire sur le plan pharmaceutique. Pour certains il vaut mieux les mettre une balle dans la tête que de le faire. Imaginer des produits anticancéreux, des gens qui sont sous chimiothérapies c'est vraiment ignoble la sanction sur les produits pharmaceutiques. » (Un diabétologue, entretien du 26/09/2023 à Niamey)

L'arrêt brutal de la fourniture d'électricité par le Nigeria constitue le second facteur de l'aggravation de l'état des malades. Les coupures intempestives observées dans plusieurs villes n'ont pas facilité la tâche aux malades et aux médecins. Elles ont gravement affecté le fonctionnement des structures sanitaires y compris dans les cliniques privées qui disposent relativement plus de moyens pour faire face aux coupures :

« Oui l'électricité aussi. Je vais vous donner un cas que j'ai vécu, c'est le groupe qui marche, plus il marche plus on a le risque de panne. C'est arrivé à 23h. Et on a un malade qui était sous traitement par seringue électrique continue. La seringue électrique a une autonomie et toute mon inquiétude il fallait que le groupe redémarre, car si la batterie se décharge on fait quoi ? Vous récupérez quelqu'un pendant une semaine et bêtement vous allez le perdre en 15 minutes parce qu'il n'y a pas d'électricité. (...). Je vous ai dit ça je l'ai vécu dans ma chair. Il y a à peine 4 jours, j'étais inquiet, on était obligé d'appeler le magasinier de la Manutention Africaine la nuit pour aller chercher la pièce et réparer le groupe. Dieu merci le malade s'en est sorti et il est même sorti de la clinique (privée), mais j'étais hyper stressé si on perd une vie comme ça. » (Un diabétologue, entretien du 26/09/2023)

## **Les préventions muettes contre les maladies non transmissibles**

Les actions de prévention contre le diabète et l'hypertension reposent essentiellement sur le renforcement du système de santé, mais aussi sur la diffusion des messages de sensibilisation à l'endroit de la population pour qu'elle adopte un mode de vie sain à travers un changement de comportement. Ces messages éclairent également la population sur les pathologies, les facteurs de risques, les causes et les conséquences. Des efforts sont en train d'être faits par les différents acteurs intervenant dans le domaine. Par exemple à Mayahi, le district sanitaire a inscrit une activité de prévention dans le PAA, que le Fonds Commun a financé en 2023. Cela a consisté à l'organisation d'un sport de masse pour sensibiliser la population à une pratique régulière du sport. Par la même occasion, une séance de dépistage avait été organisée.

Cependant, beaucoup reste à faire au regard des habitudes alimentaires au sein de la population. En effet, nos données de terrain montrent que ces actions de prévention n'ont pas produit les effets escomptés, car beaucoup

de personnes n'ont pas une bonne hygiène de vie (consommation excessive des aliments sucrés, faible activité physique, etc.). Certains ignorent le danger auquel ils sont exposés, d'autres le connaissent, mais n'en prennent pas assez conscience en raison des considérations socioculturelles. Par exemple, la perte du poids, dans nos sociétés, est associée au VIH-SIDA ou à la souffrance dans une société où l'embonpoint est considéré comme un signe d'aisance.

### **La prise en charge des troubles mentaux**

Dans les sites visités, des agents de santé non spécialisés en santé mentale ont été formés. Cette formation s'est appuyée sur un document intitulé « mhGAP » (mental health gap action) de l'OMS afin de leur apprendre à délivrer les premiers soins aux personnes atteintes des troubles mentaux, liés à la consommation de drogue, avant de les référer vers un technicien en santé mentale au niveau des hôpitaux régionaux. Une fois stabilisées, ces personnes sont contre-référées vers leur CSI pour la poursuite des soins. Des sorties sont également organisées par les techniciens dans les structures de santé villageoises. Lors de ces sorties, des prestations comme les consultations et les dépistages de masse sont réalisés. Ceux qui ont été dépistés malades reçoivent gratuitement des médicaments. Des visites à domicile pour le suivi de ces malades sont aussi organisées, elles permettent de les ravitailler. Des campagnes de sensibilisation sont organisées au niveau des établissements scolaires. Les élèves sont sensibilisés sur la toxicomanie, l'épilepsie, etc.

Toutes ces activités ont été financées par l'ONG Medu. Elle intervient dans trois régions du Niger : Maradi, Niamey et Tahoua. Il faut souligner que l'intervention de l'État dans ce secteur de la santé est timide. Par exemple, de 2008 à 2023, le service de la psychiatrie du CHR de Maradi n'a bénéficié que de 2 ravitaillements en médicaments génériques de la part de l'État. Ces médicaments sont gérés de façon rationnelle. En effet, le service privilégie les malades démunis, les malades sans accompagnant, les malades incarcérés, etc. Il les prend en charge gratuitement. Lorsque les produits provenant des dons sont disponibles en grande quantité, ils sont donnés à tous les malades sans distinction.

Le technicien de santé mental intervient également dans le volet psychologique de la prise en charge des malades diabétiques et hypertendus qui développent des troubles mentaux. Les principaux troubles diabétiques dont souffrent ces malades sont les troubles d'humeur (tristesse, visible sur le visage), les idées suicidaires, etc. :

« Ils viennent à l'hôpital tardivement et on leur demande de faire des examens, car c'est sur la base de ceux-ci que le médecin saura de quoi il souffre et le



prendre en charge ; or ces examens sont coûteux ; en plus, ils doivent acheter des médicaments et malheureusement ils sont épuisés financièrement parce qu'ils ont dépensé tout leur argent dans les traitements traditionnels, les guérisseurs traditionnels. Cette situation conduit beaucoup d'entre eux à rentrer dans la tristesse, l'angoisse. » (Un technicien en santé mentale, entretien du 01/08/2023 à Maradi)

## **Les ressources financières disponibles et leurs sources dans le système de santé**

Le financement de la santé découle de plusieurs sources : l'État, les ménages, les institutions internationales, les collectivités territoriales, les organisations et associations confessionnelles, etc.

Le recouvrement des coûts, c'est-à-dire le paiement direct des ménages, constitue également une des sources de financement de la santé. La délivrance des soins reste essentiellement basée sur le recouvrement (partiel) des coûts. Dans les centres de santé intégrés, les adultes paient une somme forfaitaire standard de 1000 FCFA (800 FCFA pour les prestations, 100 FCFA pour le carnet de santé et 100 FCFA pour les centimes additionnels). Ainsi, quel que soit le type de soins sollicités, les malades doivent payer cette somme. Ces frais sont collectés par les trésoriers des COGES et versés dans un compte unique des districts auxquels ils sont rattachés. Ce fonds sert à l'achat des molécules essentielles, des intrants et des matériels.

En 2021, l'Etat avait consacré à la santé 243,984 milliards de FCFA, soit de 50,07% des dépenses totales de santé. Le paiement direct des ménages s'élevait à 204,518, milliards de FCFA, soit 40,7%<sup>6</sup>.

Selon le Plan Stratégique National de lutte contre les MNT (2012 : 22), « les pauvres consacrent en moyenne individuellement à la santé 1 439 FCFA, soit 2.3 % de leur revenu, contre 8 018 FCFA pour les personnes plus aisées, soit 3.6 % de leur revenu. Cette disparité est accentuée par le poids écrasant que supportent les ménages dans le financement de la dépense globale de santé en général et aux MNT en particulier ».

Par manque de protection sociale ou d'assurance, le paiement des soins rend les patients pauvres très vulnérables en cas des maladies chroniques. Ce qui n'est pas le cas avec les fonctionnaires de l'État, les travailleurs des ONG et les salariés des sociétés qui accèdent aux soins par un système d'assurance.

Que le motif de consultation soit maladies transmissibles ou non transmissibles, les usagers paient les 1000 FCFA. En payant ce frais, le sujet

---

<sup>6</sup> Plan stratégique national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles et les traumatismes 2023 -2026

diabétique va bénéficier des services suivants : le dépistage, les conseils diététiques et l'ordonnance. Le sujet hypertendu, en plus, de diagnostic et des conseils diététiques va bénéficier d'une injection de Furosémide pour stabiliser sa tension, si nécessaire, avant de le référer vers l'hôpital de district qui est le premier niveau de référence.

Par ailleurs, certains matériels, molécules génériques et intrants utilisés dans la prise en charge des maladies transmissibles et de l'hypertension artérielle sont couverts par le forfait du recouvrement des coûts. Cependant, ceux du diabète ne sont pas pris en charge. Certes la prise en charge du diabète a été initiée par le projet HEART dans les districts pilotes, mais les prestations pour cette pathologie n'ont pas continué dans beaucoup de CSI pour une raison administrative. Un médecin-chef d'un district explique cet état de fait :

« (...) la première difficulté c'est que nous ne pouvons pas renouveler ces médicaments parce que nous ne sommes pas autorisés à le faire. En plus, les molécules pour la prise en charge de ces pathologies ne sont pas des molécules d'un niveau CSI, ce sont des molécules qui sont d'un niveau hospitalier. La compétence de l'infirmier ne permet pas d'utiliser ces molécules comme on le souhaite c'est aussi un deuxième blocage. La troisième chose c'est qu'il n'y a pas de produit générique. Vous savez en fait en matière de santé publique on joue toujours sur le coût donc de l'ordonnance par rapport à l'efficacité attendue. Donc même si tu donnes une ordonnance à un patient s'il n'a pas les moyens de la payer, mais c'est zéro, tu n'as rien fait. » (Un médecin chef de district, entretien du 26/09/ 2023 à Niamey)

En ce qui concerne les partenaires, le Fonds Commun qui regroupe en son sein 6 partenaires (l'AFD, l'UNICEF, l'AECID, la BANQUE MONDIALE, GAVI et l'UNFPA) alimente une fois par trimestre les comptes des entités nationales et déconcentrées (les directions régionales de la santé publique et les districts sanitaires). En 2023, le Fonds Commun a financé les activités de prévention couplées au dépistage du diabète et de l'hypertension dans le district de Mayahi. Il s'agit d'une activité que le district avait inscrite dans son Plan d'Action Annuel.

Les activités du projet HEART relativement à la prise en charge des maladies non transmissibles, financée par les Danois, ont été mises en œuvre par l'OMS, pour une durée de 6 mois dans les régions de Niamey et Tahoua. Elles ont essentiellement concerné le district Niamey 3 et deux districts de Tahoua, à savoir le district de la commune urbaine et celui de Madaoua. En plus, de cela, l'OMS finance les journées mondiales du diabète et de l'hypertension où elle organise des dépistages gratuits dans beaucoup de CSI du pays.

L'ONG Forsani intervient dans la lutte contre le diabète et l'hypertension. Elle apporte un appui en matériels (les bandelettes, les tensiomètres, les

intrants, les fiches d'enregistrement et les fiches de rapport), aux centres hospitaliers régionaux. Aussi, elle organise des formations de renforcement de capacités des prestataires.

En ce qui concerne les troubles mentaux, beaucoup d'ONG appuient leur prise en charge. Dans les deux structures régionales visitées, les techniciens en santé mentale nous ont surtout fait cas de l'ONG Medu qui vient en appui aux structures sanitaires en médicaments (neuroleptiques et antiépileptiques), et équipements (lits, matelas, tables à manger, chaises, draps, moustiquaires, ordinateurs, imprimantes, etc.).

### **Les ressources humaines en matière de lutte contre les maladies non transmissibles**

La prise en charge du diabète et de l'hypertension nécessite la disponibilité de ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant au niveau des structures de santé. Or, les données de terrain révèlent une faible couverture des agents de santé formés, et des spécialistes. Par exemple, pour toute la région de Tahoua, il n'y a qu'un seul cardiologue qui exerce au niveau du centre hospitalier régional :

« Ici, je suis seul, j'ai un service de 20 lits, je dois faire toutes les activités en cardiologie, l'électrocardiogramme, la consultation, les visites. Et souvent la consultation, c'est 15 à 20 malades. » (Un cardiologue, entretien du 6/08/2023 à Tahoua)

À cela s'ajoute le manque de formation ou de renforcement de capacités des agents au niveau des soins primaires, alors qu'ils sont les premiers contacts des malades. En plus, par manque de diététiciens, ce sont ces agents de santé qui prodiguent des conseils diététiques aux malades. Or, ils n'ont aucune formation dans ce domaine. La présence d'un diététicien aiderait beaucoup ces malades à équilibrer leur alimentation, et à leur trouver des régimes personnalisés, c'est-à-dire adaptés à leur âge, à leur mode de vie, à leurs goûts et à leur état de santé.

La présence de techniciens en éducation thérapeutique serait également importante pour aider les malades à se prendre en charge eux-mêmes à la maison, ce qui réduirait les coûts de déplacement et de soins aux malades. Mais on constate une absence de ces techniciens dans les hôpitaux régionaux visités. Le travail d'éducation thérapeutique est souvent effectué par les médecins spécialistes, comme le cardiologue rencontré à Tahoua, qui essayent de programmer des rencontres d'éducation avec les malades malgré son agenda chargé.

## **Les rapports sur la lutte contre les MNT dans les soins de santé primaires**

Les centres de santé intégrés notifient les cas de diabète et d'hypertension dans les registres de consultations curatifs. En compilant les données de toutes les pathologies, les responsables des CSI rédigent le rapport mensuel. Ces données sont ensuite saisies dans la plate-forme DHIS2. Le district doit se servir de ces données pour planifier les activités. Cependant, on constate une sous-estimation des données :

« Il y a une discordance dans la mise à jour des données sur la plateforme DHIS2. Les données ne reflètent pas la réalité du terrain. Ce sont des données qui ne sont pas mises à jour dans les CSI. Dans certains cas, elle est faite en retard. » (Un agent du programme national, entretien du 22/08/23 à Niamey)

Ces limites peuvent s'expliquer en partie par l'instabilité de la connexion internet dans certaines localités, ce qui ne permet pas aux agents de santé d'intégrer régulièrement les données et actualiser la plate-forme.

Compte tenu des insuffisances dans la production des données, le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles, afin d'évaluer la situation épidémiologique et de programmer des actions, s'appuie sur les données des enquêtes STEPS, bien que celles-ci soient irrégulières. La première enquête STEPS a été réalisée en 2007, mais par manque de financement, la deuxième a été réalisée en 2021 soit 14 ans après, alors qu'elles devraient être organisées tous les 5 ans.

## **Les niveaux de confiance dans les soins de santé primaires**

Le paquet essentiel de la prise en charge des MNT (WHO-PEN) est en train d'être intégré dans les soins de santé primaire, mais il couvrirait très peu de structures de santé primaire lors de notre enquête de terrain. Les agents de santé des quelque centres pilotes disent leur satisfaction du fait qu'ils sont formés et outillés en matériels de diagnostic :

« En tout cas, je suis très motivé car je peux prendre les maladies non transmissibles en charge, alors qu'auparavant on tâtonnait seulement. La formation qu'on a reçue nous a aidé vraiment. » (Un infirmier, entretien du 05/08/2023 à Mayahi)

« Nous avons bénéficié d'une formation de recyclage, ce qui nous a permis d'apprendre des choses que nous ne maîtrisons pas au paravent. Et c'est grâce à cette formation du programme HEARTS et des matériels reçus que nous avons pu instaurer la prise en charge de ces maladies cardiovasculaires. Nous voudrions bien les prendre en charge, mais on était limité car les moyens que nous disposions ne nous permettaient pas de les prendre en charge à notre niveau. Aujourd'hui, nous observons beaucoup de points positifs. » (Un infirmier, entretien du 07/08/2023 à Tahoua)

En revanche, d'autres agents de santé expriment leur mécontentement parce que le paquet d'activités n'a pas pu être pérennisé. À la fin du projet pilote, les appuis aux centres de santé primaires n'ont pas continué. La pérennisation de ces activités est devenue problématique faute de renouvellement des matériels et molécules indispensables.

Du côté de la population, beaucoup d'utilisateurs sont frustrés d'être référés vers d'autres structures pour leur prise en charge par manque de compétences ou de matériels.



## STRUCTURES COMMUNAUTAIRES ET DISPOSITIFS DE GOUVERNANCE

À l'image de la grande majorité des pays africains, le Niger a depuis longtemps développé une stratégie de gestion des interventions sanitaires en s'appuyant sur des structures ou des acteurs à assise communautaire, comme les relais communautaires, ou les COGES (comités de gestion des formations sanitaires publiques), qui occupent une place primordiale dans les activités de prévention et de promotion de la santé des communautés en assurant le pont entre les populations et les services publics de santé.

### **La place des relais communautaires**

Dans la zone de Madaoua, certains relais ont reçu des formations de la part de partenaires comme l'UNICEF, MSF ou l'OMS à travers son approche Heart. Pour le cas spécifique de l'approche Heart de l'OMS, les relais de la commune de Takorka (Madaoua) ont reçu une formation sur l'hypertension artérielle. Cette formation de 5 jours qui s'est tenue à Madaoua a principalement porté sur les causes de l'hypertension artérielle, la reconnaissance de ses signes cliniques, les techniques de diagnostic, sa prise en charge clinique, ainsi que les types d'aliments qui sont recommandés pour les patients hypertendus. Raison pour laquelle ces relais communautaires sont souvent utilisés par les agents de santé pour passer des messages à l'endroit de la population :

« Nous sommes les intermédiaires entre les agents de santé et la population. Nous sommes chargés de rapporter les messages des deux côtés. » (Relais communautaire, extrait d'entretien du 29/07/23 à Maradi)

« Dans la semaine, quand on consulte et que le nombre de cas nous inquiète, pendant les réunions, on intègre les relais communautaires, comme eux, ils peuvent avoir accès à la population. On leur dit dans telle période on a eu beaucoup de cas d'hypertendus ou de diabétiques, donc veuillez vraiment sensibiliser les populations sur ces maladies. » (Agent de santé, entretien du 11/08/23 à Madaoua)

« Si on oriente les gens vers les centres de santé et qu'ils les consultent, s'ils ont beaucoup de cas d'hypertension, ils nous demandent d'intensifier nos sensibilisations sur cette maladie. Même si nous pouvons décider de nous-même de faire nos sensibilisations en fonction de nos calendriers respectifs, les agents de santé aussi nous donnent des orientations quand ils constatent ce qui

dérange le plus les populations. » (Relais communautaire, extrait d'entretien du 11/08/23)

Dans le cadre de ces maladies, ces relais communautaires formés jouent un rôle crucial dans le suivi des patients, car ayant un accès plus facile à leurs vies quotidiennes :

« Quelques fois, ce sont les relais qui partent leur expliquer. On dit au relais d'aller chez tel ou tel patient pour chercher des informations sur son cas, ainsi que sur son observance des consignes. Après s'il arrive à avoir des résultats, il vient nous faire le compte rendu. À travers ça, on prend les dispositions nécessaires pour voir ce qu'on peut améliorer pour ce patient. » (entretien du 11/08/23 à Madaoua)

Ils arrivent à atteindre les populations jusque dans les espaces de socialisation comme les baptêmes, les mariages, les points d'eau, etc.

« À travers eux, on peut couvrir une très grande zone de couverture sur l'hypertension artérielle. » (Agent de santé, entretien du 11/08/23 à Madaoua)

« On nous a dit de rassembler les femmes par groupes de 5, parce que si elles sont nombreuses, elles ont du mal à se concentrer pour nous écouter. Et souvent, nous adoptons la stratégie de porte à porte pour leur expliquer. En adoptant cette stratégie, elles prennent plus au sérieux ce qu'on leur dit (...) Nous les retrouvons également au niveau des points d'eau, les lieux où elles font « sussa » (décorticage à la main du mil, du sorgho, etc.) ou dans les lieux de baptêmes. » (Relais communautaire, extrait d'entretien du 11/08/23 à Madaoua)

Ces relais tentent aussi de déconstruire certaines croyances populaires qui font de ces maladies, particulièrement l'hypertension artérielle, une pathologie surnaturelle causée par des génies « *iska* » :

« Vous savez, il y'a des gens qui pensent que cette maladie (l'hypertension artérielle) est liée aux génies et que s'ils partent à l'hôpital et qu'on les pique, ils vont mourir. Ils viennent souvent nous dire un tel, toi qui es relais, comment est la chose là, je suis allé chez un tel et il m'a dit telle et telle chose. Vous qui êtes avec les agents de santé, comment est la chose là ? Et on leur explique. On leur dit d'aller au centre de santé et que la consultation est gratuite. Maintenant ils ont compris, certains n'ont même pas besoin de passer par les relais. » (Relais communautaire, entretien du 11/08/23 à Madaoua)

Les relais communautaires ont pour mission de renseigner les populations sur les causes de ces maladies, les signes annonciateurs, les facteurs de risque, ainsi que sur leurs conséquences :

« Concernant le diabète, on leur explique que dès que la personne urine trop et qu'elle a froid, elle doit faire vite pour partir au centre de santé, car ça peut être des signes annonciateurs de cette maladie. Nous leur disons également d'arrêter de consommer les cubes bouillons, de diminuer la consommation du sel, et d'arrêter de fumer pour les hommes. Même dans les marchés nous nous rendons pour expliquer aux vendeurs et consommateurs qu'il faut exposer le



sel au soleil pour affaiblir sa teneur sodée, etc. » (Relais communautaire, extrait d'entretien du 11/08/23 à Madaoua)

Ils doivent aussi informer sur les aliments locaux qui peuvent être des alternatives pour les malades souffrants de diabète ou d'hypertension :

« Nous leur disons que les gens qui souffrent de ces maladies doivent manger des aliments tels que le moringa, le sorgho, etc. » (Relais communautaire, entretien du 11/08/23)

Cependant, au-delà de ce langage officiel quant aux responsabilités des relais communautaires, il existe divers problèmes récurrents relativement à leur rôle réel. Leur très faible formation ne les rend pas toujours crédibles auprès des populations (dont ils partagent les croyances). Parfois, aucune importance n'est accordée à leurs sensibilisations, considérées comme sans intérêt. Les populations les accusent d'ailleurs de prendre de l'argent avec les partenaires pour venir les déranger avec de simples paroles :

« Ku tchale in iska ! » (Laissez ces bâtards !). « Ils partent prendre de l'argent et viennent nous déranger avec des paroles inutiles » (relais communautaire, entretien du 11/08/23, Madaoua)

« Ku tchalé mu da zantchan banza » (laissez-nous tranquilles, avec vos paroles inutiles » (Infirmière, extrait d'entretien 05/06/2024 à Madaoua)

Comme diverses enquêtes précédentes du LASDEL (Sounaye A, Diarra A, Younoussi I, 2017) l'avaient déjà démontré, l'absence assez générale de salaire les dé motive et mène à de nombreux abandons (il s'agit d'un « bénévolat obligé », assez mal perçu par les intéressés).

« Ils font quelques fois des activités de sensibilisations sur les maladies non transmissibles, mais c'est rare. Sans salaires ou d'autres formes de compensations financières ou matérielles, c'est difficile. Quelqu'un que tu ne payes pas, tu ne peux pas l'obliger à travailler tu sais ! » (Infirmière, extrait d'entretien 05/06/2024 à Madaoua)

Enfin, ils apparaissent comme le produit des décisions des « projets » des PTF, et les raisons de leur choix sont souvent obscures.

On peut aussi estimer qu'ils ne prennent de l'importance aux yeux des populations que lorsqu'on leur confie des tâches techniques (tests de détection rapide, petits soins infirmier, mesure de la glycémie) : les cantonner dans les discours et les conseils ne semble guère efficace.

## **Rôle des autorités coutumières et religieuses et des traditions**

Dans le domaine de la lutte contre les maladies non transmissibles, les autorités coutumières et religieuses occupent une place essentielle, car ces acteurs peuvent influencer les habitudes et perceptions de la communauté. Ils interviennent essentiellement dans le domaine de la mobilisation des

communautés, la transmission de certains messages préventifs et l'incitation des populations à fréquenter les centres de santé :

« On dit aux gens de se rendre au centre de santé le plus rapidement possible en cas de nécessité. » (Chef du village de Baja, entretien du 03/08/23)

« Quand les agents de santé ont certaines informations à passer à la population, ils nous conviennent nous chefs de village et à notre tour on tient la population informée. » (Chef de village, extrait d'entretien du 03/08/23 à Mayahi)

Toutefois, au-delà des discours officiels, le rôle réel des autorités coutumières et religieuses d'une part et des tradipraticiens d'autre part, face aux MNT, reste encore à explorer davantage.

### ***Force de la foi religieuse dans l'acceptation et la gestion de la maladie***

L'une des stratégies les plus utilisées par les patients face à leurs maladies est le recours à la foi religieuse. En effet, souvent on constate un état de résignation consistant à considérer que c'est Dieu qui a créé la santé et la maladie et que l'être humain doit accepter son sort.

« Qu'on soit malade ou bien portant, il n'y a pas une seule âme qui ne goûtera la mort... à chaque fois que je remets ma situation à Dieu, j'ai le cœur léger et tranquille. » (Une patiente hypertendue, entretien du 30/07/23 à Maradi)

En effet, les croyances religieuses, qu'elles prennent la forme d'une acceptation impuissante de l'épreuve de la maladie envoyée par Dieu ou d'une conviction de recouvrir la santé par la puissance de Dieu, sont présentes chez de nombreux patients sans distinction de confession religieuse (chrétiens et musulmans).

« Même si personne n'est jamais guérie de cette maladie, moi je vais guérir, Dieu fera son miracle. » (Une patiente hypertendue, entretien du 29/07/23 à Maradi)

« Oui, on dit qu'elle n'a pas de remède, mais toute maladie a un remède. C'est juste qu'on ne connaît pas. La guérison de toute maladie vient de Dieu. Si Dieu dit que tu vas guérir, tu vas guérir, quelle que soit la maladie. » (Patiente hypertendue, entretien du 23/08/23 à Niamey)

Aussi, même dans les cas où le patient et son entourage imputent la maladie à un sort jeté par une tierce personne, certains préfèrent tout remettre dans les mains de Dieu :

« Lorsque nous avons appris que c'est quelqu'un qui m'a jeté un sort, on m'a proposé de mettre kur'ani<sup>7</sup> mais j'ai préféré tout remettre à Dieu. » (Patient hypertendu à Baja, Mayahi, extrait d'entretien du 03/08/23)

---

<sup>7</sup> Mot hausa qui fait allusion à une lecture du Coran qui va nuire à la personne qui a jeté le sort

Certains patients diabétiques s'obligent à respecter le jeûne par piété ou par manque de moyens pour compenser les jours de jeûnes manqués en *fidya*<sup>8</sup> :

« Le mal recommence dès que je commence le jeûne. Les gens disent que le jeûne et le diabète sont incompatibles. Mais moi je leur réponds que le jeûne et la maladie sont tous les deux la propriété de Dieu. » (Patiente diabétique, entretien du 22/08/23 à Niamey)

« Les marabouts nous disent que si l'on a de quoi compenser les jours de jeûne, on peut ne pas jeûner. Mais si l'on n'a pas, on doit jeûner et donc j'ai décidé de jeûner. » (Patient diabétique, extrait d'entretien du 23/08/23 à Niamey)

### ***Les radios commerciales et communautaires, une participation active dans la lutte contre les MNT***

L'adoption de l'ordonnance n°93-031 du 30 mars 1993 consacrant la libéralisation de la communication audiovisuelle a permis la création de nombreuses radios et télévisions privées et associatives<sup>9</sup>. Les radios de proximité sont souvent utilisées par les acteurs de développement (agents de projets, agents de santé, associations, ou même particuliers) comme des supports pour transmettre des messages aux communautés, principalement dans les langues locales. Possédant parfois de très grandes zones de couverture, ces radios permettent aux populations souvent éloignées des centres urbains d'avoir accès à l'information, de s'ouvrir au monde extérieur et de pouvoir communiquer.

Dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles, ces radios jouent en effet un rôle crucial :

« Les agents de santé profitent des radios locales pour transmettre des messages dans le but de sensibiliser les gens sur la toxicomanie, les psychoses, et d'autres maladies (...) Certaines radios mettent à dispositions des émissions de santé au cours desquelles les agents arrivent à sensibiliser les populations vis-à-vis de ces maladies chroniques et d'autres thématiques, gratuitement. » (Médecin psychiatre, entretien du 01/08/23 à Maradi)

« Tu sais, certaines choses sont apprises à la radio » (Patiente hypertendue à Maradi, entretien du 29/07/23) « C'est à la radio que nous entendons les agents de santé dire qu'on ne peut pas guérir de ces maladies, ils disent qu'il faut juste prendre les médicaments pour pouvoir stabiliser la maladie. » (Patiente hypertendue, entretien du 09/08/23 à Tahoua)

En dehors des agents de santé, ces radios sont également utilisées par des associations et ONG qui luttent contre les MNT dans le cadre d'activités de sensibilisation et de prévention :

---

<sup>8</sup> La *fidya* correspond à la compensation des jours non jeunés en offrant l'équivalent d'un moud de nourriture à un nécessiteux

<sup>9</sup> Répertoire des radios communautaires du Niger, Octobre 2021

« Les activités qu'on organise sont des sensibilisations, parfois on utilise des radios thématiques, parfois on utilise l'ORTN. Parmi les radios thématiques associées, il y'a la radio des scous, Koira Tagui, Dounia et d'autres. » (membre d'une association de lutte contre le diabète, entretien du 22/08/23 à Niamey)

Cependant, malgré l'importance évidente que représentent ces médias dans les activités promotionnelles de la santé, l'insuffisance, voire l'absence de spécialistes des MNT en milieu rural constitue un handicap :

« Même quand il y'a des journées mondiales du diabète ou de l'hypertension, si l'on se lève pour dire qu'on veut faire une émission sur ces maladies, la première chose qui va nous faire souffrir, c'est de trouver un médecin ou quelqu'un qui maîtrise le domaine et qui va accepter d'éclairer la population sur le sujet (...) Tu peux appeler quelqu'un et il va te dire qu'il n'a le temps, qu'il travaille, etc. Donc si je ne trouve pas de spécialistes, tout ce que je peux faire en tant que journaliste, c'est peut-être de trouver une personne qui souffre de ces maladies pour causer avec elle, ce qui, même si c'est utile n'apporte pas de réels renseignements sur comment prévenir et lutter contre ces maladies. » (agent des médias, entretien du 10/08 23 à Tahoua).

### ***Tradipraticiens et médias***

Les radios peuvent aussi jouer un rôle négatif. En effet, malgré une interdiction formelle du ministère de la Santé en collaboration avec le CSC (Conseil Supérieur de la Communication) de diffusion d'émissions ou spots publicitaires consacrés aux tradipraticiens qui n'auraient pas l'autorisation d'exercer de la part du ministère de la Santé, plusieurs radios continuent quand même à servir de supports aux différents messages de ces derniers.

« Même si nous essayons de respecter cette interdiction, il y a d'autres collègues qui continuent à diffuser les messages de ces tradipraticiens, alors que nous sommes sur un terrain concurrentiel. De plus, il existe des tradipraticiens que nous jugeons de bonne foi, donc c'est compliqué de refuser. » (Journaliste, entretien du 10/09/23 à Tahoua)

Une raison évoquée par ces médias pour justifier leur réticence à interdire l'antenne aux tradipraticiens non homologués est la difficulté d'obtention d'une telle attestation au niveau des directions régionales de la santé publique. Ce handicap administratif profite alors à ces deux parties qui outrepassent les interdits pour permettre aux tradipraticiens de mettre en avant leurs produits :

« Même quand on oriente ces tradipraticiens vers la direction régionale de la santé pour l'obtention de leurs autorisations d'exercer, ils ne savent pas à qui s'adresser et quand ils posent des questions, chacun dit que ce n'est pas son domaine, ce qui leur empêche d'avoir cette autorisation. Donc il y'a un vide. » (Agent des médias, entretien du 10/08/23)

## Les communautés à l'épreuve des MNT

### *Des sociétés hétérogènes*

Le taux de prévalence des maladies non transmissibles varie en fonction des localités et régions du pays. Certains paramètres socioculturels, ethniques et géographiques semblent influencer les facteurs de risque des MNT et leur prise en charge effective et efficace.

Dans la région de Tahoua par exemple, certaines habitudes alimentaires, comme une très grande consommation de viande grasseuse, ont été évoquées par certains enquêtés comme faisant partie des facteurs de risque qui augmentent le taux d'hypertendus dans cette zone :

« Les gens de Tahoua ne peuvent pas manger une viande qui n'est pas grasse. Il faut faire un tour chez le boucher sur la route, à partir de 22h vous allez voir des gens qui achètent un kilo, deux kilos de viande, et aussi ils achètent de la boule en mettant du lait et du sucre, le tout accompagné de boissons et sucreries et chaque jour c'est la même chose, matin, midi et soir. » (Sage-femme, extrait d'entretien du 09/08/23 à Tahoua)

Certains évoquent aussi les eaux chaudes et salées de cette ville pour expliquer le nombre cas considérable d'hypertendus à Tahoua :

« En dehors du fait que dans cette région (Tahoua) ce sont de grands consommateurs de viande, c'est une région où l'eau est très riche en fer et en calcium, ce qui peut être à la base du grand nombre d'hypertendus dans cette zone. » (Médecin cardiologue, extrait d'entretien du 09/08/23 à Tahoua)

### *Marmite commune, une limite de choix pour le malade*

Le respect du régime alimentaire est lié chez certains patients au choix personnel de se fixer ou non des limites dans leur alimentation. Pour d'autres il relève plutôt d'une dépendance. Des patients n'exercent aucune influence sur l'alimentation du ménage dans lequel ils vivent, soit parce qu'ils sont pris en charge, soit parce qu'ils n'ont pas un rôle à jouer dans la cuisine : ce sont d'autres qui cuisinent ce qu'ils mangent. Dans ce cas, si certains parviennent à imposer leurs restrictions alimentaires au reste de la famille, pour d'autres cet élément constitue un facteur de leur non-respect du régime alimentaire. Il s'agit particulièrement des personnes âgées dont les repas sont préparés par les belles-filles. Dans ce cas toute la famille continue à consommer son alimentation habituelle. Quelques fois, on veille simplement à ne pas mettre du bouillon, du sel ou autres ingrédients pour la personne malade.

## **Principaux facteurs individuels et communautaires qui favorisent ou limitent la lutte contre les MNT**

### ***Contraintes individuelles et communautaires***

#### *Très faible connaissance (des symptômes) sur les MNT*

Malgré la prévalence de plus en plus croissante du diabète et de l'hypertension, leurs signes annonciateurs et leurs symptômes restent en général peu connus, car ils restent « silencieux ». Pour certains, les premières douleurs qui se manifestent sont peu significatives (maux de tête, asthénie<sup>10</sup>) et sont en outre communes à plusieurs maladies. Cela amène le plus souvent le patient à faire un traitement symptomatique, ce qui contribue à retarder le diagnostic au niveau des structures sanitaires et risque de conduire à d'éventuelles complications. Ces maladies sont donc le plus souvent découvertes soit de manière fortuite lors des consultations de routines (en particulier des CPN pour les femmes), soit à cause de symptômes persistants, soit à l'occasion des campagnes de dépistage de masse ou soit en cas de complications (cécité, insensibilité de certains membres) et d'AVC.

L'environnement social et l'absence d'une politique cohérente ne permettent pas une éducation massive et suffisante des communautés sur les MNT. À cette méconnaissance générale s'ajoute la circulation d'un nombre considérable de rumeurs et d'informations erronées, véhiculées par des acteurs variés (voisins, amis, tradipraticiens, parents, réseaux sociaux, etc.).

Selon l'Institut National de la Statistique (INS 2022), le taux d'alphabétisation au Niger est estimé à environ 30%. Dans ce contexte, les populations rencontrent des difficultés à comprendre le caractère de chronicité, et d'incurabilité qui caractérise ces maladies.

« Je ne crois pas qu'on ne puisse pas guérir de cette maladie (HTA). Je suis convaincue que dans la médecine traditionnelle on peut trouver des remèdes pour la guérir, peut-être parce que je n'ai pas été à l'école. » (Une patiente hypertendue, entretien du 02/08/23 à Mayahi)

« L'une des difficultés est celle de se faire comprendre par les patients. Il est plus facile de faire comprendre la maladie et le traitement aux patients lettrés qu'à ceux non lettrés, avec ces derniers, les choses sont difficiles. » (Un diabétologue, entretien du 01/08/23 à Maradi)

Ainsi, en l'absence d'explications claires et convaincantes de la part des soignants (ce qui arrive aussi souvent), ou par déficit de compréhension des patients, il y a de nombreux malentendus. Certains enquêtés disent respecter la posologie des médicaments prescrits parce qu'ils ont l'espoir de guérir de

---

<sup>10</sup> Fatigue anormale subsistant même après le repos

leurs maladies. Mais, la guérison ne venant pas, ils finissent par abandonner et recourir à la médecine traditionnelle qui occupe une place importante dans l'offre de soins et promet presque toujours la guérison :

« Dès que tu portes telle maladie et que les gens le savent, chacun va dire qu'il connaît tel ou tel remède. » (Une patiente hypertendue, entretien du 02/08/23 à Mayahi)

« C'est à la radio que j'ai appris que *dan fanu* soigne l'hypertension, en ce qui concerne *dan doya* j'ai été informé par mon entourage. J'utilise aussi les feuilles de papaye, mangue, goyave et citron. » (Une patiente diabétique, entretien du 28/07/23 à Maradi)

« J'étais au plus mal à cause du diabète et ses complications. C'est alors qu'une amie m'a parlé d'un pasteur qui guérissait toutes les maladies par la prière, alors j'y suis allée et depuis cela fait environ 7 mois que j'ai arrêté mes traitements biomédicaux, car le pasteur me l'a ordonné. Je me sens mieux physiquement, mais je n'ai pas encore fait de contrôle pour savoir si la maladie a réellement disparu ou pas. » (Une patiente du diabète, entretien du 25/08/23 à Niamey)

À cette multitude d'informations qui laissent souvent les patients confus, car ne pouvant pas démêler le vrai du faux, s'ajoute le caractère complexe de ces maladies, dont la gestion quotidienne est difficile et variable. Les malades du diabète disent souvent être perdus, basculant entre des états d'hypo et d'hyper glycémie :

« On entend toujours dire que l'hyperglycémie est causée par un excès de sucre dans le sang. Alors qu'il y'avait un jour où j'ai pris de la canne à sucre et j'avais beaucoup craint d'être en état d'hyperglycémie, mais à ma plus grande surprise je me suis retrouvée en hypoglycémie. Donc finalement on ne sait même plus quoi croire ou pas. » (Une patiente diabétique, entretien du 29/07/23 à Maradi)

Ainsi, cette dimension parfois « *mystérieuse* », « *contradictoire* », que peuvent présenter ces maladies, combinée au déficit d'informations fiables, à l'importance des désinformations, et au manque d'explications claires de la part du personnel soignant, met les patients dans un grand état de confusion. Une patiente affirme s'être posé d'innombrables questions qui sont restées sans réponses lorsqu'on lui a diagnostiqué son hypertension :

« *Tension manti banikom dori no ? Manti gaham koy dori no ? Manti fulanzamay dori no ?* (L'hypertension artérielle n'est-elle pas une maladie de gens riches, de gens en surpoids ? n'est-elle pas une maladie des gens qui se reposent ? »)

Et elle ajoute « *tension si hawi bay* » (l'hypertension n'a pas honte, autrement dit elle ne respecte aucune règle). (Une patiente hypertendue, entretien du 31/08/23 à Niamey)

*Le coût excessif et souvent inabordable des examens et traitements et stratégies des patients*

Dès la première consultation la question du coût se pose :

« Ce n'est pas n'importe quel type de médicaments qu'on peut prescrire à n'importe quel type de patients. L'idéal serait de faire un bilan complet pour voir si des organes ne sont pas atteints ou si le patient ne développe pas de complications. Mais par faute de moyens, nous essayons de demander le moins d'examens possible pour nous conformer aux moyens financiers de nos patients. » (Un médecin cardiologue, entretien du 29/08/23 à Niamey)

Les coûts des examens sont bien trop élevés, dans un contexte où la grande majorité de ces malades est pauvre. Ceci entraîne souvent l'interruption du traitement, ou le non-retour vers les centres de santé pour les contrôles, etc. D'après les entretiens avec les agents de santé, nombreux sont les patients qui commencent le traitement, mais qui disparaissent ensuite, optant pour les traitements sur la base de la médecine traditionnelle et ne revenant parfois qu'en cas de complications graves.

Les maladies chroniques et leurs complications bouleversent la gestion habituelle des maladies. Elles exigent sur le long terme à la fois un respect presque « *religieux* » de règles alimentaires, mais aussi demandent une grande rigueur d'observance médicamenteuse. Ainsi, les patients pauvres, vulnérables ou démunis ne peuvent pas respecter scrupuleusement un traitement « à vie ». Souvent les patients et leurs familles se retrouvent après seulement quelques mois de traitement complètement épuisés financièrement :

« Lorsque 5 mois se sont écoulés, on était contraint de quitter l'hôpital malgré mon mauvais état de santé parce que ma famille était à court de moyens financiers pour continuer à assurer mon hospitalisation. Ma mère a même vendu son champ pour que je sois pris en charge, mais l'argent était fini. Et jusqu'à aujourd'hui, nous avons des dettes que nous n'avons pas pu rembourser. » (02/08/23, Mayahi)

Les médicaments coûtent pour certains excessivement chers, car la grande majorité sont des spécialités et ne sont pas subventionnés par l'État.

« Les diabétiques sont généralement des gens très pauvres...Même les consultations quelquefois, c'est nous qui payons de nos poches, car ils viennent dans un état fatigué et n'ont plus d'argent. » (09/08/23, Tahoua)

De nombreux malades n'arrivent pas à renouveler leurs médicaments ou à se rendre régulièrement dans les centres de santé pour les contrôles, compte tenu de l'éloignement et des dépenses financières que cela occasionne. Quand le patient se retrouve à devoir faire un choix entre avoir de quoi manger pour lui et sa famille ou payer des médicaments, le choix est vite fait au détriment de l'observance du traitement. De plus, avec des produits



comme l'insuline, il se pose, principalement dans les milieux ruraux, un gros problème d'approvisionnement et de conservation (il faut un protocole strict pour éviter que le produit ne s'altère).

« Le produit (insuline) qu'on m'injectait n'est pas disponible à Mayahi. On partait à Maradi me l'acheter. C'était un de mes frères qui partaient me le chercher et il fait un ravitaillement d'une semaine à chaque fois. Il l'achète, le met dans un thermos et le transporte jusqu'à Mayahi. S'il ne le met pas dans un thermos, le produit peut se s'altérer. Arrivé ici, le produit est conservé dans le réfrigérateur d'un neveu qui a une boutique en face de l'hôpital de district. »  
(Patient diabétique, 02/08/23, Mayahi)

#### *Accès difficile au personnel soignant et difficultés de communication*

L'un des défis majeurs pour les patients est leur parcours au sein des différentes structures de santé. En effet, ils ont (notamment dans les zones rurales) du mal à accéder aux spécialistes pouvant assurer une bonne prise en charge, principalement dans les hôpitaux publics. Certains patients disent d'ailleurs que les médecins privilégient beaucoup plus le secteur privé que le public. Alors que, de très nombreux malades n'ont pas les moyens d'accéder à ces cliniques privées. Quant à l'hôpital public, en raison des longues attentes, des rendez-vous manqués pour absence du médecin, du mauvais accueil, c'est un lieu qui fait « peur », aux dires de nos enquêtés.

Enfin, on rencontre dans certains milieux une barrière linguistique entre soignants-soignés (zarma parlé par les soignants et hausa par les soignés pour les cas rencontrés) qui ne facilite pas la communication et donc fait barrière à une prise en charge efficace et une bonne observance des prescriptions. De même, des temps de consultation trop courts ne permettent pas une éducation thérapeutique du patient, ce qui peut avoir des conséquences directes et lourdes sur le traitement. Selon un patient diabétique amputé :

« Le médecin qui m'a diagnostiqué le diabète n'ayant pas pris le temps de m'expliquer correctement cette maladie, c'est un ami boutiquier qui l'a fait. Quand j'ai commencé le traitement avec des médicaments que je me procure auprès de cet ami, je les prenais seulement quand je sentais des symptômes, dès que je me sentais mieux, je les arrête. Je n'ai pas non plus respecté de régime diététique. » (01/08/23, Maradi)

#### *Facteurs favorisant la lutte contre les MNT*

##### *Soutien familial et mobilisation du réseau social pour l'observance du traitement*

L'une des réalités importantes découvertes au cours de l'enquête, c'est le fait que le soutien de la famille compte énormément pour les patients dans leur lutte contre ces différentes maladies. En effet, ce soutien, quelle que soit la forme qu'il prend, financière, morale, physique, etc., se révèle indispensable pour la gestion de ces maladies et de leurs complications :

« Mon mari a dit de ne plus mettre les bouillons cubes dans les plats cuisinés dans la famille...je mange, je prends mes médicaments et je me repose. Mes grands enfants empêchent les petits de me perturber. » (entretien du 31/08/23 à Niamey)

« Ma famille et mes connaissances me soutiennent beaucoup. À chaque fois les gens viennent me voir et m'apportent quelque chose. C'est grâce à cela que j'ai pu payer mon opération (amputation de la jambe) et toutes les autres dépenses liées à ma maladie, cela me réchauffe le cœur. » (Entretien du 01/08/23 à Maradi)

« Tout autour de moi, ce sont les maisons de mes frères qui m'entourent. Il y'a par exemple Maliki qui s'occupe de tous mes besoins (uriner et déféquer) depuis qu'une partie de mon corps est paralysée. » (Un patient hypertendu, entretien du 03/08/23 à Baja Kouykouyou)

Malheureusement, certains patients n'ont pas ce soutien. De ce fait, l'observance des prescriptions devient problématique :

« Ce sont mes belles filles qui préparent. Je ne peux pas les obliger à me préparer à part. Elles vont se fatiguer de moi. » (Un patient hypertendu, entretien du 03/08/23 à Baja Kouykouyou)

#### *Le soutien moral des agents de santé dans l'annonce de la maladie*

En raison de leur grande prévalence et de leurs conséquences redoutables, l'HTA et le diabète font l'objet d'une véritable peur auprès des patients diagnostiqués. Cela entraîne chez certains un grand désarroi dès l'annonce de la maladie, et les conduit selon un enquêté « à un *dépérissement manifeste* ». D'après un agent de santé, à l'annonce de la maladie, on peut lire sur le visage de certains malades le « *stress* », la « *peur* » et le « *mécontentement* ». Cet état des faits conduit certains médecins à préparer psychologiquement le malade avant de lui annoncer son statut en lui faisant comprendre que cette maladie n'est pas synonyme de « *mort* » et qu'une personne peut aussi vivre longtemps à condition que les conseils diététiques, la prise de médicaments et la pratiques d'activités sportives soient régulièrement respectés.

#### *Caractéristiques et comportements individuels peu favorables à l'observance*

##### *Découverte de la maladie : entre acceptation et déni*

Face au lot de bouleversements physiques et psychologiques que crée l'annonce d'une maladie chronique, différentes méthodes sont utilisées par les patients pour garder espoir : l'acceptation, le déni, ou la résignation. Dans le sens du déni, certains, par exemple, à propos des prescriptions des médecins disent : "*kay tchale su*" "kay il faut les laisser" "*tensio richin hutu ne*" "l'hypertension n'est rien d'autre que le manque de repos" (08/08/23/agent de santé, Tahoua). D'autres patients reconnaissent l'existence de ces maladies (HTA et diabète), mais n'arrivent pas à accepter leur caractère chronique et incurable, parfois en s'appuyant sur des préceptes religieux.

Ainsi, selon plusieurs enquêtés, il existe un verset du Saint Coran dans lequel Dieu dit avoir descendu chaque maladie avec son remède, raison pour laquelle « je suis convaincue que dans la médecine traditionnelle on peut trouver des remèdes pour guérir complètement de ces maladies. » (Une patiente hypertendue, entretien du 02/08/23 à Mayahi)

*Survenue des complications et début des troubles psychologiques (anxiété, détresse, dépression)*

Malgré le choc que peut constituer l'annonce de la maladie et les contraintes quotidiennes pour sa gestion, la grande majorité des troubles psychologiques (anxiété, stress, dépression), apparaissent chez le patient plus tard, avec l'apparition de certaines complications liées au diabète et à l'hypertension artérielle. Des modifications surviennent dans la vie sociale du patient. Il se sent atteint jusque dans sa dignité d'être humain avec certaines complications comme la paralysie, l'amputation ou l'impuissance sexuelle. Le passage du statut de chef de famille décideur et protecteur de son foyer, à celui de malade dépendant des autres dans tous ses besoins quotidiens (alimentation, mobilité, toilette, pratiques religieuses, etc.) constitue un choc que peu de patients réussissent à surmonter. Ces troubles psychologiques se manifestent par une préoccupation ou une tristesse profonde, « *kuntchin rayuwa* », selon les termes du responsable de la psychiatrie du CHR de Maradi (01/08/23) avec des troubles de l'humeur, des idées tristes et noires, comme toujours penser à la mort. Le malade se désespère alors et ne développe aucune volonté de mener un combat qu'il juge perdu d'avance. Il refuse parfois de s'alimenter et de respecter les prescriptions médicales (hygiène diététique, prise de médicament et activités sportives).

*Accès difficile aux aliments alternatifs (fruits et légumes)*

Le régime alimentaire à base de fruits et légumes s'inscrit dans une perspective de régularisation et/ou stabilisation des malades. Il est prescrit dans un premier temps pour faire baisser les indicateurs. Dans le cas du diabète particulièrement, il s'agit de réduire l'apport en sucre en évitant les aliments dont la teneur en sucre est très élevée. Les fruits et légumes sont conseillés pour équilibrer la glycémie. Mais la question d'accès et de moyen pour s'en procurer se pose. En effet, pour une partie importante des malades, ce régime à base de fruits et légumes constitue une charge supplémentaire que beaucoup peinent à supporter. D'autres ne l'envisagent même pas. Cette situation fait que peu de malades (seuls ceux qui ont les moyens) arrivent à respecter ce régime. C'est aussi en cela que le diabète est considéré comme une maladie des riches.

### *Restrictions et régime alimentaire*

Le régime alimentaire occupe une place centrale dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension. Il impose une modification importante des habitudes alimentaires des malades. Il consiste essentiellement à réduire ou arrêter la consommation des aliments contenant du sucre, les bouillons culinaires, le sel. Or les patients avaient l'habitude d'en consommer.

La principale difficulté dans le respect de ce régime réside dans le fait de manger différemment du reste de la famille. Le régime alimentaire place le patient dans une situation contraignante dont se lassent facilement les malades, d'autant plus que le régime alimentaire conseillé ne correspond pas aux habitudes alimentaires locales.

Les entretiens sur le terrain font ainsi état d'écarts constatés chez des patients qui refusent de s'astreindre aux interdictions alimentaires qui leur sont conseillées par les médecins.

### *Recours aux thérapies traditionnelles*

Les thérapies traditionnelles interviennent souvent dans les choix thérapeutiques des personnes victimes de maladies chroniques. Nous avons déjà évoqué le fait que les tradipraticiens promettent une guérison exclue par la médecine moderne. Leurs discours sont aussi en phase avec les croyances populaires. Tout le monde (dans toutes les classes sociales) est persuadé de l'efficacité des thérapies traditionnelles pour de nombreuses maladies que la médecine moderne ne connaît pas ou n'arrive pas à guérir. Mais les thérapies traditionnelles sont très hétérogènes, entre savoirs familiaux sur les plantes, marabouts musulmans de diverses obédiences, prêtres des cultes de possession, guérisseurs renommés, etc.

### *Une diversité de remèdes proposés*

Face aux symptômes et aux complications du diabète et à l'hypertension, une profusion de thérapies traditionnelles propose des traitements le plus souvent basés sur la croyance en l'efficacité millénaire de certaines plantes sur les maladies. Mais il y a de nombreuses combinaisons de plantes diverses qui sont prescrites, qui varient d'un guérisseur à un autre.

Nous avons identifié :

- Des tisanes à prendre comme boisson quotidienne (par exemple : combinaison à base d'ail, citronnelle, *jan jiji*, clou de girofle ; ou combinaison à base d'ail, basilic, doum sec broyé, etc.)

-

Il s'agit de combinaisons de plantes et d'écorces ou de feuilles d'arbres qui sont vendues sur le marché, dont les ingrédients ne sont pas divulgués aux acheteurs. Ces produits sont généralement associés à d'autres aliments comme la bouillie, le lait, etc., et leurs effets sur la santé peuvent être parfois totalement hors de contrôle des usagers (engendrant des états d'hypotension ou d'hypoglycémie), ou être à l'origine d'autres pathologies.

On note des variations dans la durée et la période de prise selon les différents traitements. Pour certains traitements il faut respecter un nombre de jours et des moments de prise dans la journée, pour d'autres la prise des médicaments se fait à l'apparition de quelques signes annonciateurs de la survenue éminente d'une crise (de diabète ou de HTA).

- Des pratiques mystico-religieuses notamment dans les cas de complications imputées à des génies (*iskoki*)

Certaines complications sont en effet dans les croyances communautaires liées à cette présence surnaturelle qu'il faut traiter par le recours à des guérisseurs traditionnels qui interviennent tantôt par des solutions applicables sur les parties du corps affectées, tantôt par des invocations visant à débarrasser le corps de ses occupants invisibles ou à solliciter leur bienveillance. Même si les deux formes de thérapies sont opposées les traitements donnent souvent lieu à des rituels de possession visant soit une alliance avec les génies intrusifs (*bori*) soit des rituels d'exorcisme, de tradition islamiques (*rokiya*).

#### *Une alternative généralisée pour les patients*

Le recours aux thérapies traditionnelles se présente parfois comme un complément, mais surtout comme une alternative à la médecine conventionnelle.

Les informations sur la diversité des thérapies traditionnelles se diffusent au sein de la communauté de diverses manières : à travers les proches du malade, avec le voisinage, par les médias (y compris les réseaux sociaux) et quelquefois par des agents de santé eux-mêmes qui partagent leurs propres expériences avec les malades qu'ils ont en charge.

Mais la plus grande voie de diffusion de l'information sur les remèdes traditionnels reste l'activisme des tradipraticiens sur les places publiques, les marchés, les carrefours, pour faire la promotion de leurs produits, ainsi que leurs annonces sur certaines chaînes de radio ou de télévision.

#### *Un environnement favorable aux thérapies traditionnelles*

Le recours aux thérapies traditionnelles a des motifs économiques, en raison du coût élevé du traitement bio- médical (médicaments, analyses, contrôles,

déplacements, régime) à supporter par les patients. Beaucoup de diabétiques ou hypertendus ne disposent pas des moyens suffisants pour maintenir à long terme un traitement biomédical.

« Le diabète par exemple, peut, en effet, nécessiter d'explorer d'autres organes tels que les reins, les poumons, etc. Et pour cela, les examens se font généralement au niveau du CHR pour ceux qui ont les moyens de faire ces examens. Mais une grande partie des patients ne le font pas parce que le coût moyen de ces traitements peut atteindre plus ou moins 20.000 francs. Or certains n'ont même pas 100 francs pour payer la consultation. Le respect du régime hygiéno-diététique souffre aussi de ce manque de moyen chez certains patients parce que c'est un régime qui demande beaucoup d'argent qui peut s'avérer une charge supplémentaire. » (Extrait d'entretien réalisé avec un chef CSI le 27/07/2023 à Maradi)

Certes, certaines thérapies traditionnelles peuvent être elles aussi très coûteuses. Mais celles qui sont à base de plantes sont généralement accessibles. D'autre part, les médicaments de la médecine conventionnelle provoquent des effets secondaires chez les malades : envie d'uriner, diarrhées, douleurs abdominales. Il s'y ajoute une impression de toxicité attribuée à la prise régulière des médicaments.

« À cela s'ajoutent les effets secondaires qui sont liés à certains médicaments : les patients au début de la prise de ces médicaments souffrent de diarrhée, de douleur abdominale. Il y'a des patients qui nous demandent de les libérer afin qu'ils puissent quitter l'hôpital et commencer un traitement traditionnel. Ils n'arrivent pas vraiment à croire qu'ils ne peuvent pas guérir de leur maladie. Pour d'autres, c'est parce qu'ils se fatiguent, parce que tout est à acheter par les patients dans la prise en charge. Et beaucoup manquent de moyens notamment durant cette saison hivernale. » (Extrait d'entretien réalisé le 11/08/2023 avec un médecin soignant à Madaoua)

#### *Comparaison entre thérapies conventionnelles et traditionnelles : des remèdes jugés efficaces par les patients*

Le recours à un traitement traditionnel est justifié d'abord par l'efficacité des médicaments dont les effets sont jugés meilleurs que ceux du traitement biomédical dont on pense qu'il a peu d'effets sur les maladies.

« Je pense que son traitement (un tradipraticien) a permis d'avoir beaucoup d'amélioration dans ma santé parce que la première fois qu'il est venu me voir je ne pouvais même pas m'asseoir de moi-même. Mais déjà avant son retour pour la deuxième visite, il a trouvé que je pouvais m'asseoir sur une chaise. Et avec l'aide de quelques personnes, je pouvais me tenir debout. » (Extrait d'un entretien avec un hypertendu, réalisé le 29/07/2023 à Maradi)

De plus, comme il a été démontré dans plusieurs études du LASDEL (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003, Oumarou, 2018, Diarra 2018, etc.), il est également apparu que le mauvais accueil dans les centres de santé dissuade aussi les patients. Les médecins au niveau du public consacrent peu de temps

à la prise en charge des malades, car ils exercent aussi dans des structures privées. Ils limitent le temps des consultations ou le nombre de patients qu'ils consultent.

*Un couteau à double tranchant*

La plupart des malades n'ont pris connaissance de leur diabète ou leur hypertension que par hasard. Ils viennent généralement consulter pour une affection précise et c'est à ce moment que beaucoup apprennent leur maladie. La plupart des patients ne reviennent pas pour les visites de contrôle, ils ont tendance à recourir alors au traitement traditionnel. D'autres refusent les conseils hygiéno-diététiques ou ne parviennent pas à les respecter. Mais le traitement traditionnel n'empêche pas la survenue de complications accentuant la dégradation de l'état de santé de beaucoup de patients. Ces complications peuvent aller de l'aggravation de la santé du patient à l'affection d'autres organes (insuffisance rénale).

« Le diabète et l'hypertension ont des conséquences énormes sur les populations. Les complications qui y sont liées et que les gens négligent constituent des problèmes pour la communauté. Il faut souvent évacuer les malades atteints d'insuffisance rénale soit à Zinder ou à Niamey. » (Extrait d'entretien réalisé avec un chef CSI, réalisé le 28/07/2023 à Maradi)

Comme certaines de ces complications sont imputées à diverses forces invisibles (*shafin doguwa, iskoki, kwarruruka, etc.*) cela renforce encore plus le recours aux thérapies traditionnelles au détriment d'une prise en charge médicamenteuse.

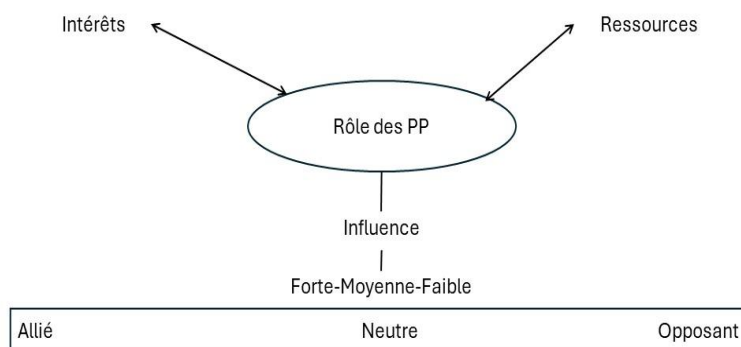
« Pour le traitement traditionnel, il y a plusieurs guérisseurs (plus de 15 personnes) qui sont passés les uns après les autres. Chacun vient faire ce qu'il pense être la solution à ma maladie (...). À l'évidence aucun traitement ne marche parce que je suis encore malade. Et chaque fois qu'on essaie un guérisseur lorsque le délai qu'il donne pour le traitement est atteint si l'on ne trouve pas d'amélioration on change et un autre vient tenter sa chance aussi. On continue le traitement traditionnel parce qu'on pense que ce n'est pas l'hypertension, c'est du surnaturel (*kwarruruka*, terme hausa pour désigner les génies). Il est ressorti des consultations des guérisseurs qu'il y a quelqu'un qui m'avait jeté un sort parce que chaque fois qu'il y a quelque chose qui concerne le village, je suis toujours devant. Je suis meilleur que beaucoup de gens dans plusieurs domaines. Et c'est à cause de cela que quelqu'un m'a jeté un sort. » (Extrait d'entretien avec un hypertendu avec des complications, réalisé le 03/08/2023 à Baja, département de Mayahi)

## Influence des parties prenantes : un levier pour la co-production

La présente analyse est bâtie autour de deux questions : Quelles sont les parties prenantes des politiques MNT et quelle sont leurs influences ? Quelles sont les parties prenantes alliées, neutres, opposantes ?

Le cadre conceptuel utilisé postule que le rôle des parties prenantes dans le cycle des politiques publiques MNT est déterminé par leurs ressources et leurs intérêts, et permet d'apprécier l'influence (forte, moyenne, faible) de chaque partie prenante. Dans l'optique de la coproduction il est alors possible de ranger les parties en trois catégories : alliés, neutres, opposants.

Cadre conceptuel de l'analyse des parties prenantes



### Acteurs étatiques

Plusieurs institutions étatiques sont concernées par les politiques MNT au Niger : Présidence de la République, cabinet du Premier ministre, ministères, Assemblée nationale.

Le ministère de la Santé publique et de l'action sociale (MP/AS) assure plusieurs rôles dans le cadre des politiques MNT. Il participe à côté des PTF à la mise en émergence des MNT. Il participe à la mise en agenda des MNT. Il met en place de programmes, des centres. Il élabore des documents



stratégiques. Il mène des actions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources (humaines, matérielles et financières).

Le MSP/AS a mis en place, en 2012, le Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT). Le PNLMNT fournit une expertise technique formation des agents de santé à l'approche *Package for integrating Essential interventions for major Non communicable diseases in primary health cares* (WHOPEN avec OMS). Le PNLMNT assure la coordination de la lutte contre les maladies non transmissibles. Il mène des actions de plaidoyers pour le financement des activités curatives, préventives et promotionnelles.

Le PNLMNT dispose d'une Comité national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles (CNM/LMNT crée en 2017). Le CNM/LMNT est un organe de réflexion, d'échange d'idées et de conseil sur les questions liées aux MNT, le CNM/LMNT est constitué des représentants des institutions et structures étatiques et non étatiques : Présidence de la République, Cabinet du Premier ministre, Ministères techniques, Partenaires techniques et financiers, secteur privé et la société civile (associations et fondations).

Le ministère de l'Enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation élabore des *curricula* et programmes relatifs à l'enseignement des MNT dans les universités publiques et la recherche sur ces maladies.

Le ministère de la Jeunesse et du sport élabore et met en œuvre la politique sportive en direction de toute la population.

Le ministère en charge de la communication et de l'économie numérique élabore et met en œuvre des politiques. Il régule l'activité des médias (radio, télévision, nouveaux médias en ligne).

Le MSP/AS dispose d'une influence élevée. Cette influence est fondée sur la légitimité institutionnelle de ce ministère.

Par contre les autres ministères techniques ont une influence faible. Cela s'explique par le fait que le comité interministériel, mis en place dans le cadre du PNLMNT, n'est pas fonctionnel.

### ***Les organisations internationales***

Plusieurs organisations internationales participent aux politiques MNT : OMS, le Fonds commun de soutien au MSP/AS (l'AFD, l'UNICEF, l'AECID, la Banque l', le fonds GAVI et l'UNFPA), l'Agence de développement du gouvernement fédéral belge (Enabel), la Coopération danoise, *World diabetes foundation*.

Ces organisations internationales participent, à la mise en agenda, le financement, la mise en forme et la mise en œuvre des politiques MNT. Elles ont une influence élevée dans les politiques MNT du fait des ressources dont disposent ces organisations internationales : légitimité institutionnelle, infrastructures, financements, etc.

#### ***Acteurs du secteur pharmaceutique***

Les acteurs publics et privés du secteur pharmaceutique participent à la fourniture des médicaments, équipements et matériels médicaux dans le cadre des politiques MNT. Le secteur pharmaceutique public est représenté par l'Office national des produits pharmaceutiques et chimiques (ONPPC), chargé de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des médicaments et fournitures essentiels, la Société nigérienne des industries pharmaceutiques (SONIPHAR), qui assure la production et la distribution locales de médicaments, et le Laboratoire national de santé publique et d'expertise (LANSPEX), responsable du contrôle qualité des médicaments.

Les acteurs privés du secteur pharmaceutique sont constitués de grossistes<sup>11</sup>, d'une unité de production (Société Industrielle Pharmaceutique SIP) et de très nombreuses officines, en milieu urbain seulement.

#### ***Organisations de la société civile***

Les organisations de la société civile sont constituées des ONG intervenant dans le domaine des MNT : SOS Diabétique, MEDCOM, Medu, FORSANI, la coalition de lutte contre les maladies non transmissibles, le réseau de communication du secteur de la santé.

Deux associations professionnelles MNT sont répertoriées : Société nigérienne des endocrinologues et diabétologues (SONED), Société nigérienne des cardiologues (SONICAR).

#### ***Médias traditionnels et réseaux sociaux***

Les médias traditionnels (radios et télévisions nationales et privées, presse écrite publique et privée, radios communautaires) participent à la sensibilisation des populations sur les MNT.

Les nouveaux médias sociaux (Facebook, WhatsApp, Tik tok) diffusent des contenus en lien avec les MNT.

---

<sup>11</sup> COPENHAGEN-SANITARY, LABOREX-NIGER, PHAMATECH-SA, MULTI-M NIGER-SARL, PHAMABEST SA, DAHAICO-SA, SAPHAR-SA, REALAB-PHARMA et PHARMA-STORE

### ***Malades, familles et entourage***

Les malades MNT ont un profil diversifié dans leurs interactions, avec l'offre de soins. Le dénominateur commun de ces malades est leur très faible influence sur la formulation des politiques MNT.

Cependant les malades ont une marge de manœuvre qui leur permet d'être plus ou moins observants dans leur gestion de leur maladie, ce qui leur confère une influence dans la mise en œuvre des politiques MNT.

### ***Institutions de recherche***

Les connaissances scientifiques sur les MNT sont de types multiples : épidémiologie, analyse des politiques et systèmes de santé, sociologie et anthropologie de la santé. Ces connaissances ont entre autres pour but de servir de support à la prise de décisions des pouvoirs publics sur les MNT. Ces connaissances devraient alimenter la formulation et la mise en œuvre du PNLMNT et permettre un dialogue entre tous les acteurs concernés par les MNT (cf. atelier de coproduction de STOP NCD).

Les acteurs qui travaillent dans la recherche sont : le Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), l'Institut national de la statistique du Niger, le PNLMNT, les enseignants-chercheurs des FSS des Universités du Niger.

### ***Institution de formations en santé***

Plusieurs institutions de santé participent à la formation initiale MNT des agents de santé. Au niveau supérieur nous avons les facultés des sciences de la santé des Universités Abdou Moumouni, Maradi et Zinder. Les étudiants de niveau technicien supérieur en santé reçoivent des cours sur les MNT dans les écoles de santé du Niger.



## CONTRAINTES

La collecte des données qui a duré 26 jours dans les régions de Maradi et Zinder s'est effectuée dans un contexte sociopolitique particulier caractérisé par l'avènement d'un pouvoir militaire qui a mis fin au régime démocratique en vigueur au Niger. Ce coup d'état a engendré la fin de la coopération avec les pays de l'Union européenne et de plusieurs partenaires techniques financiers, et une kyrielle de sanctions économiques, financières et politiques, y compris la fermeture des frontières avec les pays de la CEDEAO et l'arrêt de la fourniture du courant par le Nigéria. Les longues coupures fréquentes de courant électrique ont retardé le travail de collecte et de transcription des données en empêchant les équipes de terrain de tenir leurs synthèses journalières dans les soirées.

D'autre part, ces sanctions ont eu des répercussions sur la santé des populations, y compris au niveau des MNT, avec notamment les ruptures de médicaments à cause des fermetures des frontières, l'arrêt des interventions sanitaires des organisations non gouvernementales en faveur des populations vulnérables, les coupures de courants dans les services de santé. Cette situation met plus encore en évidence la dépendance du pays envers l'extérieur, phénomène qui est d'ailleurs au cœur de nombreuses insuffisances dans la lutte contre les MNT, laquelle reste d'abord une préconisation des institutions internationales et non une priorité nationale. Cette dépendance a été aussi évoqué par Lofandjola, J.M. & al., (2017) pour le Congo. En outre, les seules activités spécifiques de lutte contre le diabète et l'hypertension menées au Niger sont celles qui sont impulsées et financées par des organisations ou des ONG internationales.

La lutte contre les MNT, comme de nombreuses politiques de santé (gratuité des soins, tuberculose, VIH/Sida, noma, paludisme, etc.), a été importée au Niger du fait d'un agenda mondial de lutte contre les maladies émergentes, après un sommet des chefs d'Etat en juin 2011 au siège des Nations Unies. Dans cette perspective, le Niger a souscrit à des engagements régionaux et internationaux, mais sans disposer des ressources humaines et matérielles nécessaires et dans un état d'impréparation technique et financière. Les fonds destinés à la santé sont essentiellement dirigés vers les maladies transmissibles. Malgré les déclarations, les MNT semblent être les « laissés pour compte » de la santé mondiale : par exemple elles n'ont pas bénéficié de subventions des bailleurs de fonds pour la prise en charge des médicaments et l'accompagnement des malades, contrairement à la gratuité

des ARV ou de la vaccination COVID19, etc. A ce propos, Lofandjola, J.M. & al., (2017) parlent de « marginalisation des maladies non transmissibles ». Au Niger comme dans les pays voisins, on constate un manque de volonté politique pour combattre le diabète et l'hypertension.

La lutte contre les maladies non transmissibles est confrontée à des budgets de santé restreints (L'Etat du Niger n'a pas inscrit de ligne budgétaire destinée à la lutte contre les MNT), au manque de personnels de santé qualifiés (un médecin pour 24 000 habitants), à des infrastructures médicales inadéquates, à des pénuries de médicaments et d'outils, à des registres non tenus, à une absence de suivi des malades, à un faible accès aux soins. Cette situation est similaire dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne (cf. Amoah et al. (2000); Besançon et al. (2018); Carmoi et al. (2007)) où l'existence de ces défaillances a déjà été relevée à tous niveaux de la politique de lutte contre le diabète et l'hypertension. La plupart des infrastructures publiques et privées de prise en charge sont concentrées dans les grands centres urbains : ce clivage urbain/rural a été rapporté dans d'autres pays par (Diop et al. 2019; Whiting, Hayes, et Unwin 2003; Gning & al 2007).

La population du Niger est majoritairement pauvre. Plus de 60% de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté. Pour faciliter l'accès aux soins de santé, la suppression de la barrière financière pour diverses pathologies (SIDA, tuberculose, drépanocytose) s'est avérée une pratique exemplaire à haut impact pour améliorer la santé des populations vulnérables. Mais rien n'a été fait dans ce sens au Niger pour le diabète et l'hypertension. La mise en œuvre de la politique de lutte contre les maladies non transmissibles n'a pas tenu compte de la pauvreté des populations ; elle a ignoré le principe du système de recouvrement des coûts de soins en vigueur au Niger depuis les années 1990. Les médicaments et les examens utilisés pour le diabète et l'hypertension sont non subventionnés et les patients doivent les acheter à des prix chers (et exorbitants s'agissant de l'insuline) dans les pharmacies privées. Par ailleurs, les assurances maladies sont très peu développées au Niger. Au Sénégal, Ndour Mbaye M. & al. (2015) ont montré que beaucoup de patients rencontrent des difficultés analogues pour accéder aux contrôles médicaux et aux médicaments en l'absence de système de sécurité sociale. Le manque d'équité dans la lutte contre les MNT est flagrant. Les personnes les plus défavorisées sont exclues de la prise en charge en raison d'un système de santé défaillant disposant de très peu de ressources pour la prévention, le dépistage et les soins. Cette exclusion des populations vulnérables n'est pas spécifique au Niger mais elle est générale dans les pays de l'Afrique subsaharienne (Yaya, S.H. & Kengne, A. P., 2014).

Malgré les nombreux progrès dans la prise en charge des diabétiques enregistrés dans les pays développés (nouveaux médicaments analogues à l'insuline, pompes à insuline, pancréas artificiels, nouvelles molécules analogues du GLP1 et inhibiteurs de SGLTE apportant une protection cardiaque et rénale, utilisation de la télémédecine pour le contrôle à distance des diabétiques et du téléphone mobile pour la transmission des conseils relatifs à la surveillance du diabète), force est de constater que la situation dans les pays en voie de développement reste déplorable à cause d'un manque d'accès aux innovations technologiques. Compte tenu d'une faible information sur les MNT, d'une faible prévention des risques, d'un faible accès des patients aux services de santé, conjugués à l'inobservance fréquente du traitement et aux multiples recours thérapeutiques extérieurs à la médecine, on enregistre de plus en plus de cas de complications comme la cécité, la paralysie, l'amputation, l'impuissance sexuelle, etc. Ces complications représentent un fardeau sur le système de santé, si tant est qu'il les prend en charge, et débouchent sur des identités invalidantes et stigmatisées pour les patients.

Enfin il ressort de l'analyse des données une faible coordination des interventions entre les différents acteurs de la santé publique, c'est-à-dire les formations sanitaires et le ministère de la santé, les organisations non gouvernementales, et les partenaires techniques et financiers, ce qui compromet l'efficacité des stratégies de lutte contre ces maladies. Ce n'est pas non plus spécifique au Niger : d'autres travaux ([Bygbjerg 2012](#); [Laar et al. 2020](#)) ont rapporté une même absence de coordination dans la lutte contre les MNT ainsi qu'entre les programmes MNT et les autres programmes tels que ceux concernant la santé maternelle et infantile. De même on a noté ailleurs ([Gahungu et Coppieters 2014](#)) le manque d'implication des acteurs institutionnels et non-institutionnels dans le processus de formulation et de planification des politiques de lutte contre les MNT, le manque de cohérence, de synergie et de coordination des politiques multisectorielles, et l'absence de délimitation des compétences.





## CONCLUSION

On le sait, et les résultats des deux volets de la recherche en sont encore une énième illustration : le Niger, comme la plupart des pays à faibles revenus, se caractérise par un contexte où « tout est priorité », « il faut choisir parmi les priorités », « le manque de tout est la règle ». Toutefois, se limiter à ces leitmotivs, c'est occulter l'examen de l'immense champ des articulations possibles entre les politiques internationales et les espaces socio-politiques nationaux au regard des modes d'institutionnalisation et des ressources disponibles. C'est aussi masquer le jeu des acteurs institutionnels à différentes échelles, d'abord dans la manière dont ils se saisissent concrètement, sous des formes variées, de l'enjeu de la lutte contre les MNT, et ensuite dans le caractère adaptatif de leurs dynamiques d'action dans les entrelacs des instances institutionnelles. Enfin, au-delà des similarités avec d'autres contextes régionaux voire mondiaux, c'est nier d'une part les rôles des diverses organisations d'acteurs socio-professionnels dans le façonnement local de la lutte contre les MNT, et d'autre part les singularités des individus malades dans leurs vécus de la maladie et leurs trajectoires thérapeutiques. Ce sont ces réalités que notre recherche s'est attelée à décrire et à analyser.

Un premier niveau de lecture souligne l'ampleur des obstacles qui entravent les politiques de lutte contre les MNT, sur plusieurs plans. Tout d'abord, relevons le problème de l'appropriation réelle des politiques liées aux MNT par les acteurs nationaux, dans la mesure où les acteurs internationaux, à l'origine de ces politiques, n'incluent pas dans leurs programmes la prise en compte des contextes réels du pays. On observe des liens faibles entre ces politiques exogènes et la dynamique des politiques internes avec leurs divers modes de gouvernance, les modalités effectives de l'exercice du pouvoir, leur articulations avec des dimensions plus vastes telles que les normes morales et religieuses, les enjeux sociaux et économiques et les inégalités sociales. On inclura également l'échelle des individus, avec des positions personnelles souvent en contradiction avec les discours publics. De fait les acteurs institutionnels se retrouvent soumis de façon routinière aux protocoles d'institutionnalisation des politiques publiques internationales, éloignés des logiques et stratégies locales, avec une grande part de mimétisme. Ainsi, au sein de la communauté internationale, le bien-fondé des politiques relatives aux MNT repose sur des arguments essentiellement statistiques et économiques. L'examen de la documentation officielle mené dans cette recherche montre que ces mêmes arguments sont repris par les acteurs

nationaux dans la formulation de la politique nationale de lutte contre les MNT. Ainsi, la justification par les données statistiques reste la référence fondamentale, comme l'ont exprimé certains professionnels de la santé sur la nécessité de produire des chiffres assez élevés afin que la lutte contre les MNT gagne en visibilité et attire ainsi les financements. Mais les statistiques nationales, qui sous-estiment grandement la prévalence de ces maladies, ne permettent pas une vraie mobilisation. De la même manière, les objectifs et les plans d'action définis par les cadres techniques nationaux lors d'ateliers dits de validation sont repris des préconisations internationales et ne répondent pas véritablement aux besoins réels locaux en matière de lutte contre les MNT.

Un autre obstacle consiste en l'insuffisance des ressources financières. Là aussi les politiques de MNT n'échappent pas à la dépendance à l'aide internationale et à ses effets négatifs. Alors que les priorités politiques de santé au niveau mondial et dans les pays occidentaux dépendent largement de la mobilisation et de l'influence de groupes de pression internationaux, au Niger, à l'instar des pays à faibles revenus, les financements extérieurs constituent le facteur le plus déterminant. Autrement dit, plus une politique est appuyée par les PTF (partenaires techniques et financiers) plus elle devient une priorité majeure. Tel est le cas des politiques liées aux maladies infectieuses qui occupent une place primordiale dans l'agenda politique national, comme le montrent les politiques vaccinales avec le bien connu programme élargi de vaccination (PEV) qui, depuis le début des années 1970, s'est diffusé massivement sur tout le territoire. La force des politiques vaccinales repose sur l'importance de l'aide internationale : pour financer les programmes de vaccination, le Fonds GAVI et les agences (OMS, UNICEF, Fondation Bill et Melinda Gates, ONGs etc.) ont drainé plus de 3,2 milliards de dollars en 2016 (Ikilezi et al., 2020).

On ne peut en dire autant des politiques de MNT qui sont perçues par l'ensemble des acteurs nationaux comme une priorité de second plan. Sans fonds suffisants et bien que disposant d'un ancrage institutionnel, elles connaissent de nombreuses difficultés de déploiement dans le système de santé. Les programmes MNT sont mis en place sans fond de fonctionnement adéquat, ils restent absents dans la plupart des districts sanitaires, comme en témoigne le petit nombre de points focaux dont la plupart ne sont pas fonctionnels. Le Plan stratégique du PNL MNT est peu étendu et peu appliqué sur le terrain, rares sont les professionnels de la santé connaissant son existence. Cela témoigne du peu d'appropriation de sa politique par les acteurs opérationnels.

En outre, les plateaux techniques sont insuffisants, et rendent difficile le dépistage. La prise en charge se réduit souvent au traitement des

complications. En effet, les équipements et produits pharmaceutiques sont insuffisants, et parfois inexistants, en particulier dans les structures de soins primaires. Les résultats du volet quantitatif de la recherche sont édifiants à ce sujet. Donnons l'exemple des produits pharmaceutiques : concernant le diabète, « hormis le glucose injectable, où un quart des formations sanitaires (25,3%) ont déclaré ce produit disponible, moins de 15% des formations sanitaires disposent des autres produits pour la prise en charge du diabète » et concernant l'hypertension « excepté l'aspirine où 33% des 182 formations sanitaires visitées ont déclaré en disposer, on enregistre moins de 13% des formations sanitaires qui disposent des autres médicaments » (*cf.* rapport du volet quantitatif). On retrouve le même problème au niveau des ressources humaines qui présentent un effectif de personnel qualifié insuffisant : « un peu plus d'un tiers (35,7%) des formations sanitaires disposent au moment de la collecte de données d'au moins un prestataire qui a reçu une formation sur le diagnostic et le traitement de l'hypertension » et « seulement 28% des formations sanitaires visitées ont déclaré qu'au moins un de leurs prestataires de soins a reçu une formation sur le diagnostic et le traitement du diabète au cours des deux dernières années » (*cf.* rapport du volet quantitatif).

Les ressources humaines et matérielles font partie des baromètres importants du degré de priorité des politiques nationale de santé. Dans les domaines où il y a un effectif de personnels conséquent et compétent, des formations recherchées délivrant des per-diem, des infrastructures et des matériels appropriés, se trouvent le plus souvent des « partenaires » (ce terme courant dans les discours des acteurs locaux est utilisé en référence aux financements par des interventions extérieures).

Un autre problème majeur est lié aux inégalités. Nous identifions quatre types d'inégalité à partir des résultats de la recherche.

Le premier se traduit par des disparités d'ordre géographique, comme l'exemple de la région de Tahoua où l'exposition aux risques liés aux MNT est accrue par l'envahissement de produits alimentaires et pharmaceutiques nocifs pour la santé en provenance du Nigéria voisin.

Le second relève du mode de gouvernance du système de santé, qui tout en prônant la décentralisation à travers le concept des districts de santé, présente de fait une faible présence des programmes dans les zones périphériques rurales. Les soins spécialisés sont concentrés dans les centres urbains. Les crises sécuritaires ont aggravé cette situation, car certaines localités, notamment dans la région de Tillabéri, pourtant relativement bien desservie auparavant, sont devenues hors de portée des interventions sanitaires.

Le troisième type d'inégalité, et non des moindres, est lié aux interventions des PTF et des ONG internationales, qui jouent un rôle important à tous les

niveaux de la lutte contre les MNT : mise à disposition de matériels et d'intrants, implication dans les ateliers nationaux, activités au niveau communautaire, production de données de terrain, plaidoyers auprès de bailleurs, formation, sensibilisation et dépistage lors des journées mondiales, etc. Leurs interventions ont un impact réel sur les politiques de lutte contre les MNT, mais, parce qu'ils agissent par le biais de projets pilotes, ils produisent en même temps des inégalités, de manière paradoxale, entre régions couvertes et non couvertes. Parfois, c'est même le niveau central qui contre toute attente est désavantagé. Ainsi le PNLMT est dénué de moyens logistiques et financiers face à des districts plus nantis dans les régions. De même « si dans le district sanitaire de Madaoua, 93,8% des formations sanitaires visitées ont déclaré disposer du protocole de diagnostic et traitement de l'hypertension, dans le district de Niamey V aucune formation sanitaire n'en dispose » (*cf.* rapport du volet quantitatif). En outre, les modes d'action verticale des partenaires, selon leurs priorités, créent des inégalités entre pathologies : ainsi la lutte contre le cancer dispose d'infrastructures propres et de financements autonomes.

Enfin, le quatrième type d'inégalité est d'ordre social, à l'échelle des individus. Le très faible accès aux soins des populations rurales en matière de soins MNT est lié avec la couverture limitée des interventions de lutte contre les MNT. Mais il faut aussi prendre en compte les représentations populaires sur les MNT, comme par exemple celle selon laquelle l'hypertension est une maladie des gens riches, la maladie de ceux « qui se reposent ». Or la pauvreté s'avère une variable importante dans l'utilisation des services MNT. Le coût de la prise en charge et l'éloignement des postes de prestations primaires et spécialisées aggravent la maladie chez les plus pauvres. Par ailleurs, la crise politique récente et les sanctions de la CEDEAO ont beaucoup plus impacté les plus pauvres, avec les coupures incessantes d'électricité et les ruptures de stock des molécules. Dans ces conditions, le recours à la médecine dite « traditionnelle », moins coûteuse, plus proche des gens, se présente pour beaucoup comme une alternative à la médecine conventionnelle, d'autant plus qu'elle promet un espoir de guérison que la médecine conventionnelle n'offre pas. Les populations aisées peuvent par contre recourir à d'autres alternatives comme les soins à l'extérieur du pays.

Du côté des professionnels de santé, on remarquera ces mêmes inégalités. On a ainsi vu des CSI médicalisés où les médecins n'ont pourtant pas les équipements et les produits nécessaires pour exercer leur métier dans des conditions correctes. Certains sont obligés de payer par leurs propres moyens des outils de travail basiques tel que le stéthoscope.

Pour terminer avec les obstacles, rappelons les dysfonctionnements structurels au sein des structures sanitaires. Peu développé dans ce rapport, ils ne constituent pas moins des freins dans la mise en œuvre des politiques MNT. Nous en évoquerons rapidement quelques-uns ici : primat de la petite corruption, mépris des usagers anonymes, absentéisme fréquent, refus des affectations en milieu rural, mauvaise tenue des registres des données épidémiologiques, *perdiémite* qui demeure la motivation première lors des formations, supervisions ayant peu d'impact sur les pratiques de soins du fait d'arrangements clientélistes, rareté des sanctions formelles, désertion des structures publiques pour les cliniques privées considérées plus lucratives, etc.

Un second niveau de lecture a trait aux stratégies d'acteurs. Plusieurs travaux ont montré le rôle de ces derniers lors de la mise en œuvre des programmes sanitaires : face aux protocoles et manuels, aux règles et lignes directrices des programmes, se trouvent les pratiques effectives des acteurs, souvent bien éloignées de ce qui est attendu (contournement, rejet, adoption partielle, etc). Certes ces pratiques sont souvent à l'origine de dysfonctionnements. Mais il s'agit aussi parfois d'initiatives positives, en particulier celles émanant d'acteurs soucieux de bien faire que nous appelons « réformateurs locaux » :

« Les réformateurs et innovateurs de l'intérieur ne sont pas enfermés dans le respect scrupuleux des normes et procédures officielles. Ils savent que, dans les contextes locaux et compte tenu des normes pratiques<sup>12</sup> des personnels, elles sont souvent inapplicables telles quelles. Ils partent des contraintes quotidiennes, et tentent de faire bouger les lignes, d'apporter quelques améliorations réalistes, qui peuvent apparaître comme minimales vues d'un ministère (et plus encore vues de Genève ou de Washington), mais qui sont néanmoins des pas en avant à l'échelle d'un service, d'une commune, d'un dispensaire, d'un collège » (Olivier de Sardan, 2021: 410).

Ainsi, face aux contraintes de prise en charge des patients pauvres, certains soignants ont pour stratégie d'étaler des examens qui devraient être faits simultanément : « Souvent on est obligé de fractionner le bilan. De le faire sur un temps très long (...) ».

Il en est de même du côté des patients, confronté.e.s à des contraintes multiformes, et qui, à la fois affectés et acteurs à part entière de leur traitement, développent diverses stratégies:

- 1) multiplier des réseaux sociaux, incluant les transporteurs, les associations de malades, les chercheurs ;

---

<sup>12</sup> Les normes pratiques sont les régulations informelles des pratiques professionnelles qui s'éloignent des normes, procédures et règlements officiels (Olivier de Sardan, 2021)

- 2) compter sur le travail des aidants au sein de la cellule familiale et dans les services de santé ;
- 3) pour les fonctionnaires, rechercher une affectation dans les zones urbaines afin de se rapprocher des soins spécialisés, ou entreprendre des démarches pour une prise en charge à l'extérieur;
- 4) apprendre à conserver les produits avec les moyens du bord tel que : « ils mettent le flacon de l'insuline dans un plastique et l'enterrent dans un endroit frais, d'autres utilisent une thermos contenant de la glace pour la conserver. »
- 5) multiplier les sources d'information
- 6) adopter une combinaison de soins conventionnels et « traditionnels ».

Les exemples sont insuffisants car les enquêtes ne se sont pas vraiment intéressées à ces stratégies palliatives, pourtant si importantes et peu explorées par la socio-anthropologie de la santé. Cette lacune invite à les investiguer davantage lors des enquêtes complémentaires.

Enfin, nous nous sommes intéressés dans cette recherche aux troubles mentaux découlant des deux MNT investiguées (diabète et hypertension). Ils restent très négligés par les pouvoirs publics. Or le terrain nous a interpellé à plusieurs reprises sur ces problèmes tant du côté des patients que du côté des agents de santé. Il suffit de se rappeler ces brides de ressenti dans les creux des discours : « Si le médecin prend en charge deux cas de ces malades par jour, il devient stressé et fatigué » ; « (...) je l'ai vécu dans ma chair (...). (...) j'étais inquiet (...). (...) j'étais hyper stressé si on perd une vie comme ça. » ; « (...) je ne peux pas les obliger à me préparer à part. Elles vont se fatiguer de moi ».

Ces catégories affectives constituent une autre piste à investiguer davantage, qu'elles relèvent de la gouvernance locale des soins aux niveaux macro, méso et micro, ou qu'elles prennent place dans le croisement du poids de la maladie et des multiples expressions du pouvoir entre les générations, les genres et dans la relation soignant-soigné.

Nous proposons pour finir quelques propositions en termes d'action qui devraient être discutées dans les ateliers de co-production à venir.

Un plaidoyer doit être mené en direction des autorités sanitaires et politiques du Niger, en particulier **en soutenant en priorité les milieux associatifs**

**nigériens<sup>13</sup> concernés afin que ce soient eux qui soient première ligne** (et non pas que ce soient les institutions internationales), afin de :

- **rendre accessible** les diagnostics, les analyses et les soins aux populations rurales ainsi qu'aux populations urbaines vulnérables **en les intégrant dans le recouvrement des coûts**
- **former massivement les personnels de santé de première ligne** au diagnostic et à la prise en charge
- **assurer la disponibilité dans la durée** des intrants nécessaires aux diagnostics, aux analyses et aux soins au niveau des CSI
- **coordonner** et harmoniser les actions des PTF et des ONG

---

<sup>13</sup> Notons que l'absence d'une association nationale militante des personnes concernées ou affectées par le diabète et l'hypertension pénalise la lutte contre ces pathologies : la mise en place de politiques de santé plus efficaces à propos du HIV ou de la drépanocytose doit beaucoup à l'existence de telles associations, au Niger comme dans d'autres pays.





BIBLIOGRAPHIE

- Amoah, A.G.B et al. 2000. « A National Diabetes Care and Education Programme: The Ghana Model ». *Diabetes Research and Clinical Practice* 49(2-3): 149-57.
- Besançon, S., A.T. Sidibe, D. Beran, et C. Fleury-Perkins. 2018. « The experience of the Santé Diabète NGO in the fight against diabetes in Africa ». *Médecine et Santé Tropicales* 28(4): 363-67.
- Bygbjerg, I. C. 2012. « Double Burden of Noncommunicable and Infectious Diseases in Developing Countries ». *Science*, 337(6101): 1499-1501
- Carmoi, T., Verret, C., Debonne, J. M., & Klotz, F. 2007. « Prise en charge du diabète de type 2 en Afrique subsaharienne: constats actuels et perspectives » *Médecine tropicale*, 67(6), 601-606.
- Da Corta L., Diarra A., Diwakar V., Eichsteller M., Harouna, A. & Poggi C. 2021. « L'inclusion de la jeunesse dans les marchés du travail au Niger : moyens de subsistance et dynamique de genre », AFD : *Papiers de recherche*.
- Diarra, A. 2018 « Etre sage-femme au Niger. Les pratiques quotidiennes d'un métier controversé », *Etudes et Travaux du LASDEL*, 121
- Diop, S.N. et al. 2019. « Consensus pour la prise en charge de l'hyperglycémie dans le diabète de type 2 en Afrique subsaharienne. Rédigé par un groupe d'experts africains du diabète ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 13(2): 210-16.
- Faye, Sylvain Landry. 2012. « Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités défis », *Autrepart*, 60.
- Gahungu, T., Coppieters, Y., & Berghmans, L. 2014. "Analyse des politiques de prévention des maladies non transmissibles dans la Fédération Wallonie-Bruxelles ». *Rev Med Brux*, 35, 476-82.
- Gning, S B et al. 2007. « Le diabète sucré en Afrique subsaharienne aspects épidémiologiques, difficultés de prise en charge ». *Médecine Tropicale* 67: 607-11.
- Ikilezi G, Orvalho J. Augusto, Joseph L. Dieleman, Kenneth Sherr, & Stephen S. Lim. 2020. "Effect of donor funding for immunization from

- Gavi and other development assistance channels on vaccine coverage: Evidence from 120 low and middle income recipient countries”, *Vaccine*, 38 (3) : 588-596
- Institut National de la Statistique et Macro international Inc. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012. Calverton, Maryland, USA: INS et Macro International Inc.
- Institut National de la Statistique. 2019. Enquête de base sur les indicateurs prioritaires de la phase, Niamey
- Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.P. (eds). 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala
- Laar, Amos et al. 2020. « Implementation of Healthy Food Environment Policies to Prevent Nutrition-Related Non-Communicable Diseases in Ghana: National Experts’ Assessment of Government Action ». *Food Policy* 93: 101907.
- Lofandjola, J.M., E. Kiswaya Sumaili, et J. Petermans. 2017. « Fardeau des maladies chroniques en Afrique subsaharienne : plaidoyer pour une mise en place des soins palliatifs et d’accompagnement en fin de vie en République démocratique du Congo ». *Ethics, Medicine and Public Health* 3(3): 374-80.
- Ministère de la Santé publique, de la population et des affaires sociales. 2022. Dossier d’investissement du Niger pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescent et la nutrition (SRMNIA-Nut), Niamey
- Ministère des Finances. 2021. Budget citoyen 2021, Niamey
- Nassirou, I. 2025 « La lutte contre le diabète et l’hypertension au Niger : un diagnostic quantitatif », *Etudes et Travaux du LASDEL*, 141
- Ndour Mbaye, M. et al. 2011. « DiabCare Sénégal : une enquête sur la prise en charge du diabète au Sénégal ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 5(1): 85-89

- Olivier de Sardan, J.P. 2001. « L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 13
- Olivier de Sardan, J.P. 2021. *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*. Paris: Karthala
- OMS. 2022. Niger : Rapport annuel
- Oumarou, A. 2018 « Les collectivités territoriales et le service de santé au Niger. Une analyse à partir des communes de Dosso, Tibiri, Kargui-Bangou et Liboré ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 122
- Ousmane Ida I. 2015. « L'emploi des jeunes dans les grandes villes du Niger : une analyse à partir des données du recensement de 2012 », Rapport de recherche de l'ODSEF, Québec
- Plan stratégique national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles et les traumatismes 2023-2026
- Sounaye A, Diarra A, et Younoussi I, 2017 « Genre et population. Etude socio-anthropologique sur les déterminants des politiques de populations au Niger ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 123
- Whiting, D. R., L. Hayes, et N. C. Unwin. 2003. « Challenges to Health Care for Diabetes in Africa ». *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 10 (2): 103-110.
- WHO.1989. "Strengthening the Performance of Community Health Workers in Primary Health Care : Report of a WHO Study Group", *World Health Organization Technical Report Series*, 780
- Yaya, Sanni H, et André P Kengne. 2014. « L'hypertension artérielle en Afrique : présent et nouvelles perspectives ». In *Le défi de la prévention des maladies cardiovasculaires*. Ottawa

Ce rapport est issu du programme de recherche  
« STOP NON-COMMUNICABLE DISEASES PROGRAM (STOP-  
NCD) », financé par le *National Institute for Health and Care Research*  
(NIHR), Royaume-Uni (<https://nihr.ac.uk/>)

Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin, dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, sécurité, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement.

Le LASDEL recourt principalement à des méthodes qualitatives fondées sur des enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de Niamey. Il contribue à la formation de jeunes chercheurs, en particulier avec son Université d'été.

La collection « *Etudes et Travaux du LASDEL* » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne ([www.lasdel.net](http://www.lasdel.net)) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- N° 139 « Sécurisation alimentaire « par le bas ». Le nexus humanitaire-développement à Diffa (Niger) », par J.F. Caremel et M.S. Issoufou Souley (2025, écrit en 2019)
- N° 138 « L'accès des populations déplacées aux services d'intérêt général dans le Liptako-Gourma nigérien. L'exemple de la commune urbaine de Téra », par O. Hamani et V. Baudais (2025, écrit en 2023)
- N° 137 « Insurrection jihadiste et économies illicites autour du parc du W (Bénin) », par A. Mossi et E.N. Sambieni (2025, écrit en 2022)

## LASDEL

LABORATOIRE D'ÉTUDES ET RECHERCHES  
SUR LES DYNAMIQUES SOCIALES ET LE DÉVELOPPEMENT LOCAL

BP 12 901, NIAMEY, NIGER — TÉL. (227) 20 72 37 80  
BP 1 383, PARAKOU, BÉNIN — TÉL. (229) 23 10 10 50

[WWW.LASDEL.NET](http://WWW.LASDEL.NET)