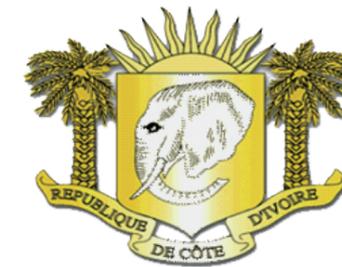




Direction Générale de la Santé

.....
Direction de Coordination du Programme
National de Prévention des Maladies Non Transmissibles



République de Côte d'Ivoire



Ministère de la Santé et de
la Lutte contre le Sida

**PLAN STRATÉGIQUE INTÉGRÉ DE
PRÉVENTION ET DE PRISE EN
CHARGE DES MALADIES NON
TRANSMISSIBLES EN CÔTE D'IVOIRE**

2015 - 2019



REMERCIEMENTS

A l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)



Pour le financement des travaux de finalisation et de validation de ce plan stratégique

Au Parlement ivoirien

Pour son implication active aux travaux de finalisation de ce plan stratégique

Aux Ministères techniques du Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire

Pour leur collaboration et participation actives lors des travaux de finalisation et de validation de ce plan stratégique

Plan stratégique intégré de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire 2015-2019

Copyright © République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida 2014

Le processus d'élaboration de ce document a été conduit par la Direction de Coordination du Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles



Programme National de Prévention
des Maladies Non Transmissibles

Tel +225 20 32 30 10/Fax +225 20 32 30 39

Mail : pnpmnt@yahoo.fr/ Url : www.preventionci.net

SOMMAIRE	PAGE
SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	05
PREFACE	07
INTRODUCTION	08
I	08
CONTEXTE	
I-1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE	09
I-2 CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE	09
I-3 CONTEXTE ADMINISTRATIF	09
I-4 CONTEXTE SOCIOCULTUREL	09
I-5 CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE	09
I-6 CONTEXTE ECONOMIQUE	09
I-7 CONTEXTE SANITAIRE NATIONAL	10
I - 7.1 Organisation du système sanitaire	10
I - 7.2 Le secteur sanitaire public	10
I - 7.3 Le secteur sanitaire privé à but lucratif et non lucratif	10
II	11
ANALYSE DE LA SITUATION	
II-1 DONNEES GENERALES	11
II- 2 FACTEURS DE RISQUES DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	11
II-2.1 Facteurs de risque majeurs communs des maladies non transmissibles prioritaires	11
II-2.1.1 <i>Pression sanguine artérielle élevée</i>	11
II-2.1.2 <i>Tabagisme</i>	12
II-2.1.3 <i>Faible consommation des fruits et légumes et alimentation non équilibrée</i>	12
II-2.1.4 <i>Inactivité physique</i>	13
II-2.1.5 <i>Surpoids et/obésité</i>	13
II-2.1.6 <i>Consommation abusive d'alcool</i>	14
II-2.1.7 <i>Glycémie élevée</i>	15
II-2.1.8 <i>Hypercholestérolémie</i>	16
II-2.2 Autres facteurs de risque de maladies non transmissibles et comorbidités	16
II-2.2.1 Autres facteurs de risque	16
II-2.2.1.1 <i>Violence intentionnelle</i>	16
II-2.2.1.2 <i>Violence non intentionnelle</i>	19
II-2.2.1.3 <i>Pollution environnementale</i>	19
II-2.2.1.4 <i>Exposition professionnelle</i>	21

SOMMAIRE	PAGE	
II-2.2.2	Co-morbidités	21
II-2.2.2.1	<i>Infection à Streptocoque A</i>	21
II-2.2.2.2	<i>Infection aux virus de l'hépatite</i>	22
II-2.2.2.3	<i>Infection au virus papilloma humain</i>	23
II-3	MALADIES NON TRANSMISSIBLES	23
II-3.1	Ampleur des maladies non transmissibles prioritaires	23
II-3.1.1	<i>Données globales</i>	23
II-3.1.2	<i>Les maladies cardiovasculaires</i>	24
II-3.1.3	<i>Le cancer</i>	25
II-3.1.4	<i>Les maladies respiratoires chroniques</i>	26
II-3.1.5	<i>Le diabète</i>	27
II-3.2	Autres maladies non transmissibles constituant un problème de santé publique national	27
II-3.2.1	<i>La drépanocytose</i>	27
II-3.2.2	<i>Traumatismes et décès dus aux violences intentionnelles et non intentionnelles</i>	27
II-3.2.3	<i>Les Handicaps</i>	29
II-3.2.4	<i>Le Psoriasis</i>	29
II-3.2.5	<i>La surdit�</i>	30
II-4	EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN COTE D'IVOIRE	31
II-5	CONSEQUENCES DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	34
II-5.1	Impact des maladies chroniques non transmissibles sur le d�veloppement	34
II-5.1.1	<i>Impact des maladies chroniques sur le d�veloppement humain</i>	34
II-5.1.2	<i>Maladies chroniques et pauvret�</i>	34
II-5.1.3	<i>Impact �conomique des maladies non transmissibles</i>	34
II-5.1.4	<i>Effets � moyen et long terme des maladies chroniques non transmissibles</i>	36
II-6	REPONSE EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES MNT	36
II-6.1	R�ponse au plan international	36
II-6.2	R�ponse du syst�me de sant� ivoirien	37
II-6.3	Contraintes et faiblesses des capacit�s et mesures nationales de lutte contre les maladies non transmissibles	39
III	CIBLES	40
III- 1	GROUPES CIBLES	40

SOMMAIRE		PAGE
III-2	MALADIES CIBLES PRIORITAIRES	40
IV	VISION	40
V	BUT	40
VI	OBJECTIFS	40
VI.1	OBJECTIF GENERAL	40
VI.2	OBJECTIFS SPECIFIQUES	40
VI.3	INDICATEURS	41
VII	STRATEGIES	43
VIII	ACTIONS PRIORITAIRES ET PRINCIPAUX RESULTATS ATTENDUS	44
IX	MISE EN ŒUVRE	136
IX-1	PRINCIPES GENERAUX ET APPROCHES DE MISE EN ŒUVRE	136
IX-2	CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN OEUVRE	137
IX-3	PARTENAIRES DE MISE EN OEUVRE	137
IX-4	NIVEAUX DE MISE EN OEUVRE	138
IX-4.1	Le niveau central	138
IX-4.2	Le niveau Régional	138
IX-4.3	Le Niveau District sanitaire	138
IX-4.4	Les structures de prestation des soins de santé	138
IX-4.5	La communauté	138
IX-4.6	Le milieu du travail	139
IX-4.7	Le milieu scolaire	139
X	BUDGET	139
X-1	COUT GLOBAL	139
X-2	DETAILS DU BUGET	139
XI	SUIVI EVALUATION	139
	CONCLUSION	150
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	151
	ANNEXE- DETAILS DU BUGET	157

SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AFRO	Africa Regional Office /Bureau Régional de l’OMS pour l’Afrique
CCC	Communication Pour le Changement de Comportement
CDC	Center for Disease Control and prevention
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNPS	Caisse Nationale de Pré voyance Sociale
DIPE	Direction de l’Information, de la Planification et de l’Evaluation
DRENET	Direction Régionale de l’Education Nationale et de l’Enseignement Technique
EIS	Enquête sur les Indicateurs de Sida
EPS	Education Pour la Santé
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
HG	Hôpital Général
IEC	Information Education Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
INS	Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de Santé Publique
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSHP	Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSER	Office de la Sécurité Routière
PNPMNT	Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNN	Programme National de Nutrition
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSP	Pharmacie de la Santé Publique

STEPS	Approche par étape de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des MNT
TAD	Tension Artérielle Diastolique
TAS	Tension Artérielle systolique
WHA	World Health Assembly / Assemblée Mondiale de la Santé
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
RAA	Rhumatisme Articulaire Aigu
CDR	Cardiopathie Rhumatismale
VHA	Virus de l'Hépatite A
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VHD	Virus de l'Hépatite D
VHE	Virus de l'Hépatite E
WHO PEN	Paquet Essentiel d'Interventions Intégrées de Prévention et de prise en charge des Maladies Non Transmissibles au niveau des Soins de Santé Primaires
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
SIG	Système d'Information et de Gestion
CNCI-MNT	Cellule Nationale de Coordination Interministérielle de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
DRENET	Direction Régionale de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique
DRH	Direction des Ressources Humaines
AFP	Alpha FeatoProtéine
PSA	Antigène Prostatique Spécifique
DR	Direction Régionale
DD	Direction Départementale
MNT	Maladie Non Transmissible
OSER	Office de Sécurité Routière

PREFACE

Les maladies non transmissibles, principalement les maladies cardiovasculaires, cancers, respiratoires chroniques et diabète constituent les principales causes de décès dans le monde, occasionnant plus de 36 millions de morts par an dont plus de 14 millions de décès prématurés survenant à un âge compris entre 30 et 70 ans.

Les pays à revenu faible ou intermédiaire portent déjà 86% de la charge de ces décès prématurés. Elles entraîneront des pertes économiques cumulées de 7 milliards de dollars US sur les 15 prochaines années et des millions de personnes prises au piège dans la pauvreté.

En Côte d'Ivoire, les décès causés par les maladies non transmissibles représentent 31% de l'ensemble des décès enregistrés. Par ordre d'importance décroissante des causes de décès par maladie non transmissibles, l'on retrouve les affections cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète.

Reflet de la faible capacité de notre système de santé à faire face de manière efficace à ces affections chroniques, la probabilité de survenue d'un décès dû à l'une des quatre principales maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, respiratoires chroniques et diabète) entre 30 et 70 ans (décès prématuré) est de 21%.

La plupart de ces décès prématurés dus à des maladies non transmissibles sont en grande partie évitables si les systèmes de santé sont renforcés pour répondre plus efficacement et équitablement aux besoins de santé des personnes atteintes de maladies non transmissibles, et d'influencer les politiques publiques dans les secteurs autres que la santé concernés par les facteurs de risque communs, à savoir l'usage du tabac, l'alimentation malsaine, l'inactivité physique et l'usage nocif de l'alcool.

Faisant suite à l'engagement pris par les Chefs d'Etats et de Gouvernement à travers la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en septembre 2011, un Plan d'Action de Lutte contre les maladies non transmissibles pour la période de 2013 à 2020 fut adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2013, afin de faire face à ce défi de manière cordonnée et efficiente sur la base de 25 indicateurs et 9 cibles volontaires devant être atteintes à l'échéance 2025.

Le présent plan stratégique intégré élaboré conformément aux lignes directrices de l'actuel Plan d'Action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles, réitère l'engagement du Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire qui ambitionne atteindre l'émergence en 2020, à faire face à ce problème qui ne constitue plus seulement une question de Santé, mais un véritable problème de Développement.

En plus des quatre principales maladies non transmissibles, ce plan stratégique ambitionne adresser certaines co-morbidités telles que le psoriasis, la drépanocytose, les handicaps sensoriels et le bégaiement. Il intègre également la prévention et la gestion des traumatismes qui constituent la première cause de mortalité par MNT dans notre pays, à travers les violences mais aussi d'autres facteurs tels que la pollution environnementale et l'exposition professionnelle. Il prend en compte la lutte contre certains facteurs de risque infectieux de certaines maladies non transmissibles ou handicaps notamment, l'infection streptococcique dans le Rhumatisme Articulaires Aigu et la cardiopathie rhumatismale, l'infection à papilloma virus humain dans le cancer du col de l'utérus et d'autres infections en causes dans la surdité.

Ce plan qui constitue la boussole de l'action du ministère en charge de la santé, y compris les autres secteurs du Gouvernement ivoirien en matière de lutte contre les maladies non transmissibles pour les cinq années à venir, est avant tout un outil de plaidoyer pour le financement des interventions nationales.

Il s'adresse également aux organisations nationales et internationales de recherche et de bienfaisance, aux décideurs, aux planificateurs et aux Organisations non gouvernementales sans oublier le citoyen pour qui, la finalité de toutes ces approches ainsi développées devra être l'amélioration de la qualité de la vie.

INTRODUCTION

Selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé, 36 millions de décès, soit 63 % de l'ensemble des décès survenant dans le monde sont occasionnés par les maladies non transmissibles, principalement les maladies cardiovasculaires avec 17 millions de décès, le cancer avec 7,6 millions de décès, les maladies respiratoires chroniques avec 4,2 millions de décès et le diabète avec 1,3 millions de décès [1]. Malheureusement, plus de 80% des décès dus aux Maladies cardiovasculaires et au diabète et plus 90% des décès causés par les BPCO surviennent dans les pays à revenus faible et intermédiaire [1].

En Côte d'Ivoire, les décès dus aux maladies non transmissibles sont par ordre d'importance décroissante, liés aux maladies cardiovasculaires, traumatismes, cancers, maladies respiratoires chroniques et diabète [2].

La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [3], la Déclaration issue de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20) et le premier rapport de l'équipe spéciale des Nations Unies chargée du programme de développement pour après 2015 [4] ont reconnu que la lutte contre les maladies non transmissibles est une priorité pour le développement social et pour l'épanouissement personnel.

L'amélioration des résultats sanitaires dans le domaine des maladies non transmissibles est à la fois le préalable, le résultat et un indicateur des trois dimensions du développement humain durable : développement économique, environnement durable et intégration sociale.

Conformément à la Déclaration de Politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles de septembre 2011, l'Organisation Mondiale de la Santé, en consultation avec les Etats Membres, a élaboré et fait adopter lors de la 66^e Assemblée Mondiale de la Santé, un nouveau Plan d'Action Mondial de lutte contre les maladies non transmissibles sur la période de 2013 à 2020 [5] assorti de 25 indicateurs et 9 cibles volontaires.

En vue d'inscrire la lutte contre les maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire dans les orientations du plan d'action mondial et d'adresser de manière efficiente les indicateurs sur lesquels notre pays sera également évalué, l'Etat de Côte d'Ivoire à travers le Ministère en charge de la Santé, a décidé d'élaborer un Plan stratégique intégré et multisectoriel de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles.

I- CONTEXTE

I-1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE

Située en Afrique occidentale dans la zone subéquatoriale entre le 10ème degré de latitude Nord, le 4ème et le 8ème degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. La capitale politique est Yamoussoukro située au centre du pays à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.

Le climat est de type tropical humide et réparti en climat équatorial humide au sud et climat tropical de type soudanais au nord. Classiquement quatre [6] saisons se succèdent, une grande et une petite saison des pluies qui vont de mars à juillet, une grande et une petite saison sèche d'août à février. La pluviométrie annuelle varie entre 2300mm au sud et 900mm au nord, avec des températures élevées dont la moyenne est de 30°C.

La végétation est très diversifiée, dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord.

I-2 CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

La population de la Côte d'Ivoire est estimée, en 2007, à 20 581 770 habitants selon les perspectives de l'Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base du Recensement Général de la Population et de

l'Habitat (RGPH) de 1998. Selon l'INS [7], 43 % de la population à moins de 15 ans. Les femmes représentent 49% de la population totale dont 51% sont en âge de procréer.

Le taux de croissance démographique annuel est estimé en 2006 à 2,8% selon l'INS. 52% de la population vit en zone rurale contre 48% en zone urbaine. En 2006, le dynamisme démographique est caractérisé par une fécondité élevée et précoce avec un taux brut de natalité de 37,9 pour mille et un indice synthétique de fécondité de 4,6.

Carrefour d'échanges économiques et culturels de par sa situation géographique et historique, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration.

I-3 CONTEXTE ADMINISTRATIF

L'avènement de la deuxième République en 2000 a permis la création de nouvelles entités administratives en dehors des communes et des villes. Ainsi, en 2002 la Région, le Département et le District ont été adoptés. La Région et la Ville prévues dans le cadre de la loi sur la Décentralisation ne sont pas encore créées. La Côte d'Ivoire comptait en 2007, 19 régions, 56 départements, 335 sous-préfectures, 2 districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), et 718 communes.

I-4 CONTEXTE SOCIOCULTUREL

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque).

Le Français est la langue officielle. Le niveau d'alphabétisation est relativement faible. La population adulte sachant lire et écrire est de 53% [6] en 2005 dont 61% d'hommes et 46% de femmes.

En 2006, les résultats de l'enquête "Multiple Indicators Cluster Survey" (MICS) [8] estimaient le taux net de fréquentation du cycle primaire à 55%, et le taux de scolarisation des fillettes à 51%.

La liberté de culte est garantie par la constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

I-5 CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE

La Côte d'Ivoire est une République avec un régime démocratique de type présidentiel. Longtemps considéré comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire traverse une série de crises sociopolitiques depuis 1999.

I-6 CONTEXTE ECONOMIQUE

La crise sociopolitique que traverse le pays a eu des effets négatifs sur la croissance du PIB qui a été fortement ébranlée entre 2000 et 2003. Les taux en volume ont été respectivement - 2,3%, et -1,7% [9].

Toujours dominée par le binôme café-cacao, l'économie nationale a connu une légère amélioration depuis 2004, grâce aux ressources issues de l'extraction pétrolière, du développement du secteur des télécommunications et du commerce [9]. Ce redressement de la croissance se traduit par des taux respectifs de +1% en 2004, +1,8% en 2005 et +1,2% en 2006 [9].

Cependant, le rapport du PNUD 2006 sur le développement humain indique pour la Côte d'Ivoire, un Indice de Développement Humain (IDH) de 41,5% et un rang de 164 sur 177 pays. La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté évaluée à 38,4% en 2002 selon une enquête menée par l'INS, est actuellement estimée à 44% selon le rapport 2006 du PNUD.

La baisse générale des activités consécutives à la crise sociopolitique a eu une incidence sur les finances publiques, malgré les performances des régies financières. Les arriérés intérieurs et extérieurs accumulés par l'Etat ont, réduit ses capacités financières.

I-7. CONTEXTE SANITAIRE NATIONAL

I-7.1 Organisation du système sanitaire

Le système de santé ivoirien s'est constitué et développé progressivement à partir du dispositif sanitaire hérité de la période coloniale.

Le système de santé, dominé par le secteur public, dispose d'un secteur privé en plein essor. A côté de ces deux secteurs, la médecine traditionnelle est relativement importante.

Son fonctionnement, en dépit de certains progrès enregistrés lors des décennies passées, reste problématique du point de vue de sa capacité à satisfaire les besoins essentiels des populations, notamment celles des zones rurales et celles des zones périurbaines défavorisées.

Quant au secteur privé en développement, il devrait dans les années à venir constituer une composante essentielle du dispositif national d'offre de soins.

La médecine traditionnelle quant à elle, participe également à la prise en charge des besoins de santé des populations.

I-7.2 Le secteur sanitaire public

L'organisation du système de santé ivoirien [10] comprend les services de soins et l'administration sanitaire. Les services de soins sont organisés en une pyramide sanitaire à trois niveaux.

Le premier niveau est constitué des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (centres de santé, centres de santé spécialisés, formations sanitaires).

Les établissements sanitaires de premier recours ou de première référence (HG, CHR, CHS) représentent le second niveau de la pyramide.

Le troisième niveau est composé des établissements sanitaires de dernier recours ou de deuxième référence (CHU, INSP).

L'administration sanitaire comprend les services centraux et les services extérieurs. Les services centraux sont composés du cabinet, des services et directions rattachés et des directions générales et centrales. Quant aux services extérieurs, ils sont composés de 19 Directions Régionales (DR) et de 80 Directions Départementales (DD) ou Districts sanitaires. Ils ont pour missions de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Les services de soins sont représentés aux niveaux public et privé.

Il est à noter que le secteur parapublic participe à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (Hôpital militaire d'Abidjan, Hôpital de la police nationale, Hôpital des impôts, les centres socio-sanitaires de la CNPS,...).

I-7.3 Le secteur sanitaire privé à but lucratif et non lucratif

Le secteur sanitaire privé s'est développé progressivement ces dernières années, avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines privées de pharmacie et infirmeries privées). Le secteur privé professionnel participe également dans une large mesure à l'offre de soins.

II- ANALYSE DE LA SITUATION

II-1 DONNEES GENERALES

La mortalité générale c'est-à-dire la mortalité à tous âges confondus, a baissé continuellement depuis les années 1950 avant d'enregistrer une inversion de tendance dans les années 1990. Le taux brut de mortalité (TBM) est passé de 13,9‰ en 1998 à 14‰ en 2006 [11].

L'espérance de vie totale à la naissance était estimée à 51,3 ans en 2006 selon l'INS tandis que le quotient de mortalité infantile, c'est-à-dire la probabilité de mourir entre la naissance et le premier anniversaire, est passée en 1998 de 112 ‰ à 89 ‰ en 2005 selon l'EIS.

La mortalité maternelle estimée à 543 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005 [6] reste encore très élevée. La malnutrition qui contribue à élever ces taux de mortalité tant chez la mère que chez l'enfant demeure une préoccupation.

Les données sur la mortalité imputable aux maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire demeurent encore parcellaires et de sources hospitalières. Toutefois, les estimations de l'OMS indiquent que 31% des décès qui surviennent en Côte d'Ivoire sont imputables aux maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires chroniques, diabète, traumatismes, autres maladies chroniques) [12].

II-2 FACTEURS DE RISQUES DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

II-2.1 Facteurs de risque majeurs communs des maladies non transmissibles prioritaires

La plupart des maladies non transmissibles (MNT) sont fortement associées à quatre facteurs de risque majeurs et communs qui sont liés aux comportements à savoir la consommation du tabac, l'inactivité physique, l'alimentation déséquilibrée et l'usage nocif de l'alcool. Ces comportements conduisent à quatre modifications physiologiques clés: pression artérielle élevée, surpoids et obésité, hyperglycémie et hyperlipidémie.

II-2.1.1 Pression sanguine artérielle élevée

A travers les groupes de revenu pays, la prévalence de l'élévation de la pression sanguine demeure forte à environ 40% pour les deux sexes dans les pays à revenu faible, revenu faible et intermédiaire et revenu moyen et intermédiaire. La prévalence dans les pays à revenu élevé est plus faible à environ 30% pour les deux sexes [13].

L'augmentation de la pression artérielle est un facteur de risque majeur de maladies coronariennes, ischémiques et d'accidents vasculaires hémorragiques [14].

Il a été montré que les niveaux de pression artérielle croissants et progressifs sont positivement reliés à la progression du risque d'accident vasculaire cérébral et de maladie coronarienne [15]. Dans certains groupes d'âge, le risque de maladies cardiovasculaires double pour chaque augmentation progressive de 20/10 mm Hg de la pression artérielle, en commençant par le niveau le plus bas de 115/75 mmHg [16].

En termes de décès attribuables, le premier facteur de risque mondial de maladie non transmissible est la pression artérielle élevée à laquelle 13% des décès dans le monde sont attribués, suivie par l'usage du tabac (9%), la glycémie élevée (6%), l'inactivité physique (6%) et la surcharge pondérale et l'obésité (5%) [17].

Dans le monde, 9,4 millions de décès chaque année, soit 16,5% de l'ensemble des décès, peuvent être attribués à l'hypertension artérielle [18]. Celle-ci est ainsi responsable de 51% des décès dus aux AVC et de 45% des décès dus aux cardiopathies coronariennes [19].

En Côte d'Ivoire, l'enquête STEPS de 2005 [20] a relevé une prévalence de la pression sanguine élevée (TAS supérieur ou égal à 140 mm Hg et TAD supérieure ou égale à 90 mm Hg) de 21,7%. La prévalence des niveaux de pression sanguine élevée augmente avec l'âge pour atteindre 58,4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans. Par ailleurs, elle est de 28% chez les sujets de sexe masculin et de 17,2% chez les sujets de sexe féminin.

Selon les estimations faites par l'OMS pour la Côte d'Ivoire, la prévalence de la tension artérielle élevée s'est accrue à 41,5% en 2008 [1] pour s'infléchir à 30,9% en 2010 [2].

II-2.1.2 Tabagisme

L'usage du tabac est plus élevé dans les pays à revenu intermédiaire que dans les pays à revenu faible ou à revenu élevé. Dans tous les groupes de revenus, la consommation du tabac est plus importante chez les hommes que chez les femmes [2].

Les hommes dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont la plus forte prévalence de consommation estimée à 39% suivi par les hommes dans les pays à revenu moyen et intermédiaire estimée à 35% [2].

Dans la population féminine, il y a une prévalence relativement élevée de 15% dans les pays à revenu moyen et intermédiaire contre des prévalences considérablement faibles de 2-4% dans les pays à revenu faible et les pays à revenu faible et intermédiaire [21].

Dans la région africaine de l'OMS (AFRO OMS), 18% des jeunes consomment du tabac. Il est à noter que 48,2% des jeunes sont exposés à la fumée du tabac dans les lieux publics. Les produits du tabac autre que les cigarettes, sont consommés par 11,6% des jeunes au niveau de la région africaine tandis que 6,5% fument la cigarette. Quant au sevrage tabagique, 15,9% des étudiants en médecine au niveau de la région africaine ont reçu des formations pendant leurs études médicales [22].

Les estimations faites par l'OMS pour l'année 2011 indiquent que la prévalence du tabagisme actuel et quotidien est passée à 12% (16% chez les hommes et 9% chez les femmes) [2] alors qu'en 2005, elle était de 9,5% (17,7% chez les hommes contre 3,3% chez les femmes [20]).

II-2.1.3 Faible consommation des fruits et légumes et alimentation non équilibrée

Environ 1,7 million (2,8%) de décès dans le monde sont attribuables à une faible consommation de fruits et légumes [17, 23]. La consommation adéquate de fruits et légumes réduit le risque de maladies cardiovasculaires, de cancer de l'estomac et de cancer colorectal [24, 25].

On estime que la faible consommation de fruits et légumes est à l'origine d'environ 5,3 millions de décès par an. Elle serait responsable d'environ 19% des cancers gastro-intestinaux, environ 31% des maladies ischémiques cardiaques et de 11% des attaques cardiaques au plan mondial [31].

En Côte d'Ivoire, sur un échantillon de 4530 sujets âgés de 15 à 64 ans enquêtés en 2005 dans la région administrative des lagunes [20], 37,2% consomment peu ou pas de fruits et légumes contre 62,8% de consommateurs quotidiens de fruits et légumes. L'analyse des niveaux de consommation permet de noter que 78,1% des consommateurs ont un faible niveau de consommation de fruits et légumes (moins de 5 portions de fruits et légumes par jour) tandis que les 21,9% d'entre eux consomment 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour. Les faibles niveaux de consommation quotidienne de fruits et légumes se retrouvent principalement en milieu urbain avec 93,6% contre 6,4% en milieu rural [20].

Quant à la quantité de sel alimentaire consommé est un déterminant important des niveaux de pression artérielle et du risque cardiovasculaire global [26].

On estime que la diminution de la consommation de sel au niveau recommandé de moins de 5 grammes par jour par rapport aux niveaux mondiaux actuels de 9-12 grammes par jour aurait un impact majeur sur la réduction de la pression artérielle et les maladies cardiovasculaires [27].

Il existe des preuves que la consommation de niveaux élevés d'aliments riches en énergie, tels que les aliments transformés qui sont riches en graisses et en sucres, favorise l'obésité par rapport aux aliments de faible énergie comme les fruits et légumes [23]. Quant aux graisses saturées et graisses trans, elles augmentent le risque de maladie coronarienne et leur remplacement par des graisses mono insaturées et polyinsaturées réduit le risque [28]. Il est également prouvé que le risque de diabète de type 2 est directement associé à la consommation de graisses saturées et de graisses trans et inversement associée aux graisses polyinsaturées d'origine végétale [29, 30].

II-2.1.4 Inactivité physique

La prévalence de l'insuffisance d'activité physique s'est accrue avec le niveau du revenu. Les pays à revenu élevé ont plus que doublé la prévalence de la sédentarité comparée aux pays à faible revenu pour les deux sexes, avec 41% d'hommes et 48% de femmes insuffisamment actifs au plan physique dans les pays à revenu élevé contre 18% d'hommes et 21% de femmes dans les pays à faible revenu [21].

L'activité physique insuffisante est le quatrième principal facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale avec environ 3,2 millions de morts occasionnés chaque année [17]. Les personnes qui ne sont pas suffisamment actives ont un risque accru de mortalité toutes causes confondues de 20-30% par rapport à ceux qui se livrent à au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée la plupart des jours de la semaine [32].

On estime que la pratique de cent cinquante (150) minutes d'activité physique modérée par semaine (ou l'équivalent) réduit le risque de maladie cardiaque ischémique d'environ 30%, le risque de diabète de 27%, le risque de cancer du sein et du côlon de 21-25% [17, 32]. En outre, l'activité physique réduit le risque d'accident vasculaire cérébral, l'hypertension et la dépression. Il est un facteur déterminant de la dépense énergétique et donc indispensable à l'équilibre de l'énergie et le contrôle du poids [32].

En Côte d'Ivoire, l'enquête STEPS de 2005 a révélé que 88,1% des personnes âgées de 15 ans ou plus avaient un niveau d'activité physique insuffisant pour générer des bénéfices pour la santé [20].

L'adoption en 2008 et la mise en œuvre de l'Initiative Nationale de Promotion de la pratique régulière de la l'Activité Physique (INPAP) en Côte d'Ivoire 2009-2018 [33] en complément des efforts du ministère en charge des Sports, ont permis d'améliorer cette situation fort inquiétante comme en témoigne les dernières estimations de prévalences nationales de 2010 faites par l'OMS et qui établissent la sédentarité chez les 15 ans ou plus à 25,7% avec 21,9% des hommes et 29,5% des femmes [2].

II-2.1.5 Surpoids et obésité

La prévalence de l'élévation de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) s'est généralement accrue avec l'augmentation du niveau du revenu des pays et s'est élevée à travers tous les groupes de revenus sur les trois (03) décennies. La prévalence du surpoids dans les pays à revenu élevé et les pays à revenu moyen et intermédiaire représente plus du double de celle observée dans les pays à faible revenu et à revenu faible et intermédiaire [2]. Au cours de l'année 2008, 35% des adultes âgés de 20 ans et plus étaient en surpoids (IMC supérieure ou égale à 25 kg / m²) dont 34% d'hommes et 35% de femmes. La prévalence de l'obésité dans le monde a presque doublé entre 1980 et 2008.

En 2008, 10% des hommes et 14% des femmes dans le monde étaient obèses (IMC supérieure ou égale à 30 kg / m²), contre 5% pour les hommes et de 8% pour les femmes en 1980. Un nombre estimé de 205 millions d'hommes et 297 millions de femmes âgés de plus de 20 ans étaient obèses en 2008, soit un total de plus d'un demi-milliard d'adultes dans le monde [34].

Dans les pays à revenu élevé, plus de la moitié des adultes sont en surpoids et seulement 1/5 sont obèses tandis que dans les pays à revenu moyen et intermédiaire, plus de la moitié des adultes sont en surpoids et ¼ sont obèses [2].

Le surpoids et l'obésité ont des effets métaboliques indésirables sur la pression artérielle, le cholestérol, les triglycérides et l'insulino-résistance. Les risques de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral ischémique et de diabète de type 2 augmentent régulièrement avec l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) [31].

L'augmentation de l'IMC accroît également le risque de cancer du sein, du colon / rectum, de l'endomètre, du rein, de l'œsophage (adénocarcinome) et du pancréas [14, 31].

Le surpoids et l'obésité représentent le cinquième facteur de risque mondial de mortalité, occasionnant 2,8 millions de décès chaque année. En outre, 44% de la charge du diabète, 23% de la charge de la cardiopathie ischémique et entre 7% et 41% de certaines charges de cancer sont attribuables au surpoids et à l'obésité [17].

Les enfants en surpoids ont non seulement un risque plus élevé de maladies non transmissibles tard dans la vie mais ressentent également des effets indésirables tels que des difficultés respiratoires, présentent un risque plus accru de fractures et d'hypertension artérielle, d'apparition de marqueurs de maladies cardiovasculaires, de résistance à l'insuline et ont des effets psychologiques [35-37].

En Côte d'Ivoire, selon l'enquête STEPS de 2005 [20], 32,2% de la population enquêtée avaient un IMC supérieure ou égale à 25. Le pourcentage de la population féminine concernée par le surpoids et l'obésité était de 37,6% tandis que 24,6% des personnes de sexe masculin étaient atteints. Le surpoids était observé chez 23,1% des sujets de sexe masculin tandis que l'obésité atteignait 9,1% de cette population des régions des Lagunes âgées de 15 à 64 ans.

Les estimations de l'OMS pour l'année 2010 indiquent qu'en Côte d'Ivoire, l'obésité touche 7,9% de la population dont 3,9% d'hommes et 11,9% de femmes [2].

II-2.1.6 Usage nocif d'alcool

L'alcool est consommé par la moitié de la population mondiale et constitue la troisième cause mondiale de morbidité et de mortalité prématurées, après le déficit pondéral à la naissance et les rapports sexuels à risques. En Europe, l'alcool est le troisième facteur de risque de maladie et de décès après le tabagisme et l'hypertension artérielle [38].

La consommation dangereuse et nocive de l'alcool était responsable de 2,3 millions de décès dans le monde en 2004 [19] soit 3,8% de tous les décès dans le monde. Plus de la moitié de ces décès sont survenus à la suite de maladies non transmissibles. On estime que 4,5% de la charge mondiale des maladies est causée par l'usage abusif de l'alcool.

En plus d'être une drogue de la dépendance, l'alcool est connu depuis de nombreuses années comme la cause d'une soixantaine de différentes maladies et conditions de santé, incluant les blessures, les troubles mentaux et du comportement, les troubles gastro-intestinaux, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les troubles immunologiques, les maladies pulmonaires, squelettiques et musculaires, les troubles de la reproduction et dommages prénatals y compris un risque accru de prématurité et de faible poids à la naissance [39].

L'alcool est une substance hallucinogène qui affecte une large gamme de structures et de processus dans le système nerveux central qui, en interaction avec les caractéristiques de la personnalité, le comportement et les attentes socioculturelles associées sont des facteurs déterminants pour les blessures intentionnelles et non intentionnelles et les préjudices pour le buveur et autres. Ces blessures et dommages comprennent la violence interpersonnelle, le suicide, l'homicide et les décès dus à l'alcool au volant [38].

La consommation d'alcool est un facteur de risque de comportements sexuels à risque, maladies sexuellement transmissibles et d'infection à VIH. En outre, il est un puissant tératogène avec une série de résultats négatifs pour le fœtus, y compris le faible poids de naissance, des troubles cognitifs et des troubles de l'alcoolisation fœtale.

Il est également un immunosuppresseur qui augmente le risque de maladies transmissibles, dont la tuberculose et la pneumonie acquise dans la communauté. En outre, les boissons alcoolisées et l'éthanol qu'on y retrouve sont classés comme cancérigènes par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) [38] qui a conclu en 2007, qu'il y avait un lien de causalité entre l'alcool et le cancer de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du foie, du colon, du rectum et du sein chez la femme [40-41]. Les liens entre tous ces cancers et l'alcool présentaient des caractéristiques d'une relation dose-

réponse; c'est-à-dire dire que le risque de cancer augmente régulièrement avec l'augmentation des volumes de consommation [42].

Si la consommation légère à modérée a un effet protecteur sur les maladies ischémiques [43], l'effet protecteur disparaît totalement lorsque les buveurs déclarent au moins une occasion de consommation excessive d'alcool par mois [44] et il n'y a pas d'effet de protection pour les jeunes pour lesquels toute dose d'alcool augmente le risque d'événements ischémiques [45].

Les personnes qui sont socialement défavorisées ou qui vivent dans des zones socialement défavorisées ont plus d'effets nocifs par gramme d'alcool consommé que les mieux nantis [46].

Le risque réel absolu de mourir d'une conséquence liée à l'alcool augmente de façon linéaire avec la quantité d'alcool consommée pendant une durée de vie, sans niveau de sécurité [47]. Dans la population de l'Union Européenne, le risque annuel absolu de mourir d'une maladie liée à l'alcool augmente à partir d'une consommation de 10 g d'alcool par jour de telle sorte que pour une consommation de 60 g par jour, les hommes ont un risque annuel un peu moins de 9% de mourir d'une maladie liée à l'alcool et les femmes un risque de 8%. Quel que soit le niveau de consommation d'alcool, les hommes courent plus de risques que les femmes [38].

En Côte d'Ivoire, l'enquête STEPS de 2005 [20] a montré que 71,1% de la population ont consommé de la boisson alcoolisée tandis que 28,9% se sont abstenus. En milieu urbain, 70,9% ont consommé de l'alcool contre 73,4% en milieu rural.

La région des Lagunes était à une moyenne de neuf verres standards d'alcool consommés en une 1 semaine par personne. La moyenne journalière de consommation standard d'alcool dans l'ensemble de la population enquêtée est de cinq verres standards-

La population de sexe masculin consomme en moyenne six verres standards de boissons alcoolisées par jour en milieu urbain contre cinq en milieu rural. Quant aux femmes, leur consommation journalière moyenne est de 4 verres standards de boissons alcoolisées en milieu urbain contre 2,2 en milieu rural.

Selon les estimations de l'OMS pour l'année 2010, la consommation totale d'alcool par habitant, en litre d'alcool pur en Côte d'Ivoire, est de six litres dont neuf litres huit litres chez les hommes contre un litre neuf litre chez les femmes [2].

II-2.1.7 Glycémie élevée

L'hyperglycémie modérée à jeun, l'intolérance au glucose et le diabète sont les stades successifs d'un même processus pathologique et il est démontré scientifiquement que le traitement aux premiers stades et les mesures hygiéno-diététiques (moyen du régime alimentaire, activité physique et gestion du mode de vie) évitait l'évolution vers les phases ultérieures. Tous les patients intolérants au glucose n'ont pas forcément une hyperglycémie à jeun et l'on doit donc considérer qu'il s'agit de deux catégories distinctes. De même, les conséquences de ces deux états sont différentes.

L'hyperglycémie modérée à jeun est un état dans lequel la glycémie à jeun (concentration plasmatique en glucose) est supérieure à la normale, mais inférieure à la valeur seuil pour le diagnostic du diabète. La glycémie à jeun supérieure ou égale à 6,1 mmol/l (1,10 g/l) et inférieure à 7 mmol/l (1,26 g/l) selon les critères de l'OMS de 1999. (L'ADA, l'Association américaine pour le diabète, a retenu un seuil inférieur à 5,6 mmol/l, soit 1,0 g/l).

L'intolérance au glucose est un état dans lequel la glycémie est supérieure à la normale 2 heures après une dose de charge de 75 g de glucose, mais inférieure à la valeur seuil pour le diagnostic du diabète. La

glycémie à jeun (si disponible) inférieure à 7 mmol/l (1,26 g/l) et 2 heures après une charge de 75 g de glucose supérieure ou égale à 7,8 mmol/l (1,40 g/l) et inférieure à 11,1 mmol/l (2,0 g/l).

En général, les patients ne présentent aucun symptôme et le diagnostic est posé lors d'un test fait à la demande du patient ou parce qu'il ou elle entre dans une catégorie à risque. Les études indiquent qu'une baisse modérée du poids et une demi-heure de marche par jour réduisent de plus de la moitié l'incidence du diabète.

En Côte d'Ivoire, les estimations de l'OMS pour l'année 2010 indiquaient une prévalence nationale du diabète à 9,6% dont 9,8% pour les hommes et 9,3% pour les femmes [2].

II-2.1.8 Hypercholestérolémie

En 2008, la moyenne mondiale du cholestérol total standardisée sur l'âge était de 4,64 mmol/L (0,8 g/l) pour les hommes et 4,76 mmol/L (0,9 g/l) chez les femmes [1]. La prévalence totale de l'élévation du cholestérol en 2008 était de 38%. Dans les pays à revenu élevé, plus de 50% des adultes ont une cholestérolémie totale élevée qui représente plus du double de l'élévation observée dans les pays à revenu faible.

Les niveaux élevés de cholestérol augmentent les risques de maladie cardiaque et d'AVC [48]. Globalement, un tiers de la cardiopathie ischémique est attribuable à des taux élevés de cholestérol. Dans l'ensemble, on estime que l'hypercholestérolémie est à l'origine de 2,6 millions de décès [17].

L'hypercholestérolémie totale est une cause majeure de morbidité à la fois dans le monde développé et en développement en tant que facteur de risque de maladie cardiaque ischémique et d'accident vasculaire cérébral [29]. Par exemple, une réduction de 10% du cholestérol sérique chez les hommes âgés de 40 ans a été rapportée à la suite d'une réduction de 50% des maladies cardiaques dans les cinq ans; la même réduction du cholestérol sérique chez les hommes de 70 ans peut se traduire par une réduction moyenne de 20% dans la survenue de la maladie cardiaque dans les cinq années à venir [49].

En Côte d'Ivoire, les dernières estimations de prévalences nationales de 2008 faites par l'OMS établissent la prévalence des taux élevés de cholestérol total supérieure ou égale à 5 mmol/l) chez les adultes de 25 ans ou plus à 19,9% [1].

II-2.2 Autres facteurs de risque de maladies non transmissibles et co-morbidités

II-2.2.1 Autres facteurs de risque de maladies non transmissibles

II-2.2.1.1 Violence intentionnelle

Elle est définie par l'OMS comme « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations » [50].

Cette définition renferme plusieurs conséquences, y compris les dommages psychologiques, les privations et le mal développement. Cela traduit la nécessité, de plus en plus acceptée chez les chercheurs et les intervenants, d'inclure la violence qui n'entraîne pas obligatoirement des traumatismes ou la mort, mais qui n'en représente pas moins un fardeau important pour les personnes, les familles, les communautés et les systèmes de santé dans le monde entier [50].

D'après Walters & Parke [51], la violence est déterminée par la culture. Ainsi, certaines personnes veulent faire du mal à d'autres, mais en raison de leurs origines culturelles et de leurs croyances, leurs actes ne sont pas violents à leurs yeux. Cependant, l'OMS définit la violence par rapport à la santé et au bien-être des personnes. Certaines personnes peuvent trouver certains comportements – comme de frapper un conjoint – acceptables d'un point de vue culturel, mais il s'agit d'actes de violence lourds de conséquences pour la santé personnelle.

En vue de souligner la nécessité de prévenir les violences au regard de leur impact socioéconomique, la Quarante-neuvième Assemblée Mondiale de la Santé adoptait la résolution WHA49.25 intitulée « La prévention de la violence : une priorité pour la santé publique ».

Faisant suite à cette résolution WHA 49.25 de 1996, l'OMS a proposé la typologie ci-après qui divise la violence en trois grandes catégories correspondant aux caractéristiques de ceux qui commettent l'acte violent ; chacune de ces trois grandes catégories étant elle-même subdivisée afin de tenir compte de types plus précis de violences [50] :

— **la violence auto-infligée ;**

Elle se subdivise en *comportement suicidaire* et *sérvices auto-infligés*. Dans la première catégorie entrent les pensées suicidaires, les tentatives de suicide – également appelées « parasuicide » ou « mutilation volontaire » dans certains pays – et les suicides réussis. Par contraste, les sérvices auto-infligés comprennent des actes tels que l'automutilation.

— **la violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui ;**

La violence interpersonnelle se divise en deux catégories :

La violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime – autrement dit, la violence entre membres d'une famille et entre partenaires intimes de manière générale. Ce type de violence se produit habituellement mais pas exclusivement dans le foyer. Dans ce groupe on retrouve des formes de violence telles que les mauvais traitements infligés aux enfants, la violence contre le partenaire intime et la maltraitance des personnes âgées.

La violence communautaire – c'est-à-dire la violence entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaître. Ce type de violence survient généralement à l'extérieur du foyer. Dans ce second groupe on retrouve la violence des jeunes, les actes de violence commis au hasard, les viols et les agressions sexuels commis par des étrangers, et la violence qui se produit en milieu institutionnel, par exemple, dans les écoles, en milieu de travail, les prisons et les maisons de retraite.

— **la violence collective.**

Contrairement aux deux autres grandes catégories, les sous-catégories de la violence collective suggèrent des motifs possibles à la violence commise par des groupes de personnes plus nombreux ou par des Etats. Ainsi, la violence collective se subdivise en :

violence économique

La violence économique comprend les attaques menées par de grands groupes motivés par des gains économiques, par exemple, les attaques menées afin de perturber l'activité économique, le refus de l'accès à des services essentiels ou la division et la fragmentation économiques.

violence sociale

La violence collective à laquelle certains se livrent pour atteindre des objectifs sociaux particuliers comprend, par exemple, les crimes haineux commis par des groupes organisés, les actes terroristes et la violence commise par les foules.

violence politique

La violence politique comprend la guerre et les conflits violents connexes, la violence étatique et des actes similaires perpétrés par des groupes nombreux.

Quant à la nature des actes violents, ils peuvent être physiques, sexuels, psychologiques, privations et négligence.

Concernant la violence non mortelle, des données issues d'enquêtes nationales indiquent que le pourcentage de femmes qui signalent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime va de 10%

au Paraguay et aux Philippines, à 22,1% aux Etats-Unis d'Amérique, 29,0% au Canada et 34,4% en Egypte [52-55].

La proportion de femmes de diverses villes ou provinces du monde qui déclarent avoir été victimes d'agression sexuelle (y compris d'une tentative d'agression) varie de 15,3% à Toronto (Canada) à 21,7% à Leon (Nicaragua), 23,0% à Londres (Angleterre) et 25,0% dans une province du Zimbabwe [55-59].

Parmi les adolescents des écoles secondaires, le pourcentage de garçons qui déclarent s'être battus physiquement dans l'année écoulée va de 22,0% en Suède et 44,0% aux Etats-Unis à 76,0% à Jérusalem (Israël) [60-62].

En Côte d'Ivoire, la crise militaro politique survenue le 19 septembre 2002 qui s'est poursuivie par la crise post électorale de 2011 s'est accompagnée de façon indéniable d'un accroissement des violences, qu'elles soient interpersonnelles ou du fait même de la guerre. Ces différentes formes de violence qui constituent un facteur de risque important de pathologies non transmissibles ont certainement engendré un nombre plus important de traumatismes psychiques, de blessures, de mutilations et autres handicaps.

Selon les données de l'EDS-MICS 2011-2012 réalisée en Côte d'Ivoire [63], 36% des femmes qui ont déclaré avoir subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans, commises soit par le mari/partenaire, soit par une ou d'autres personnes. En considérant le niveau d'instruction, ce sont les femmes de niveau primaire (42 %) qui sont les plus concernées par ces violences. En ce qui concerne le milieu de résidence et la région de résidence, c'est en milieu urbain (40 %) et dans le Nord Ouest (49 %) que les femmes sont le plus fréquemment victimes de violences physiques. Par ailleurs, cette enquête montre que la prévalence de la violence est plus élevée dans les ménages riches ou les plus riches que dans les ménages les plus pauvres (39 % contre 30 %).

Dans l'ensemble, 38 % des femmes ont subi des actes de violences physiques ou sexuelles. La proportion des femmes qui ont subi des actes de violences physiques ou sexuelles est élevée dès les jeunes âges et augmente sensiblement avec l'âge du fait, en partie, d'une augmentation de la durée d'exposition : elle passe de 27 % à 15-17 ans à 34 % à 18-19 et atteint 44 % à 20-24 ans. Au-delà, les générations plus âgées semblent avoir été moins fréquemment agressées [63].

Quant aux violences exercées par les femmes sur leur conjoint, elles concernent 2 % de femmes qui ont déclaré avoir exercé des violences physiques contre leur mari/partenaire à n'importe quel moment de la vie du couple. Cette proportion est de 2 % pour les femmes qui vivent en milieu urbain contre 1 % en milieu rural. Dans les ménages les plus riches (3 %) les hommes sont aussi plus fréquemment victimes de violences de la part de leurs conjointes que dans les autres ménages [63].

Il ressort de ces résultats que les violences physiques exercées par les femmes sur les hommes augmentent avec le niveau d'instruction de l'homme. En effet, les femmes dont le mari/partenaire a un niveau d'instruction supérieur exercent plus fréquemment des violences envers eux (5 %) que les femmes dont le mari a un niveau primaire (2 %) ou quand le partenaire n'a aucun niveau d'instruction (1 %). Par ailleurs, la consommation d'alcool par le mari/partenaire augmente son exposition aux violences exercées sur lui par la femme : plus il consomme de l'alcool, plus il subit des violences physiques [63].

La violence coûte des milliards de dollars par an à l'économie des pays en termes de soins de santé, de frais de justice, d'absentéisme au travail et de perte de productivité. Selon des études commandées par la Banque interaméricaine de développement sur l'ampleur et l'incidence économique de la violence dans six pays d'Amérique latine [64] et qui se sont toutes penchées sur les dépenses des services de santé, des services de police et des services judiciaires imputables à la violence, ainsi que sur les pertes immatérielles et les pertes résultant du transfert de biens, les dépenses de santé découlant de la violence en 1997, représentaient en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) : 1,9% du PIB brésilien, 5,0% du PIB colombien, 4,3% du PIB salvadorien, 1,3% du PIB mexicain, 1,5% du PIB péruvien et 0,3% du PIB vénézuélien.

Les estimations du coût de la violence aux Etats-Unis d'Amérique atteignent 3,3% du produit intérieur brut. En Angleterre et au Pays de Galles, le coût total de la violence - y compris l'homicide, coups et blessures et agression sexuelle – s'élève à environ \$ 40,2 milliards par an. On estime par exemple qu'un seul homicide coûte en moyenne, \$ 15 319 en Afrique du Sud, \$ 602 000 en Australie, \$ 829,000 en Nouvelle-Zélande et plus de 2 millions de dollars aux Etats-Unis [65]

Il est difficile de calculer précisément le fardeau que représentent tous les types de violence pour les systèmes de santé, ou leur incidence sur la productivité économique mondiale. Toutefois, les éléments dont on dispose, montrent que les personnes qui ont été victimes de violence familiale et sexuelle pendant l'enfance ont plus de problèmes de santé, des frais correspondants sensiblement plus élevés et qu'elles se rendent plus souvent aux services des urgences au cours de leur vie que les personnes qui n'ont pas été maltraitées. Il en va de même des victimes de mauvais traitements et de négligence. Ces coûts contribuent considérablement aux dépenses de santé annuelles [50].

II-2.2.1.2 Violence non intentionnelle

L'une des principales violences non intentionnelles est représentée par les accidents de la circulation routière qui ont des conséquences importantes en termes de maladies non transmissibles allant du traumatisme à l'invalidité et malheureusement au décès dans bien des cas.

Les accidents de la circulation et les noyades sont responsables de près de la moitié des traumatismes non intentionnels chez l'enfant [66]

Les accidents de la circulation routière

Facteurs de risque des accidents de la circulation routière

Les cinq principaux facteurs de risque d'accidents de la circulation routière sont la vitesse, la conduite en état d'ébriété, le non port de casque, le non port de la ceinture de sécurité et les dispositifs de sécurité pour enfants à bord des véhicules.

En Côte d'Ivoire, l'office de sécurité routière (OSER) a enregistré 6 540 accidents de la circulation routière en 2001 [67]. Les facteurs contributifs les plus fréquemment reconnus dans la survenue de ces accidents en 2001 étaient par ordre d'importance décroissante, l'imprudence du piéton (IMPIE), l'imprudence du conducteur (IMC), la vitesse excessive (VE), le défaut de maîtrise (DM), le stationnement dangereux (STDANG) et la défaillance mécanique (DMECA) [67]

D'une manière générale, l'enquête [20] a montré que les accidentés de la circulation routière se recrutaient principalement parmi les passagers (45,6%) et les piétons (33,4%).

En Côte d'Ivoire, l'évaluation du port de la ceinture de sécurité (facteur de risque de blessure, traumatisme, invalidités et décès à l'occasion d'un accident de la circulation routière) à partir de l'enquête STEPS 2005 a montré que sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, 44,1% déclaraient utiliser tout le temps la ceinture de sécurité à bord d'une voiture contre 20,4% qui ne l'utilisent jamais. L'analyse en fonction du milieu de résidence indique que sur l'ensemble de cette population, 54,2% de ceux qui n'utilisent jamais la ceinture de sécurité se retrouvaient en milieu rural [20].

L'analyse selon le sexe indique que 60,5% de la population féminine n'utilisent jamais la ceinture de sécurité à bord d'une voiture contre 46,4% de la population masculine [20].

II-2.2.1.3 Pollution environnementale

Pollution de l'air à l'intérieur des habitations et santé [68]

Environ 3 milliards de personnes continuent de faire cuire leurs aliments et de chauffer leur logement à l'aide de foyers ouverts ou de simples poêles en brûlant des combustibles solides, notamment de la biomasse (bois, résidus agricoles, déjections animales), le charbon et le charbon de bois.

Ces combustibles et méthodes de cuisson produisent dans l'air de ces logements, une multitude de polluants nocifs pour la santé à des niveaux de concentration divers, mettant en jeu de fines particules de suie qui pénètrent dans les poumons en profondeur et dont la teneur en particules fines dans la fumée domestique peut atteindre une concentration 100 fois supérieure aux niveaux acceptables en particulier dans les habitations insuffisamment ventilées. Les femmes et les jeunes enfants, passant le plus de temps près du foyer, sont particulièrement exposés.

Chaque année, 4,3 millions de personnes meurent prématurément de maladies imputables à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations, qui résulte d'une utilisation inefficace de combustibles solides. Au nombre de ces causes de décès, on retrouve par ordre d'importance décroissante, les accidents vasculaires cérébraux (34%), les cardiopathies ischémiques (26%), les bronchopneumopathies chroniques obstructives (22%), la pneumonie (12%) et le cancer du poumon (6%).

De façon générale, les matières particulaires fines et autres polluants présents dans les fumées domestiques provoquent l'inflammation des voies respiratoires et des poumons, ce qui détériore la réponse immunitaire et réduit le pouvoir oxyphorique du sang. Certaines données prouvent les liens entre la pollution de l'air à l'intérieur des logements et le faible poids de naissance, la tuberculose, la cataracte et les cancers nasopharyngés et laryngés.

Dans la perspective d'effets potentiels sur l'équité en santé, le développement et le changement climatique, il importe de signaler qu'à défaut d'une réorientation significative des politiques, le nombre total de personnes utilisant des combustibles solides restera globalement inchangé d'ici 2030 (Banque mondiale, 2010), toute situation qui va contribuer de manière significative à l'aggravation de la déforestation nationale.

L'emploi de combustibles polluants impose également un lourd tribut au développement durable en raison :

- de l'approvisionnement en combustible qui occupe beaucoup de temps pour les femmes et les enfants, ce qui limite d'autant leur participation à d'autres activités productives (notamment rémunératrices) ainsi que la scolarisation des enfants. Dans les environnements les moins sûrs, l'approvisionnement s'accompagne de risques de traumatismes et de violence.

- du carbone noir (particules de suie) et du méthane émis par les foyers de cuisson inefficaces qui sont de puissants polluants favorisant les changements climatiques.

- du manque d'accès à l'électricité dont souffrent au moins 1,2 milliard de personnes (qui conduit un grand nombre d'entre elles à utiliser des lampes au kérosène pour s'éclairer) et qui engendre d'autres risques sanitaires notamment à type de brûlures, de traumatismes ou d'empoisonnement par ingestion de combustible, et qui constitue un frein à d'autres possibilités en matière de santé et de développement, notamment l'étude ou l'artisanat, qui nécessitent un éclairage suffisant.

Qualité de l'air ambiant (extérieur) et santé [69]

La santé cardiovasculaire et respiratoire de la population à court et long termes, est inversement proportionnelle au niveau de la pollution atmosphérique.

En 2012, on estimait à 3,7 millions le nombre de décès prématurés provoqués dans le monde par la pollution ambiante (de l'air extérieur) dans les zones urbaines et rurales dont 88% sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, la plus grande part de ce fardeau étant portée par les Régions OMS du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-est. Cette mortalité est due à l'exposition aux particules d'un diamètre de 10 microns ou moins (PM₁₀) qui provoquent des maladies cardiovasculaires, respiratoires et des cancers.

L'OMS estime qu'environ 80% des décès prématurés liés à la pollution de l'air extérieur résultent de cardiopathies ischémiques et d'accidents vasculaires cérébraux, 14% de broncho-pneumopathies chroniques

obstructives ou d'infections aiguës des voies respiratoires inférieures, tandis que les 6% restants sont imputables au cancer du poumon.

Les conclusions d'une évaluation menée en 2013 par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'OMS ont montré que la pollution de l'air extérieur était carcinogène, les matières particulaires étant le polluant associé le plus étroitement à une incidence accrue de cancers, en particulier du poumon. Un lien a également été établi entre la pollution atmosphérique et l'augmentation du nombre de cancers des voies urinaires. L'OMS a répertorié 107 agents, mélanges de substances et situations d'exposition comme étant cancérigènes pour l'homme et à l'échelle mondiale, 19% de tous les cancers peuvent être attribués à l'environnement, y compris au milieu professionnel, et sont à l'origine de 1,3 million de décès chaque année [70]

Les principales sources de pollution atmosphérique urbaine à haut impact sur la santé et qui sont modifiables concernent les secteurs de l'industrie, du transport, de l'urbanisme, du logement, de la production d'électricité, de la gestion des déchets urbains et agricoles.

II-2.2.1.4 Exposition professionnelle

À l'heure actuelle, il ya 29 produits chimiques, groupes de produits chimiques et des mélanges auxquels les expositions se produisent la plupart du temps au travail, qui sont répertoriés cancérigènes pour l'homme [71]

Parmi les agents cancérigènes répertoriés par le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) de l'OMS figurent toutes les formes d'amiante et un certain nombre d'agents présents dans l'environnement tels que le benzène, l'arsenic présent dans l'eau, le cadmium, l'oxyde d'éthylène, le benzo[a]-pyrène, la silice, les rayonnements ionisants y compris le radon, les rayonnements ultraviolets – notamment émis par les appareils de bronzage – ainsi que les agents émis par la production d'aluminium et de coke, la fonte d'acier et de fer, ou l'industrie de fabrication du caoutchouc [72].

Alors que certains agents tels que l'amiante, le benzène et les métaux lourds, sont actuellement largement utilisés dans de nombreux pays, d'autres agents ont principalement un intérêt historique (par exemple le gaz moutarde et 2-naphtylamine) [71] La plupart des risques de cancer dus à l'exposition dans le cadre professionnel sont évitables. Près de 125 millions de personnes dans le monde sont exposées à l'amiante sur leur lieu de travail. Selon les estimations de l'OMS, plus de 107 000 personnes meurent chaque année de cancer du poumon, de mésothéliome malin et d'asbestose découlant des expositions à l'amiante sur le lieu de travail. Sur trois décès dus à un cancer professionnel, un est causé par l'amiante [72].

II-2.2.2 Les Co-morbidités

II-2.2.2.1 Infection à Streptocoque A

L'étiopathogénie du RAA (Rhumatisme Articulaire Aigu) et de la CDR (Cardiopathie Rhumatismale) fait intervenir les pharyngites dues aux streptocoques du groupe A. qui sont la cause bactérienne la plus fréquente de la pharyngite, avec un pic d'incidence chez les enfants de 5-15 ans [73-76].

La Pharyngite streptococcique est moins fréquente chez les enfants dans les trois premières années de la vie et chez les adultes. Il a été estimé que la plupart des enfants développent au moins un épisode de pharyngite par an, 15 à 20% étant causées par les streptocoques du groupe A et près de 80% par des agents pathogènes viraux (Rhinovirus, adénovirus, virus Coxsackie du groupe A) [74-77]. L'incidence des infections à streptocoques bêta-hémolytique du pharynx peut varier entre les pays et au sein d'un même pays, selon la saison, le groupe d'âge, les conditions socio-économiques, les facteurs environnementaux et la qualité des soins de santé [74 ; 77-81].

Dans des conditions endémiques, les streptocoques du groupe A ont été isolés à partir de patients atteints de pharyngite symptomatique. Les taux de récupération varient de 13,5% dans le Nord de l'Inde, de 33% à Utrecht aux Pays-Bas, et à 44% à Zagreb en Croatie [82]. Les streptocoques du groupe A sont hautement

transmissibles et peuvent se propager rapidement dans les familles et les communautés. Les types M prédominants sont en constante évolution.

II-2.2.2.2 Infection aux virus de l'hépatite

Cinq types de virus (A, B, C, D, E) pathogènes pour le foie, sont responsables de l'infection et de l'inflammation de cet organe, créant l'hépatite virale.

Le virus de l'hépatite A (VHA) se transmet en général par voie féco-orale, soit par contact direct d'une personne à l'autre, soit par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Il peut aussi se propager lors de certaines pratiques sexuelles. Dans de nombreux cas, l'infection est bénigne, la plupart des personnes atteintes guérissant complètement et restant immunisées contre de nouvelles infections par le VHA. En ce qui concerne les facteurs favorisant, la plupart des personnes vivant dans des régions du monde où l'assainissement est insuffisant ont été infectées par ce virus. Il existe des vaccins sûrs et efficaces pour la prévention de l'hépatite A.

On estime qu'en 2005, il y a eu 119 millions de personnes infectées par le virus de l'hépatite A (VHA), dont 31 millions de cas symptomatiques et 34 000 décès [83].

Le virus de l'hépatite B (VHB) se transmet par l'exposition à du sang, du sperme et d'autres liquides biologiques contaminés. Il peut être transmis par une mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement, ou par les membres de la famille aux nourrissons pendant la petite enfance. La transmission est également possible lors de rapports sexuels non protégés, de transfusions de sang et de produits sanguins infectés par le VHB, avec des injections contaminées au cours d'actes médicaux ou lors d'échanges d'aiguilles et de seringues entre consommateurs de drogues injectables. Il existe un vaccin sûr et efficace pour la prévention de l'hépatite B.

On estime que plus de 2 milliards de personnes ont été infectées par le VHB. Parmi elles, environ 240 millions ont une infection chronique et risquent de développer une maladie grave ou de mourir de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire (CHC) qui, selon les estimations, sont à l'origine de 500 000 à 700 000 décès par an à l'échelle mondiale [84].

Le virus de l'hépatite C (VHC) se transmet principalement par l'exposition à du sang contaminé. Cette exposition peut résulter de transfusion sanguine ou de produits sanguins contaminés par le VHC, d'injections au cours d'actes médicaux et lors du partage d'aiguilles et de seringues entre consommateurs de drogues injectables. La transmission sexuelle ou intrafamiliale est également possible, mais beaucoup moins fréquente.

Il n'y a pas de vaccin contre l'hépatite C. Le VHB comme le VHC peuvent provoquer des cancers chez l'homme. Il existe des antiviraux contre le VHB et le VHC. Le traitement de l'infection par le VHB réduit le risque de développer un cancer hépatique. En général on peut guérir l'hépatite C, mais le traitement est onéreux et inaccessible à la plupart des patients dans de nombreuses régions du monde.

Environ 150 millions de personnes souffrent d'une infection chronique par le VHC. On estime que plus de 350 000 personnes meurent chaque année de maladies hépatiques liées à ce virus. Les co-infections VHB/VIH et VHC/VIH posent un problème croissant dans les pays en proie à des épidémies de VIH et parmi les consommateurs de drogues injectables. Pour les sujets atteints sous traitement antirétroviral contre le VIH, l'hépatite virale sous-jacente devient une cause majeure de mortalité [85].

Les infections par le virus de l'hépatite D (VHD) surviennent exclusivement chez les personnes déjà infectées par le VHB. Cette infection double peut aggraver la maladie et le pronostic. Le vaccin contre l'hépatite B protège aussi de l'hépatite D.

Le virus de l'hépatite E (VHE)

Comme le VHA, le virus de l'hépatite E se transmet par la consommation d'eau ou d'aliments contaminés. Il est une cause fréquente de flambées d'hépatite dans les pays en développement. De plus en plus, il est

reconnu comme une cause importante de maladies dans les pays développés. L'infection par le VHE est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez la femme enceinte et le nouveau-né. Un vaccin sûr et efficace contre l'hépatite E a été homologué en janvier 2012, mais il n'est pas encore largement disponible [85].

On estime que le VHE a été, en 2005, à l'origine de 3,4 millions de cas symptomatiques, de 70 000 décès et de 3000 naissances d'enfants mort-nés. Il y a chaque année 20 millions d'infections par le VHE, dont 3 millions de cas d'hépatite E aiguë, et 70 000 décès liés à l'hépatite E [85].

En Afrique, malgré un manque de données précises, on estime que la charge de cette maladie y est l'une des plus élevées au monde. On retrouve le plus fréquemment les hépatites A, B, C et E dans cette région où la prévalence du VHB est estimée à 8 % en Afrique de l'ouest et à 5-7 % en Afrique centrale, orientale et australe. Dans certaines zones, la prévalence du VHC est encore plus élevée et peut atteindre 10 % [85].

II-2.2.2.3 Infection au virus papilloma humain

L'infection par le virus du papilloma humain (VPH) qui survient en général au cours de l'adolescence après les premiers rapports sexuels est le facteur de risque majeur du cancer du col de l'utérus.

En Afrique, la prévalence de l'infection à VPH atteint 21,3 % avec des variations notables en fonction des régions : 33,6 % en Afrique de l'Est, 21,5 % en Afrique de l'Ouest et 21 % en Afrique australe [86]. Parmi les autres facteurs majeurs de risque, on compte le tabagisme et l'absence de dépistage et de traitement adéquat des lésions précancéreuses. La co-infection par le VPH et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), accélère la progression vers le cancer [85].

II-3 MALADIES NON TRANSMISSIBLES

II-3.1 Ampleur des maladies non transmissibles prioritaires

II-3.1.1 Données globales

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent la principale cause de mortalité au monde. En effet, selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé, 36 millions de personnes meurent chaque année dans le monde du fait des maladies non transmissibles. Ces décès dont 80% surviennent dans les pays à revenus faible et intermédiaire, représentent 3 décès sur 5, soit 63% de l'ensemble des décès mondiaux toutes causes confondues [87]

L'analyse de la fréquence de ces décès liés aux maladies non transmissibles selon les groupes de revenus de la banque mondiale permet de noter que plus de 80% des décès dus aux MCV et au diabète et plus 90% des décès causés par les Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Au nombre des causes de ces décès occasionnés par les quatre principaux groupes de maladies non transmissibles, l'on retrouve par ordre d'importance décroissante les maladies cardiovasculaires avec 17 millions de décès soit 48%, les cancers avec 7,6 millions de décès soit 21%, les maladies respiratoires chroniques avec 4,2 millions de décès soit 12% et le diabète avec 1,3 millions de décès soit 3% [1].

Dans beaucoup de pays, la tendance actuelle des maladies non transmissibles (MNT) est à la hausse au sein des populations de plus en plus jeunes. Par exemple, une étude récente a montré que une personne sur quatre en Ukraine entre 18 et 65 ans d'âge, a une MNT et qu'un nombre croissant d'adultes jeunes sont en train d'être affectés, amenant à la conclusion que le pays pourrait perdre la prochaine génération dans les maladies chroniques [87]

Si rien n'est fait, l'Organisation Mondiale de la Santé estime que cette proportion de décès annuels du fait de ces maladies chroniques atteindra 73% en 2020, période à laquelle un décès sur deux sera causé par les maladies cardiovasculaires en particulier les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les maladies cardiaques.

Les maladies non transmissibles tuent également à un âge relativement jeune (mortalité prématurée) dans les pays à revenus faible et intermédiaire où 29% de ces décès surviennent au sein des populations âgées de moins de 60 ans, contre 13% dans les pays à revenu élevé. En 2008, il a été dénombré 9,1 millions de décès prématurés évitables dans le monde et 8,1 millions (90%) de décès prématurés par an dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ces décès prématurés ont touché 22% des hommes et 35% des femmes dans les pays à revenu faible contre 8% chez les hommes et 10% chez les femmes dans les pays à revenu élevé [1].

En 2011, les décès prématurés occasionnés par les MNT représentaient 13% dans les Pays à revenu élevé, 25% dans les Pays à revenu moyen et intermédiaire, 28% dans les Pays à revenu faible et intermédiaire et 41% dans les Pays à revenu faible [2].

Repousser la survenue des MNT à un âge tardif (permet de raccourcir le nombre d'années de vie en mauvaise santé et d'éviter la mortalité prématurée), représente un important objectif politique et un investissement aussi bien en santé que pour des performances économiques et de développement.

En Côte d'Ivoire, les décès dus aux maladies non transmissibles enregistrés représentent 31% de tous les décès. Par ordre d'importance décroissante, les maladies cardiovasculaires viennent en tête avec 11% des décès, les traumatismes 9%, les cancers 3%, les affections respiratoires chroniques 2%, le diabète 2%. Les autres maladies non transmissibles y contribuent pour 12% [12].

II-3.1.2 Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde [1]. Le nombre de décès imputables aux maladies cardiovasculaires est de 17,3 millions, soit 30% de la mortalité mondiale totale [1]. Parmi ces décès, 7,3 millions sont dus à une cardiopathie coronarienne et 6,2 millions à un AVC (statistiques 2008) [88]. Plus de 80% des décès interviennent dans des pays à revenu moyen ou faible et touchent presque également hommes et femmes.

D'ici 2030, près de 23,3 millions de personnes mourront d'une maladie cardio-vasculaire (cardiopathie ou AVC principalement). D'après les projections, ces maladies devraient rester les premières causes de décès [1 ; 89]

Il est possible de prévenir la plupart des maladies cardiovasculaires en s'attaquant aux facteurs de risque tels que le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et l'obésité, le manque d'activité physique, l'hypertension artérielle, le diabète et l'hyperlipidémie.

La maladie cardiovasculaire est déjà une cause majeure de décès et d'incapacités en Asie du Sud, où l'âge moyen de la première attaque cardiaque est 53 ans comparé à 59 ans dans le reste du monde [90]

Le Rhumatisme articulaire aigu et la cardiopathie rhumatismale ont touché en 1994, 12 millions de personnes dans le monde [91] et au moins 3 millions ont eu une insuffisance cardiaque congestive ayant nécessité une hospitalisation répétée [92]. Pour une grande proportion des personnes qui ont développé l'insuffisance cardiaque congestive, la chirurgie des valves cardiaques a été nécessaire dans les 5-10 ans [91-93].

Le taux de mortalité pour la Cardiopathie Rhumatismale variait de 0,5 pour 100 000 habitants au Danemark, à 8,2 pour 100 000 habitants en Chine [89], et le nombre annuel de décès de RHD pour 2000 était de 332 000 dans le monde entier [90]. Le taux de mortalité pour 100 000 habitants varie de 1,8 dans la région OMS des Amériques, de 7,6 à l'OMS du Sud-est Région de l'Asie.

Les données des pays en développement suggèrent que la mortalité due au RAA et à la Cardiopathie Rhumatismale reste un problème et que les enfants et les jeunes adultes meurent encore de RAA [74 ; 91-96].

Bien qu'il soit connu que les données sur la morbidité hospitalière donnent souvent des informations biaisées sur l'ampleur des maladies, ce sont les seules données disponibles dans de nombreux pays en

développement. Sur la base de ces données, la cardiopathie rhumatismale représente 12-65% des admissions à l'hôpital liées à la maladie cardiovasculaire, et pour 2,0 à 9,9% de toutes les sorties d'hôpital dans certains pays en développement [74 ; 91 ; 97].

Il ya eu une nette diminution de la mortalité, de l'incidence, de la prévalence, de la morbidité hospitalière et de la gravité de RF et RHD dans certains pays qui ont mis en œuvre des programmes de prévention, tels que; la Havane -(Cuba); le Costa Rica; le Caire (Egypte); la Martinique et la Guadeloupe [82].

En Afrique, les cardiopathies rhumatismales sont les principales MCV acquises chez l'enfant et l'adolescent. Diverses études montrent que la prévalence des cardiopathies rhumatismales varie de 15 à 20 cas pour 1000 [98-99].

Cette maladie a de très graves répercussions sur les patients, les familles, les systèmes de santé et la société. Les deux-tiers des 18 millions de personnes actuellement touchées par un rhumatisme articulaire aigu ou une cardiopathie rhumatismale sont des enfants de 5 à 15 ans. Ces maladies sont à l'origine d'environ 300 000 décès chaque année et, dans les 5 ou 20 prochaines années, deux millions de personnes risquent de devoir subir des hospitalisations répétées et un million de personnes, une intervention chirurgicale.

En Côte d'Ivoire, la prévalence de la cardiopathie rhumatismale chez les écoliers en 1985 était de 1,9 pour 1000 sujets [100]. Les estimations pour l'année 2010 faites par l'OMS indiquent une prévalence de l'hypertension artérielle à 30,9% dont 31,8% chez les hommes et 29,9% chez les femmes [1].

II-3.1.3 Le cancer

L'incidence estimée du cancer en 2008 qui est de 12,4 millions de nouveaux cas passera à 20 millions de nouveaux cas en 2030. Les 2/3 de ces cancers seront diagnostiqués dans les pays à revenus faibles et intermédiaires [68].

De manière globale, le nombre annuel de nouveaux cas de cancers sera multiplié par 2 en 2030 par rapport à 2008 dans les pays à revenu faible, revenu faible et intermédiaire tandis que l'on observera une diminution significative de ces cas annuels dans les pays à revenu moyen intermédiaire et à revenu élevé. Ceci correspond en termes de projection, à un accroissement de 70% de l'incidence du cancer dans les pays à revenu intermédiaire et de 82% dans les pays à revenu faible [1].

La mortalité globale par cancer passera de 7,6 millions de décès en 2008 à 12,9 millions de décès en 2030 [68].

En 2008, dans la région africaine de l'OMS (AFRO OMS), 700 000 cas de cancers ont été enregistrés avec 500 000 décès dus à ces cancers. Les projections pour 2030 indiquent 1 200 000 nouveaux cas de cancers dont 900 000 décès dus à ces cancers [68].

De fortes incidences du cancer du col de l'utérus sont observées en Afrique avec des taux supérieurs à 50 pour 100 000 et des taux de mortalité standardisés sur l'âge dépassant parfois 40 pour 100 000. Par exemple, entre 1981 et 1990 les données des registres hospitaliers de Nairobi faisaient apparaître que le cancer du col de l'utérus représentait 70 à 80 % de l'ensemble des cancers des voies génitales et 8 à 20 % de tous les cancers [101].

Dans l'ensemble, les femmes de la région AFRO de l'OMS ont l'incidence la plus élevée de cancer du col de l'utérus suivies par les femmes de la région du Sud Est Asiatique [1]. En Afrique subsaharienne, 72 000 nouveaux cas ont été enregistrés la même année et 56 000 femmes sont mortes des suites du cancer du col de l'utérus [102].

En Côte d'Ivoire, le registre du cancer d'Abidjan a dénombré de 2007 à 2011, 4533 cas de cancers avec une moyenne de 906 cas par année. La répartition des personnes atteintes de cancer selon l'âge et le sexe

indique 1830 adultes de sexe masculin (40,38%), 2365 adultes de sexe féminin (52,17%) et 338 enfants âgés de 0-14 ans (7,45%) [103].

Les cancers les plus fréquents dans les deux sexes sont le cancer du sein (19,9%), le cancer du foie (15,4%), le cancer du col utérin (10,4%) et le cancer de la prostate (9,3%) [103].

II-3.1.4 Les maladies respiratoires chroniques

Des centaines de millions de personnes souffrent chaque jour dans le monde, de maladies respiratoires chroniques telles que l'asthme, la BPCO, la rhinite allergique et d'autres maladies respiratoires chroniques qui ne sont souvent pas diagnostiquées. Chaque année, sur les 36 millions de décès occasionnés par les maladies non transmissibles, les maladies respiratoires chroniques viennent au troisième rang avec 4,2 millions de décès.

L'Asthme

Maladie courante chez l'enfant, l'asthme est une affection chronique des voies de passage de l'air dans les poumons, qui provoque leur inflammation et un rétrécissement de leur calibre. Selon les estimations faites par l'OMS en 2004, 235 millions de personnes étaient asthmatiques dans le monde. La plupart des décès liés à l'asthme surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [104].

Les causes profondes de l'asthme n'ont pas encore été complètement élucidées. Les facteurs de risque les plus importants pour le développement de l'asthme sont liés à l'association d'une prédisposition génétique et de l'exposition à des substances et des particules présentes dans l'environnement qui sont inhalées et peuvent provoquer des réactions allergiques ou irriter les voies respiratoires, telles que:

- les allergènes à l'intérieur des habitations (par exemple les acariens dans la literie, les tapis et les meubles rembourrés, les polluants, et les squames des animaux de compagnie);
- les allergènes extérieurs (comme les pollens et les moisissures);
- la fumée du tabac;
- les produits chimiques irritants sur le lieu de travail;
- la pollution de l'air.

Quant aux conditions de survenue de la crise, l'air froid, les émotions fortes en cas de peur ou de colère par exemple, ou l'exercice physique, et certains médicaments comme l'aspirine et d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des bêtabloquants font partie des facteurs possibles de déclenchement.

En Côte d'Ivoire, l'asthme est une pathologie fréquente dont la prévalence en milieu scolaire est passée de 8 % en 1988 [105] à 15 % en 2000 [106]. En milieu hospitalier, l'asthme est diagnostiqué chez 5 % des malades hospitalisés et 25 % des malades vus en consultation de pneumologie [107].

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO est une maladie pulmonaire engageant le pronostic vital qui interfère avec la respiration normale – c'est davantage qu'une «toux du fumeur». L'OMS estimait à 64 millions le nombre de gens qui souffraient de BPCO dans le monde en 2004. Plus de trois millions de personnes sont décédées d'une BPCO en 2005, soit 5% de l'ensemble des décès survenus dans le monde cette année-là. Près de 90% des décès par BPCO se produisent dans des pays à revenu faible et intermédiaire [108].

Cette maladie touche désormais presque autant de femmes que d'hommes, en partie du fait de l'augmentation du tabagisme chez les femmes dans les pays à revenu élevé. La BPCO n'est pas curable, mais son traitement peut ralentir l'évolution de la maladie. D'après les projections, le nombre total de décès par BPCO devrait augmenter de plus de 30% dans les dix ans à venir si l'on n'intervient pas pour réduire les risques, en particulier l'exposition à la fumée du tabac.

Les facteurs de risque de BPCO sont principalement la fumée du tabac (due au tabagisme actif ou passif) mais aussi la pollution de l'air dans les habitations (par exemple, lorsqu'on utilise des combustibles solides pour la cuisine et le chauffage), la pollution de l'air atmosphérique, les poussières et produits chimiques en

milieu professionnel (vapeurs, produits irritants et fumées), les infections fréquentes des voies respiratoires inférieures au cours de l'enfance.

II-3.1.5 Le diabète

En 2008, la prévalence du diabète chez l'adulte standardisée sur l'âge était de 9,8% chez les hommes et 9,2% chez les femmes traduisant un accroissement par rapport à l'année 1980 au cours de laquelle 8,3% d'hommes et 7,5% de femmes étaient diabétiques. Le nombre de personnes diabétiques s'est accru de 153 millions en 1980 à 347 millions en 2008 [109].

Dans les pays développés, la plupart des diabétiques ont dépassé l'âge de la retraite, tandis que dans les pays en développement, les personnes les plus fréquemment touchées ont entre 35 et 64 ans.

Avec 3,4 millions de décès occasionnés en 2004, le diabète pourrait devenir selon les projections de l'OMS, la 7e principale cause de décès dans le monde d'ici 2030 ; le nombre total attendu de décès par diabète devant augmenter de plus de 50% au cours des 10 prochaines années notamment en raison des augmentations rapides enregistrées dans la fréquence du surpoids, de l'obésité et de la sédentarité.

Le diabète est devenu l'une des principales causes de maladie et de décès prématurés dans la plupart des pays et 50 à 80% des décès chez les diabétiques sont dus à une maladie cardiovasculaire. Il constitue une des principales causes de cécité, d'amputations et d'insuffisance rénale.

En Côte d'Ivoire, les estimations de l'OMS pour l'année 2010 indiquent une prévalence nationale de 9,6% dont 9,8% chez les hommes et 9,3% chez les femmes [1].

II-3.2 Autres maladies non transmissibles constituant un problème de santé publique national

II-3.2.1 La Drépanocytose

La drépanocytose est l'affection génétique la plus fréquente au monde avec 300 millions de personnes porteuses du gène drépanocytaire. On dénombre 500 000 naissances annuelles qui portent les formes majeures de la maladie dont 200 000 décès [110].

En Afrique, la drépanocytose est à l'origine de 5% des décès d'enfants de moins de cinq ans avec une proportion de 9 à 16% dans certains pays d'Afrique de l'Ouest [111].

En Côte d'Ivoire, selon des études réalisées en 1969, 12 % de la population étaient porteurs de l'hémoglobine S [112], faisant de la drépanocytose un véritable problème de santé publique.

Par ailleurs les données des services d'hématologie des CHU d'Abidjan en 2008 [113] indiquent une prévalence de 44,5% et une mortalité de 21,3%.

II-3.2.2 Les traumatismes et décès dus aux violences intentionnelles et non intentionnelles

On estime qu'en l'an 2000, 1,6 million de personnes dans le monde sont mortes des suites de violences auto-infligées, interpersonnelles ou collectives, ce qui donne un taux global ajusté selon l'âge de 28,8 pour 100 000 habitants. Dans l'immense majorité des cas, ces décès se sont produits dans des pays à faible revenu et à revenu moyen, et moins de 10% dans des pays à revenu élevé. Près de la moitié de ces 1,6 million de morts violentes étaient des suicides ; près du tiers, des homicides ; et le cinquième environ, des conséquences de la guerre [50].

Sur 520 000 cas d'homicides commis en l'an 2000, soit un taux global ajusté selon l'âge de 8,8 pour 100 000 habitants, 77% de ces victimes étaient des hommes, pour qui les taux étaient plus de trois fois supérieurs à ceux des femmes (13,6 et 4,0 pour 100 000 Habitants, respectivement). C'est dans le groupe des hommes âgés de 15 à 29 ans que l'on trouve les taux d'homicides les plus élevés au monde (19,4 pour 100 000 Habitants), suivi de près par le groupe des hommes âgés de 30 à 44 ans (18,7 pour 100 000 Habitants) [50].

Les taux de mort violente varient selon le niveau de revenu du pays. En l'an 2000, le taux de mort violente dans les pays à faible revenu et à revenu moyen était de 32,1 pour 100 000 habitants, soit plus de deux fois supérieures aux taux des pays à revenu élevé (14,4 pour 100 000 Habitants) [50].

En 2002, la violence interpersonnelle se situait au 21^e rang des causes de décès dans le monde, et était responsable de seulement 1% de tous les décès dans l'année. A cette époque, il était prévu que l'importance de ce type de violence augmenterait jusqu'à la 19^e place des causes de décès en 2030.

Deux ans plus tard, en 2004, la violence interpersonnelle seule a été estimée être la 12^e principale cause de morbidité et de décès, responsable de 1,6% de tous les décès dans la région Africaine [114].

En 2004, la violence était responsable de 35,5% de tous les décès par traumatisme en Afrique avec un taux de 37 décès pour 100000 habitants qui était beaucoup plus élevé que la moyenne mondiale de 25 décès pour 100000 habitants. Le motif de ces décès a été dominé par l'homicide, en particulier chez les hommes, qui représentaient 150 000, ou 50% de tous les décès liés à la violence dans la région de l'Afrique en 2004 [114].

Il existe aussi des différences considérables entre les régions OMS en ce qui concerne les taux de mort violente.

Dans la Région OMS Afrique et dans celle des Amériques, les taux d'homicides sont près de trois fois supérieures aux taux de suicides. Cependant, en Europe et en Asie du Sud-est, les taux de suicides sont plus du double des taux d'homicides (19,1 pour 100 000 habitants, contre 8,4 pour 100 000 habitants dans la Région de l'Europe, et 12,0 pour 100 000 habitants, contre 5,8 pour 100 000 habitants dans la Région de l'Asie du Sud-est), et dans la Région du Pacifique occidental, les taux de suicides sont près de six fois supérieurs aux taux d'homicides (20,8 pour 100 000 habitants, contre 3,4 pour 100 000 habitants) [50].

Ces différences importantes s'observent aussi à l'intérieur des Régions où l'on note de grandes différences d'un pays à l'autre [115] mais également à l'intérieur des pays entre les populations urbaines et rurales, entre les groupes riches et pauvres, et entre différents groupes ethniques et raciaux [116].

Mortalité due aux accidents de la circulation routière

Les traumatismes non intentionnels sont la principale cause de décès chez les enfants de moins de 9 ans. Ils sont responsables de 830 000 décès annuels chez les enfants de moins de 18 ans. Les accidents de la circulation et les chutes sont les principales causes de handicaps liés à des traumatismes chez l'enfant [66].

Près de 1,24 million de décès par accidents de la circulation surviennent chaque année sur les routes du monde entier. Les pays à revenu intermédiaire enregistrent chaque année le taux de mortalité par accidents de la route le plus élevé au monde, soit 20,1 pour 100 000 habitants, comparé à 8,7 dans les pays à revenu élevé et à 18,3 dans les pays à revenu faible [117].

Quatre-vingt pour cent des décès dus aux accidents de la route surviennent dans des pays à revenu intermédiaire qui représentent 72 % de la population mondiale alors qu'ils comptent 52 % des véhicules immatriculés dans le monde. Si l'on tient compte de leur niveau de motorisation, ces pays supportent un fardeau disproportionné de décès dus aux accidents de la circulation [117].

Le risque de mourir dans un accident de la route (décès pour 100000 habitants) est le plus élevé dans la Région africaine et le plus faible dans la Région européenne. Par ordre d'importance décroissante l'on retrouve l'Afrique avec 24.1 p.100000 habitants, la Méditerranée Orientale avec 21.3 p.100000 habitants, le Pacifique occidental avec 18.5 p.100000 habitants, l'Asie du Sud-est avec 18.5 p.100000 habitants, les Amériques avec 16.1 p.100000 habitants et l'Europe avec 10.3 p.100000 habitants [117].

Néanmoins, on constate d'importantes disparités entre pays d'une même Région, les plus marquantes étant relevées en Europe.

La moitié des décès dus aux accidents de la circulation enregistrés dans le monde concernent des piétons (22 %), des cyclistes (5 %) et des motocyclistes (23 %), c'est-à-dire les usagers de la route vulnérables [117].

Toutefois, selon la situation économique du pays et selon la Région, la frange de la population la plus exposée varie. Ainsi, dans la Région africaine où les déplacements à pied ou à vélo sont fréquents, un pourcentage élevé de décès (38 %) concerne des piétons. A l'inverse, dans de nombreux pays du Pacifique occidental où les déplacements en motocyclettes sont courants, 36 % des décès par accidents de la route concernent les deux ou trois roues à moteur [117].

En Afrique, les décès dus aux accidents de la circulation routière par type d'utilisateur concernent par ordre d'importance décroissante, les occupants du véhicule (43%), les piétons (38%), les deux ou trois roues (7%), les cyclistes (5%), autres types d'utilisateurs (7%) [117].

II-3.2.3 Les handicaps

Le handicap fait partie de la condition humaine ; pratiquement tout le monde à un moment ou l'autre de la vie, aura une déficience temporaire ou permanente et ceux qui parviendront à un âge avancé connaîtront des difficultés fonctionnelles [118].

De 10% de prévalence mondiale dans les années 1970 selon les statistiques de l'OMS, on estime que plus d'1 milliard de personnes vivent en 2011 avec un handicap, soit environ 15% de la population mondiale [118].

Selon une enquête sur la santé dans le monde, environ 785 millions, soit 15,6% des personnes âgées de 15 ans et plus, vivent avec un handicap tandis que les estimations de la charge de morbidité avancent un chiffre aux alentours de 975 millions soit 19,4% [118].

L'enquête sur la santé dans le monde estime que 110 millions de personnes, soit 2,2% ont de très grandes difficultés fonctionnelles tandis que les estimations de la charge de morbidité parlent de 190 millions de personnes, soit 3,8% ayant un « handicap sévère » équivalent à des déficiences provoquées par des problèmes de santé comme la quadriplégie, la dépression sévère et la cécité [118].

Les traumatismes chez l'enfant surviennent dans 95% des cas, dans les pays à bas ou moyen revenu. Chaque année, des dizaines de millions d'enfants doivent être hospitalisés avec des traumatismes non mortels ; les accidents de la circulation et les chutes constituant les principales causes de handicaps liés à des traumatismes chez l'enfant [66].

Pour la charge mondiale de morbidité, on mesure aussi le handicap chez les enfants (0-14 ans), et on estime qu'il concerne 95 millions d'enfants, soit 5,1%, dont 13 millions, soit 0,7% ayant un « handicap sévère » [118].

Le nombre des personnes handicapées est en augmentation en raison du vieillissement de la population (les personnes âgées ont un risque plus élevé de handicap), de l'augmentation mondiale des problèmes de santé chroniques associés à un handicap comme le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les maladies mentales [118]. On estime que les maladies chroniques sont à l'origine de 66,5% de l'ensemble des années vécues avec une incapacité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [19].

En Côte d'Ivoire, les rapports de l'association des handicapés victimes de guerre et les évaluations effectuées sur le terrain indiquent que la situation épidémiologique des handicaps connaît un accroissement marqué avec 700 nouveaux cas en 2011. Les résultats du profilage des ex-combattants effectué depuis janvier 2008, ont mis en relief 1261 cas d'handicapés sur 32 300 ex-combattants, soit 4%.

II-3.2.4 Le Psoriasis

Le psoriasis est une dermatose auto-immune, érythématosquameuse, inflammatoire, d'évolution chronique par poussées et rémission, avec possibilité d'atteinte articulaire et dont la survenue fait intervenir des facteurs génétiques et environnementaux.

En effet, on estime que 30 à 50% des patients ont un antécédent familial de psoriasis chez un parent de 1^{er} ou 2^{ème} degré. Certains gènes du complexe majeur d'histocompatibilité sont incriminés : HLA CW6-CW7 et à un moindre degré, les HLA B13, B37 et B38. Quant aux facteurs environnementaux, ils sont essentiellement représentés par :

- Les infections Streptococciques ORL surtout chez l'enfant et l'adolescent et à VIH susceptible de déclencher ou d'aggraver le Psoriasis
- Les troubles psychologiques : le stress, l'anxiété, le choc émotionnel
- Les facteurs médicamenteux : sels de lithium, AINS, antipaludéens de synthèse (aminoquinoléines), les bêtabloquants
- L'Alcool et le tabac

Le psoriasis est une maladie affichante et inguérissable qui occasionnent d'importantes conséquences, notamment l'altération de la qualité de la vie, des troubles hydroélectrolytiques, de la thermorégulation et protidiques qui peuvent aller jusqu'au décès dans les formes érythrodermiques, les atteintes articulaires et l'aggravation du pronostic en cas de co-infection au VIH.

La 67^e Assemblée Mondiale de la Santé, soulignant entre autres, que les personnes atteintes de psoriasis risquent davantage de souffrir de différentes comorbidités, en particulier de maladies cardio-vasculaires, de diabète, d'obésité, d'infarctus du myocarde, de rectocolite hémorragique, de syndrome métabolique, d'accident vasculaire cérébral et de maladies du foie, a adopté le 24 mai 2014, la résolution WHA/67.9 sur la Psoriasis.

En Côte d'Ivoire, 13 services de dermatologie du secteur public reçoivent et traitent les cas de psoriasis. Les statistiques du seul service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Abidjan Treichville indiquent que de 1996 à 2012, 447 cas de psoriasis ont été enregistrés en consultation, soit une moyenne de 27 malades reçus chaque année [119].

Si la disponibilité de laboratoire d'histologie et de dermatologues essentiellement dans le secteur public du système de santé ivoirien permet le diagnostic clinique et histopathologique du Psoriasis, sa prise en charge thérapeutique se heurte à des difficultés majeures liées à l'absence des médicaments nécessaires au traitement dans le secteur public et la non disponibilité de la biothérapie.

II-3.2.5 La surdité

La surdité est un handicap sensoriel pour lequel les données en population sur sa prévalence et ses causes sont rares quels que soient le niveau de revenu et la Région de l'OMS considérés. Elle touche 5% de la population mondiale soit 360 millions de personnes (perte auditive supérieure 40dB dans la meilleur oreille chez l'adulte et à 30dB dans la meilleure oreille chez l'enfant) parmi lesquels 32 millions d'enfants. La prévalence de la d ficiance auditive devrait augmenter de façon significative dans les prochaines années [120].

La prévalence du déficit auditif varie dans le monde, mais c'est dans les régions de l'Asie du Sud, de l'Asie-Pacifique et de l'Afrique subsaharienne qu'elle est la plus forte. Il peut y avoir un lien entre le niveau de revenu d'un pays ou d'une Région et la prévalence de la perte d'audition. Chez les enfants et les adultes de plus de 65 ans, la prévalence tend à diminuer de façon exponentielle à mesure que le revenu national brut augmente. Dans la région de l'Afrique subsaharienne, la prévalence de la d ficiance auditive invalidante est de 1,9% chez les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans et de 44% chez les adultes de 65 ans et plus [120].

En Côte d'Ivoire, malgré l'accroissement des cas en consultation de routine, l'absence de collecte systématique des données ne permet pas d'avoir une estimation réelle de l'ampleur du problème. Toutefois, il est possible de prévenir 50% des facteurs qui conduisent à une perte de l'audition. Un grand nombre de personnes atteintes de d ficiance auditive peuvent voir leur état s'améliorer grâce à des médicaments, à la

chirurgie ou à l'utilisation de prothèses auditives car chez les enfants, l'une des principales causes de déficience auditive, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, sont les infections auriculaires non traitées, qui se manifestent souvent par des écoulements. Certaines maladies infectieuses évitables par la vaccination, telles que la rubéole, la méningite ou les oreillons, peuvent aussi entraîner une déficience auditive.

II-4 EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN COTE D'IVOIRE

Sur la base de l'enquête STEPS de 2005 [20] réalisée au plan national et des estimations faites par l'Organisation Mondiale de la Santé [1, 2, 12], les valeurs cibles des indicateurs des maladies non transmissibles ont connu des évolutions variables présentées dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : Evolution des principaux indicateurs des maladies non transmissibles en cote d'ivoire de 2005 à 2014

INDICATEUR	2005 [20]			2008 [1]			2010 [2]			2011 [2]			2014 [12]		
	H (%)	F (%)	H+F (%)	H (%)	F (%)	H+F (%)	H (%)	F (%)	H+F (%)	H (%)	F (%)	H+F (%)	H (%)	F (%)	H+F (%)
Prévalence standardisée selon l'âge des adultes trop sédentaires âgés de 18 ans ou plus	86,3	89,4	88,1	28,8	36,9	32,8	21,9	29,5	25,7						
Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac chez l'adulte âgé de 15 ans ou plus	17,2	3,6	9,5	15,0	3,2	9,1				16	09	12			
Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine artérielle élevée chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (tension systolique ≥ 140 mmHg et/ou une tension diastolique ≥ 90 mmHg)	28	17,2	21,7	49,3	44,8	47,1	31,8	29,9	30,9				31,8	30,1	31
Prévalence standardisée selon l'âge du diabète chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou traitement hypoglycémiant)	-	-	-	9,2	9,7	9,5	9,8	9,3	9,6				11,1	10,3	10,7
Prévalence standardisée selon l'âge de l'obésité chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m ²)	5,7	11,6	9,1	3,9	9,7	6,7	3,9	11,9	7,9				4,2	13	8,6
Prévalence standardisée selon l'âge de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (indice de masse corporelle ≥ 25 kg/m ²)	24,6	37,6	32,6	21,8	32,3	26,9				20,3	30,5	25,4			

Tableau 1 : Evolution des principaux indicateurs des maladies non transmissibles en cote d'ivoire de 2005 à 2014 (suite)

INDICATEUR	2005 [20]			2008 [1]			2010 [2]			2011 [2]			2014 [12]		
	H (%)	F (%)	H+F (%)	H (%)	F (%)	H+F (%)	H (%)	F (%)	H+F (%)	H (%)	F (%)	H+F (%)	H (%)	F (%)	H+F (%)
Consommation totale (enregistrée et estimée) d'alcool par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en une année calendaire, en litres d'alcool pur	-	-	-			6,47				9,8	1,9	6			
Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation de moins de cinq portions (400 grammes) de fruits et de légumes par jour chez l'adulte (âgé de 18 ans ou plus)	75,1	80,1	78,1	52,4	57,5	55,1									
Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (taux de cholestérol total ≥5,0 mmol/l ou 190 mg/dl)				18,9	21,1	19,9									
Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans d'une maladie cardio-vasculaire ou d'un cancer ou du diabète ou d'une affection respiratoire chronique				68,1	66,6	44									23
% décès dus aux maladies non transmissibles									33						31
% décès dus aux maladies cardiovasculaires												15			11
% décès dus au cancer												3			03
% décès dus aux maladies respiratoires chroniques												4			03
% décès dus au diabète												2			02
% décès dus aux traumatismes												9			09

II-5 CONSEQUENCES DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

II-5.1 Impact des maladies chroniques non transmissibles sur le développement

Les maladies non transmissibles ne sont plus seulement un problème de Santé mais constituent un véritable Problème de développement (*Déclaration de Politique de la Réunion de haut niveau de la soixante sixième session de l'Assemblée Générale de l'ONU sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, New York 19-20 septembre 2011*)

II-5.1.1 Impact des maladies chroniques sur le développement humain

Le modèle partant est celui des conséquences du handicap qui se traduisent par des désavantages vécus par des personnes handicapées [118], notamment :

- De moins bons résultats de santé
- Des niveaux d'étude plus faibles : la probabilité pour les enfants handicapés d'être scolarisés de rester et de progresser dans le système scolaire est plus faible que pour les autres.
- Moindre participation à la vie économique
- Taux de pauvreté plus élevé
- Dépendance accrue et participation restreinte

II-5.1.2 Maladies chroniques et pauvreté

La charge de morbidité représentée par les maladies chroniques se concentre chez les pauvres. Dans beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire, la lutte contre la pauvreté passe par des investissements dans des programmes de prévention des maladies chroniques [121].

La pauvreté peut être à l'origine des maladies chroniques

En effet, les pauvres sont plus vulnérables à la fois parce qu'ils sont davantage exposés aux facteurs de risque et parce qu'ils ont difficilement accès aux services de santé et sont de ce fait plus susceptibles d'être atteints de maladies chroniques [121] en raison :

- ✚ du manque de moyen et la tension psychosociale ;
- ✚ du niveau plus élevé et plus durable des comportements à risque ;
- ✚ des conditions de vie malsaine ;
- ✚ de l'accès limité aux soins médicaux de bonne qualité

Les maladies chroniques peuvent être sources de pauvreté

La charge économique directe des maladies chroniques caractérisée par des dépenses de santé onéreuses d'une part, les répercussions individuelles sur la situation économique des personnes et leurs perspectives d'emploi à long terme d'autre part, précipitent un grand nombre de personnes ainsi que leurs familles dans la pauvreté [121].

II-5.1.3 Impact économique des maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles présentent aussi un défi qui est le frein au développement pour les pays à revenu moyen et à revenu faible en raison de l'ampleur du fardeau de ces affections comparé à leur niveau de développement économique [122].

L'impact du défi financier des MNT ne peut être pleinement appréhendé sans considérer l'étendue des effets directs et indirects sur les économies et les systèmes de santé, tout aussi bien sur l'individu et son ménage. Ces effets cumulés conduisent à des impacts sur l'économie et le développement humain incluant baisse de la productivité et de la compétitivité, forte pression fiscale, faibles performances de santé, accroissement de la pauvreté et de l'iniquité et réduction des opportunités pour la société, les ménages et les individus [123].

En raison de leurs caractéristiques spécifiques, les MNT affectent les adultes souvent dans leurs années de productivité nécessitant une prise en charge sur le long terme et coûteuse, s'accompagnant souvent d'un

degré d'invalidité. Dès lors, elles pourraient avoir un plus grand impact socioéconomique que les autres problèmes de santé [123].

Les niveaux élevés de MNT peuvent : réduire la fourniture de main d'œuvre et la production, accroître les coûts pour les employeurs en raison de l'absentéisme et des coûts élevés de la couverture de soins, diminuer les retours sur investissement en capital humain et provoquer une réduction de la consommation domestique tout aussi bien que l'accroissement des dépenses pour la santé publique et le bien-être social [123].

Les maladies chroniques constituent une charge financière et économique extrêmement importante pour les individus, leurs familles et les systèmes de santé. En l'absence de mesures efficaces, ces coûts ne feront qu'augmenter de manière inexorable de sorte que l'investissement dans des interventions visant à réduire la charge de morbidité associée aux maladies chroniques apportera un bénéfice économique appréciable [123]. A titre d'exemple :

Aux Etats Unis, l'estimation du coût total des soins de santé nécessaires pour le traitement des cardiopathies est passé de 298,2 milliards de dollars US en 2000 à 392,2 milliards de dollars US en 2001 puis à 351,8 milliards de dollars US en 2002 [124].

Les 2 millions de cas estimés d'accidents vasculaires cérébraux aux USA en 1996 ont coûté 8,3 millions USD au système de santé public et représenté une perte de 5,2 millions de jours de travail [121].

Au Royaume Unis, les Cardiopathies ont coutés environ 3 milliards de dollars US au système de santé public en 1999, 4,3 milliards de dollars US en soins non professionnels et 5,2 milliards de dollars US en perte de productivité [125].

En Australie, on estime que les accidents vasculaires cérébraux représentent 2% du total des soins de santé [126, 127, 128].

En 1999, la Banque Mondiale a estimé que les soins médicaux associés au tabagisme représentaient entre 6 et 15 % de l'ensemble des coûts annuels des soins de santé (55,56) et entre 0,1 % et 1,1 % du PIB dans les pays à haut revenu [129].

Selon une étude réalisée au Canada [130], le coût économique de l'inactivité physique dans ce pays est énorme ; il est estimé à 5,3 milliards de dollars Canadiens, soit 2240 770 635 284 de FCFA dont 1,6 milliards de dollars Canadiens (676 459 059 708 FCFA) de coûts directes (coûts médicaux de traitement des maladies) et 3,7 milliards de dollars Canadiens (1564 311 575 575 FCFA) de coûts indirects.

Il est démontré aujourd'hui que la réduction, même minime de la prévalence de certains facteurs de risque de maladies chroniques pourrait engendrer des économies substantielles et une amélioration notable de la santé [121]. Par exemple :

- la réduction de 10% de la prévalence de la sédentarité permettrait de réduire les dépenses annuelles directes liées à la santé de 150 millions de dollars Canadiens, soit 63 418 036 848 FCFA [121].

- la baisse du niveau de la TA de la population de 2 mm Hg au moyen d'une réduction de la consommation de sel, pourrait permettre de réaliser des économies de 188 millions de dollars US grâce au nombre de cardiopathies ou d'AVC évités sur une période de 25 ans [131].

Au titre des conséquences macroéconomiques, les pertes estimatives de revenu national dues aux cardiopathies, au diabète et AVC s'établissaient à 18 milliards de dollars US en Chine, 11 milliards de dollars US dans la fédération de Russie, 9 milliards de dollars US en Inde et 3 milliards de dollars US au Brésil [121].

Selon des estimations, la baisse du PIB imputable aux maladies chroniques en 2015 pourrait être supérieure à 5% dans la Fédération de Russie et de l'ordre de 1% dans les autres pays [121].

Les maladies chroniques contribuent à :

- ✚ L'accroissement global des dépenses de santé (coûts directs et indirects)
- ✚ Déséquilibre et faillite des systèmes de sécurité sociale existants ou à mettre en place
- ✚ Perte de productivité par atteinte des couches productrices de richesses
- ✚ Paupérisation
- ✚ Accentuation des déséquilibres entre les couches sociales

Bien que les MNT deviennent un défi croissant, plusieurs pays à revenu faible continueront à faire face à un fardeau substantiel de maladies transmissibles, obligés à gérer ainsi un « double fardeau » liés à ces deux groupes de pathologies.

II-5.1.4 Effets à moyen et long terme des maladies chroniques non transmissibles

Ces maladies chroniques contribuent à :

1. L'Accroissement de la pauvreté : les coûts de santé onéreux individuels et collectifs liés à la prise en charge des maladies non transmissibles font de ces affections une source principale de paupérisation, accentuant ainsi les inégalités sociales.
2. La Vulnérabilité croissante de la population productrice de richesses : les maladies non transmissibles surviennent souvent à l'âge où les responsabilités culminent avec des invalidités et décès précoces, privant les familles d'indispensables revenus, et les communautés de réserves de productivité.
3. La Précarité de l'équilibre des systèmes de sécurité sociale existants en raison du nombre croissant des cas de maladie et d'invalidités qu'elles soient d'origine professionnelle (indemnisable) ou non.
4. La Dégradation de la qualité de la vie rendant de moins en moins possible le vieillissement en bonne santé.
5. La Diminution de l'espérance de vie.

II-6 REPONSE EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES MNT

II-6.1 Réponse au plan international

Préoccupée par les tendances croissantes des maladies non transmissibles (MNT) et leur fardeau sur les économies des Etats membres, l'Organisation Mondiale de la Santé a pris plusieurs initiatives politiques visant à accorder de plus en plus la priorité à la lutte contre les MNT et inciter à l'action mondiale concertée reposant sur des bases scientifiques ainsi que des objectifs et indicateurs mondiaux communs. Ainsi l'on a enregistré l'adoption d'actes majeurs successifs aux années suivantes :

2000 : adoption lors de la 53e Assemblée mondiale de mai 2000 de la résolution WHA/53.17 approuvant la stratégie globale de l'OMS pour la prévention et le contrôle intégrés des maladies non transmissibles. Cette 53e Assemblée mondiale de mai 2000 demandait également au Directeur général de l'OMS de continuer à donner la priorité à cette question.

2003 : adoption de la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti tabac par la 56e assemblée mondiale de la santé

2004 : adoption de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé par l'OMS

2007 : adoption de la résolution WHA60.23 sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale

2008 : adoption du plan d'action mondial 2008-2013 pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles par la 61e Assemblée Mondiale de la Santé

2008 : Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale du tabac– Stratégie MPOWER

2010 : adoption de la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool par la résolution WHA61.4 s

2011 : Sommet de Haut niveau des Chefs d'Etats et de Gouvernements sur la prévention et le maîtrise des maladies non transmissibles- ONU, New York, 11-19 septembre 2011

2011 : Déclaration Politique du Sommet de Haut niveau des Chefs d'Etats et de Gouvernements des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles par la Résolution A RES 66.2 du 20 septembre 2011

2013 : adoption du Plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020

II-6.2 Réponse du système de santé ivoirien

●Politique

Le Plan National de développement sanitaire (PNDS) 2009-2013 [23] retient les maladies chroniques non transmissibles comme problème prioritaire de santé publique.

Cette vision a été confortée par la création de 7 programmes par arrêtés ministériels au sein du Ministère de la Santé ; ce sont :

- Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles ;
- Programme National de Lutte contre le Cancer ;
- Programme National de lutte contre les maladies métaboliques ;
- Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions ;
- Programme National de Promotion de la Santé Mentale ;
- Programme National de Promotion de la Santé Bucco dentaire.
- Programme National de Nutrition ;

Dans l'exécution de leurs missions respectives, ces différents programmes ont élaborés des Politiques et Stratégies spécifiques.

●Financement

Le financement de la prévention et de la prise en charge thérapeutique des maladies chroniques non transmissibles est assuré par le budget de l'Etat ivoirien. Les différents programmes de santé créés sont annuellement dotés de crédits libellés en lignes budgétaires approvisionnées à partir des ressources de l'Etat. Ainsi, les archives de la Direction Administrative et Financière du Ministère de la Santé indiquent que de 2007 à 2010, les financements cumulés alloués à trois des programmes de santé qui luttent contre les maladies non transmissibles s'élèvent à sept cent quarante trois millions quatre cent vingt mille trois cent douze (743 420 312) FCFA.

De manière spécifique, l'Etat subventionne l'insulinothérapie chez le diabétique; il existe un projet d'accès aux médicaments anticancéreux à moindre coût.

D'une manière globale, ce financement de l'Etat demeure insuffisant au regard des besoins.

●Prévention et Promotion de la santé

Dans la mise en œuvre des différentes politiques [132-133] et stratégie nationales de prévention des maladies non transmissibles [134] et de promotion de l'activité physique [33], différentes actions et initiatives ont été menées aussi bien dans la population générale que dans des groupes restreints de la population dans des zones géographiques bien limitées. Ces interventions mises en œuvre par les différents programmes de santé ont consisté à informer, sensibiliser (counselling) la population et à organiser des séances de dépistage de cas de maladies chroniques et de leurs facteurs de risque. Il s'agit entre autre de :

- . Campagnes de dépistage communautaire des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans les différentes communautés urbaines et rurales, sur les lieux de travail, en milieu scolaire
- . Campagnes média d'information et de sensibilisation des populations sur les maladies non transmissibles, leurs facteurs de risque et les comportements et modes de vie favorables à la santé
- . Rencontres, conférences d'information et de sensibilisation des populations, communautés, travailleurs et élèves à la prévention primaire des Maladies Chroniques non transmissibles

- . Renforcement des connaissances des enseignants, des décideurs, acteurs, partenaires et de la population générale sur leurs facteurs de risque des maladies non transmissibles et les comportements et modes de vie favorables à la santé
- . Vulgarisation de la pratique de l'autocontrôle domestique des facteurs de risque physiologiques des maladies non transmissibles

- Capacités diagnostic et de prise en charge des MNT

Des acquis existent au niveau de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles notamment au niveau des :

Infrastructures d'accueil et de prise en charge

Au nombre des structures spécialisées de soins et de recherche fonctionnelles, l'on note 01 Institut de cardiologie, 01 service cancérologie, 01 service d'endocrino diabétologie, 01 service de néphrologie, 01 service d'hématologie et 04 centres d'hémodialyse.

Technologies adéquates de base pour le diagnostic et le traitement des MNT

Dans l'ensemble, des efforts de renforcement du plateau technique sont nécessaires dans les domaines de l'imagerie (conventionnelle, magnétique) et du diagnostic biologique en vue de renforcer les capacités de diagnostic et de dépistage précoces du secteur public notamment en ce qui concerne les hémoglobinopathies, l'asthme et les affections cardiovasculaires.

Détection et diagnostic précoces des cancers par les biomarqueurs

En dehors du dosage quantitatif de l'antigène prostatique spécifique (PSA) dans le diagnostic et le suivi post thérapeutique du cancer de la prostate et de l'alpha foeto-protéine (AFP) dans le diagnostic du cancer du foie, l'utilisation des biomarqueurs pour le diagnostic du cancer en général n'est pas encore développé dans le système de santé.

Médicaments essentiels y compris génériques et protocoles de chimioprophylaxie et de chimiothérapie des MNT

La liste des médicaments essentielle prend en compte en compte des médicaments tant de spécialité et des génériques nécessaires aux différents traitements dans les 4 principaux groupes de maladies non transmissibles (cardiovasculaire, cancer, respiratoire chronique, diabète). Toutefois, les coûts de ces médicaments cédés aux patients dans le secteur public de soins demeurent relativement élevés par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population.

Psychothérapie de soutien

Elle n'est pas encore intégrée au système de soins du secteur public notamment en raison l'absence de psychologues dans le personnel de la fonction publique de la Côte d'Ivoire.

Radiothérapie

Elle n'est pas encore disponible en Côte d'Ivoire mais le projet existe.

Soins palliatifs

Bien qu'ils soient prodigués essentiellement pour les personnes atteintes de Sida, les soins palliatifs ne sont pas encore systématisés au niveau du système de santé.

- Surveillance

Cette activité existe essentiellement pour les maladies à potentiel épidémique et transmissibles. Bien que l'on observe une ébauche de surveillance des principales maladies non transmissibles, avec l'introduction du diabète et de l'hypertension artérielle dans le SIG, les maladies chroniques en général ne font pas encore l'objet d'une collecte de données en routine. Toutefois, dans le cadre de la mise en œuvre des protocoles du WHO PEN, notamment la chimiothérapie préventive contre les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, une base de données accessible en ligne (internet) est progressivement mise en place en vue de permettre au système de santé de suivre les indicateurs mondiaux y afférents.

- Recherche

La recherche développement n'est pas développée pour accompagner la lutte contre les maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire.

- Collaboration multisectorielle

D'une manière générale, il y a une insuffisance de collaboration entre les structures du Ministère de la Santé d'une part, et avec les autres secteurs d'activités d'autre part. Il n'existe pas de cadre formel de coordination de la collaboration avec les autres Ministères.

- Partenariat

Au delà des partenaires institutionnels tels que l'OMS, le partenariat pour la prévention et la lutte contre les MNT s'est élargi de façon progressive avec l'implication de l'OOAS, des ONG, associations de malades, secteur privé et fondations dans la prévention et la lutte contre les maladies chroniques.

II-6.3 Contraintes/Faiblesses des capacités et mesures nationales de lutte contre les MNT

Malgré ces efforts, des contraintes majeures subsistent :

Au niveau du plateau technique :

D'une manière générale, les équipements sont inadaptés aux besoins de la prise en charge et en nombre insuffisant. A titre d'exemple, la Côte d'Ivoire ne dispose pas d'appareil de radiothérapie en matière de cancérologie. Par ailleurs, la capacité de prise en charge des affections chroniques demeure faible en dehors d'Abidjan.

Au niveau de la répartition des ressources humaines

Les insuffisances se traduisent par :

- la mauvaise répartition des ressources humaines sur tout l'ensemble du territoire
 - l'insuffisance, la démotivation et la répartition inéquitable des Ressources humaines spécialisées affectées à la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles sur l'ensemble du territoire.
- Selon les données de la DRH Santé, il y a 1 chirurgien dentiste pour 12 588 habitants à Abidjan contre 1 pour 154 337 habitants dans les autres régions du pays, 5 cancérologues dont un radio thérapeute.*

Au niveau des Soins

- Les soins globaux demeurent parcellaires malgré l'existence des algorithmes et protocoles de prise en charge
- La Faiblesse et l'irrégularité de la disponibilité des médicaments essentiels à la PEC des maladies chroniques et de certaines urgences médicales
- La Faible accessibilité financière des malades aux traitements des affections chroniques

- Trop grande centralisation de la PEC à l'origine d'un problème d'accessibilité géographique et d'équité du traitement.
- De manière générale, la couverture sociale des maladies chroniques est limitée. 10% de la population ont une couverture sociale.
- Quant aux soins palliatifs des affections chroniques non transmissibles, ils ne sont pas encore organisés au niveau du système de santé.

Au niveau institutionnel

- . Faiblesse de l'implication et de l'appui du niveau institutionnel de l'Etat dans la prévention et la prise en charge des MNT
- . Insuffisance des initiatives communautaires et nationales de prévention, de prise en charge des MNT et de promotion des comportements et mode de vie favorables à la santé
- . Inexistence de l'action intersectorielle en faveur de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles
- . Absence d'un cadre de concertation entre les différents secteurs impliqués.

III- CIBLES

III- 1 GROUPES CIBLES

Toutes les personnes de sexe masculin ou féminin vivant aussi bien en milieu urbain que rural.

III-2 MALADIES CIBLES PRIORITAIRES

Maladies cardiovasculaires

Cancers

Diabète

Maladies respiratoires chroniques

Drépanocytose

Traumatismes

Handicaps (physique, surdité, bégaiement)

Psoriasis

IV- VISION

Une Côte d'Ivoire libérée de la charge évitable des maladies non transmissibles

V- BUT

Contribuer à améliorer l'état de santé et le bien être des populations [22].

VI- OBJECTIFS

VI-1 OBJECTIF GENERAL

Réduire la charge évitable de morbidité, de mortalité et de handicap attribuable aux maladies non transmissibles.

VI-2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Rendre prioritaire la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes de développement mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la sensibilisation et la coopération internationale
2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles
3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

5. Promouvoir les capacités nationales à mener des travaux de recherche-développement de grande qualité afin de lutter contre les maladies non transmissibles

6. Suivre l'évolution des maladies non transmissibles et leurs déterminants

VI-3 INDICATEURS

1) Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique

2) Incidence de chaque type de cancer pour 100 000 habitants

3') Prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent

3" Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adulte

4) Prévalence des adolescents qui ont une activité physique insuffisante, définie comme une activité quotidienne d'intensité modérée à vigoureuse d'une durée inférieure à 60 minutes

5) Prévalence standardisée selon l'âge des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante (définie comme une activité hebdomadaire d'intensité modérée d'une durée inférieure à 150 minutes ou équivalent)

6) Apport journalier moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez les personnes âgées de 18 ans ou plus

7) Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez l'adolescent

8) Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 18 ans ou plus

9) Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (tension systolique ≥ 140 mmHg et/ou une tension diastolique ≥ 90 mmHg)

10) Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun chez les personnes âgées de 18 ans ou plus

10' Prévalence standardisée selon l'âge du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (définie comme glycémie plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou sous traitement pour élévation de la glycémie)

11) Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent (définis de la manière suivante selon les normes OMS de croissance pour l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent : un écart type de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe pour l'excès pondéral et deux écarts types de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe pour l'obésité)

12) Prévalence standardisée selon l'âge du surpoids chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (défini comme un IMC ≥ 25 kg/m² et < 30 kg/m²)

- 12') Prévalence standardisée selon l'âge de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (défini comme un IMC ≥ 30 kg/m²)
- 13) Proportion de personnes remplissant les conditions (définies comme âgées de 40 ans ou plus et ayant un risque cardio-vasculaire dans les 10 ans ≥ 30 %, y compris celles qui ont déjà une maladie cardio-vasculaire) recevant une chimiothérapie et des conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux
- 14) Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé
- 15) Prévalence standardisée selon l'âge des personnes (âgé de 18 ans ou plus) qui consomment moins de cinq portions (400 grammes) de fruits et de légumes par jour
- 16) Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyper-cholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (taux de cholestérol total $\geq 5,0$ mmol/l ou 190 mg/dl)?
- 17) Accès à des soins palliatifs évalués selon la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer
- 18) Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus
- 19) Disponibilité, selon les besoins, des vaccins contre le papillomavirus humain
- 20) Taux d'exécution d'un programme de recherche d'une durée de 5 ans sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire, prenant en compte les avancées pertinentes de la médecine traditionnelle,
- 21) Disponibilité dans 10 districts sanitaires, d'un système pilote de surveillance de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies non transmissibles dans la perspective de son arrimage au système national de surveillance épidémiologique
- 22) Disponibilité d'un organe/mécanisme national intergouvernemental de coordination, de suivi et d'évaluation de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles
- 23) Prévalence des nouveau-nés porteurs d'hémoglobine SS
- 24) Prévalence des traumatismes involontaires
- 25) Prévalence des traumatismes volontaires
- 26) % décès dus aux traumatismes
- 27) % d'invalidité due aux traumatismes
- 28) Prévalence de la surdité congénitale chez les nouveau-nés
- 28') Prévalence de la surdité acquise chez les enfants de deux à dix ans
- 29) Prévalence du bégaiement dans la population générale

VII - STRATEGIES

Ce plan s'appuie sur les cinq stratégies de la promotion de la santé :

1. Réorientation des Services de Santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé des populations.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

2. Acquisition des aptitudes individuelles

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

3. Renforcement de l'Action Communautaire

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

4. Elaboration de Politique Publique Saine

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Il s'agit d'inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

L'action sanitaire basée sur la promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité, la taxation et les changements organisationnels. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus attrayants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

5. Création de milieux favorables

Nos sociétés sont complexes et inter reliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schémas de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé, et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement est indispensable ; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

VIII- ACTIONS PRIORITAIRES ET PRINCIPAUX RESULTATS ATTENDUS

Objectif 1. Rendre prioritaire la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes de développement mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la sensibilisation et la coopération internationale

STRATEGIES	METHODES	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Elaboration de Politique Publique Saine	Plaidoyer IEC CCC Changement organisationnel	Sensibiliser le public et les responsables politiques et améliorer la compréhension de la lutte contre les MNT	- le plan stratégique est adopté par le Gouvernement - la lutte contre les MNT est déclarée comme Priorité d'action du Gouvernement	Engagement politique à travers un communiqué ou une déclaration du Gouvernement faisant des MNT une priorité nationale	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	GOUVERNEMENT SANTÉ SOCIÉTÉ CIVILE EDUCATION EMPLOI SOLIDATION
Elaboration de Politique Publique Saine	Mobilisation Plaidoyer Changement organisationnel	Intégrer les MNT au programme social et à celui du développement et aux stratégies de réduction de la pauvreté	- la lutte contre les MNT est prise en compte dans le DSRP - la lutte contre les MNT est inscrite dans le prochain l'UNDAF dès 2019 (United Nations Development Assistance Framework)	Prise en compte de la lutte contre les MNT dans le DSRP, l'UNDAF et autres Programmes de coopération internationale pour le développement	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	GOUVERNEMENT SANTÉ PLAN

Objectif 1. Rendre prioritaire la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes de développement mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la sensibilisation et la coopération internationale

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Elaboration de Politique Publique Saine Réorientation des services de santé	Plaidoyer Réglementation Formation	Renforcer la collaboration internationale pour la formation du personnel de santé et les échanges d'informations sur les enseignements tirés et les meilleures pratiques	La Côte d'Ivoire bénéficie d'appuis extérieurs pour le renforcement des compétences des personnels soignants en matière de prévention, détection et lutte contre les MNT	Prise en compte de la lutte contre les MNT dans le DSRP, l'UNDAF et autres Programmes de coopération internationale pour le développement	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Affaires étrangères Santé
Elaboration de Politique Publique Saine Création de milieux favorables	Plaidoyer Mesures fiscales	Augmenter et hiérarchiser les crédits budgétaires en faveur de la lutte contre les MNT et les autres moyens de mise en œuvre du PA	La lutte contre les MNT bénéficie d'un financement annuel adéquat du Budget de l'Etat Les autres ressources sont disponibles pour la mise en œuvre du PA	Taux d'augmentation global du budget de l'Etat alloué à la lutte contre les MNT	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Gouvernement Santé Finance
Réorientation des services de santé	Recherche	Évaluer les capacités nationales en matière de lutte contre les MNT	Les insuffisances de la Côte d'Ivoire en matière de lutte contre les MNT sont identifiées	Disponibilité du rapport d'évaluation		X	X				Santé Recherche Partenaires

Objectif 2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des services de santé	Plaidoyer	Intégrer la politique nationale et le plan de lutte contre les maladies non transmissibles incluant une stratégie multisectorielle pour engager les secteurs concernés en dehors de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - 1 plan d'action intégré unique de lutte contre les MNT adopté et en vigueur au niveau national - Plan d'action intégré unique de lutte contre les MNT mis en œuvre dans les autres secteurs d'activités du Gouvernement - Plan d'action intégré unique de lutte contre les MNT mis en œuvre par les acteurs non étatiques (secteur privé, mouvements associatifs, société civile) 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de plans d'action de lutte contre les MNT appliqués en Côte d'Ivoire - nombre de secteurs du Gouvernement autres que la santé mettant en œuvre le plan d'action intégré - nombre de secteurs non étatiques mettant en œuvre le plan d'action intégré de lutte contre les MNT 	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé, Gouvernement, Société civile, Secteur privé

Objectif 2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Elaboration de Politique Publique Saine Réorientation des services de santé	Plaidoyer Réglementation	Créer un dispositif multisectoriel national de haut niveau pour planifier, diriger, suivre et évaluer la politique nationale avec l'engagement effectif des secteurs ne relevant pas de la santé	1 décret de création d'une Cellule Nationale de Coordination Interministérielle de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (CNCI-MNT) est signé Dispositif multisectoriel National fonctionnel	- Existence du décret de création de la cellule nationale - Existence de PV de réunions de la cellule	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X				Santé, Gouvernement

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alcool											
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation	Limiter la disponibilité de l'alcool vendu au détail	<p>1-Lois et réglementation adoptés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - institution d'une licence de vente d'alcool - Interdiction de la vente d'alcool à proximité des écoles, aux mineurs, par les mineurs - contrôle de la production illicite de boissons alcoolisées <p>2- lois et règlements vulgarisés et appliqués</p> <p>3- la détention d'une licence pour la vente d'alcool rendue obligatoire</p>	<p>Disponibilité de loi et réglementation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'obligation de licence pour la vente d'alcool ; - l'interdiction de la vente d'alcool à proximité des écoles, la vente aux mineurs et par les mineurs ; -la traque de la production et la vente illicite de boissons alcoolisées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent - Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adulte 	X	X	X	X	X	Santé, Parlement Commerce Finance Justice Sécurité Communication Société civile

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alcool											
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation	Limiter la disponibilité de l'alcool vendu au détail (suite)	<p>4- la production et la vente illicite de boissons alcoolisées sont traquées</p> <p>5- la disponibilité de l'alcool vendu au détail est limitée;</p> <p>6- la demande individuelle de l'alcool a baissé</p>	<p>Disponibilité de loi et réglementation sur l'obligation de licence pour la vente d'alcool ; l'interdiction de la vente d'alcool à proximité des écoles, la vente aux mineurs et par les mineurs ; la traque de la production et la vente illicite de boissons alcoolisées.</p>	<p>- Prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent</p> <p>- Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adulte</p>	X	X	X	X	X	<p>Santé, Parlement, Commerce, Finance, Justice, Sécurité, Communication Société civile</p>

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alcool											
Elaboration de Politique Publique Saine	Mesures fiscales et tarifaires	Augmenter les droits d'accise sur les boissons alcoolisées	- une taxation spécifique sur les produits de l'alcool est créée - l'accise sur les boissons alcoolisées a augmenté	Disponibilité de texte appliquant des mesures de taxation aux produits de l'alcool	- Prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent		X	X	X	X	Commerce Finance Industrie Gouvernement Santé Société civile
Création de milieu favorable à la santé ; Renforcement des actions Communautaires Acquisition des aptitudes individuelle	plaidoyer sensibilisation IEC CCC	- Aider tous les alcooliques à réussir leur sevrage	1 centre de désintoxication alcoolique est créé - des associations ou groupes au sevrage alcoolique sont créés -sujets désintoxiqués bénéficient d'un accompagnement psychosocial et médical.	- Disponibilité du centre de désintoxication alcoolique - Nombre d'associations ou groupes au sevrage alcoolique créés - Nombre de sujets désintoxiqués bénéficiant d'un accompagnement psychosocial et médical	- Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adulte						Santé Finance

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Tabac											
Elaboration de Politique Publique Saine	Mesures fiscales et tarifaires	Rendre les produits du tabac moins accessibles en augmentant les droits d'accise sur le tabac	Mesure de taxation appliquées aux produits du tabac droits d'accise sur le tabac harmonisés avec les pays de la sous région	Disponibilité des mesures de taxation sur les produits du tabac	- Incidence de chaque type de cancer pour 100 000 habitants -Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Commerce Finance Industrie Gouvernement Santé Société civile

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Tabac											
Elaboration de Politique Publique Saine Création de milieux favorables Renforcement de l'Action Communautaire	Législation Réglementation Plaidoyer IEC CCC EPS	Légiférer pour créer des espaces entièrement non-fumeurs dans tous les lieux de travail intérieurs, les lieux publics et les transports publics	-Lois et textes réglementaires adoptés -Lois et réglementations vulgarisés et appliqués -Espaces non fumeurs créés et respectés dans les lieux publics, les lieux de travail intérieurs et les transports publics	Disponibilité de lois et réglementation sur les espaces non fumeurs Nombre d'espaces non fumeurs créés	- Incidence de chaque type de cancer pour 100 000 habitants -Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé, Industries, PME, Sécurité, Parlement, Commerce, Société civile
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Avertir les personnes des dangers du tabac et de la fumée du tabac en recourant à des mises en garde sanitaires efficaces et à des campagnes dans les médias	Prise de conscience générale sur les méfaits de la consommation du tabac	Nombre de campagne de sensibilisation sur les méfaits de la consommation du tabac		X	X	X	X	X	Santé, Industries, PME, Sécurité, Assemblée Nationale, Commerce, Société civile
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation Plaidoyer IEC CCC	Interdire toutes les formes de publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage	Prise de décrets et arrêtés interdisant toute forme de publicité, de promotion et de parrainage sur le tabac	décrets et arrêtés signés		X	X	X	X	X	Santé, Industries, PME, Sécurité, Assemblée Nationale, Commerce, Société civile

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Tabac											
Réorientation des systèmes de santé Acquisition des aptitudes individuelles	Formation Equipement	Aider tous ceux qui veulent cesser le tabagisme à réussir leur sevrage	<ul style="list-style-type: none"> - Les substituts de la nicotine figurent sur la liste des médicaments de la PSP - Les substituts de la nicotine sont disponibles dans les structures de soins disposant d'un médecin - Tous les médecins généralistes sont formés à l'utilisation des substituts de la nicotine dans le sevrage tabagique 	<ul style="list-style-type: none"> Existence des substituts de la nicotine sur la liste des médicaments de la PSP - Existence des substituts de la nicotine dans les structures de soins disposant d'un médecin - % des médecins généralistes formés à l'utilisation des substituts de la nicotine dans le sevrage tabagique 	<ul style="list-style-type: none"> - Incidence de chaque type de cancer pour 100 000 habitants -Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique 	X	X	X	X	X	Santé, Industries, PME, Sécurité, Assemblée Nationale, Commerce, Société civile

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Tabac											
Réorientation des systèmes de santé Acquisition des aptitudes individuelles	Formation Equipement	Aider tous ceux qui veulent cesser le tabagisme à réussir leur sevrage	- Associations ou groupes de volontaires au sevrage tabagique sont créés - les associations ou groupes de volontaires au sevrage tabagique bénéficient d'un encadrement médical et psychologique	- Nombre d'associations ou groupes de volontaires au sevrage tabagique créés - Nombre des associations ou groupes de volontaires au sevrage tabagique qui bénéficient d'un encadrement médical et psychologique	- Incidence de chaque type de cancer pour 100 000 habitants -Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé, Industries, PME, Sécurité, Assemblée Nationale, Commerce, Société civile

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Sensibilisation IEC	Sensibiliser la population au moyen de programmes sur l'activité physique Vulgariser l'Initiative nationale de promotion de l'activité physique (INPAP) 2009-2018	Programmes domestiques d'activité physique développés et diffusés dans la population -L'INPAP est accessibles à la population générale, disponible dans la auprès des institutions nationales et internationales, partenaires, acteurs des secteurs privé, associatifs et de la société civile -Espaces aménagés pour la pratique d'activités physiques dans toutes les communes et villes -La pratique de l'activité physique est incluse dans les habitudes de la population	Nombre de programmes domestiques d'activité physique diffusés Niveau de disponibilité et d'accessibilité à l'INPAP auprès des institutions nationales et internationales, partenaires, acteurs des secteurs privé, associatif et de la société civile	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	Santé; Commerce; Sécurité; Industrie; Sport et loisirs; Infrastructures ; Transport; Société civile; Collectivités locales

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation	Mettre en œuvre l'Initiative nationale de promotion de l'activité physique (INPAP) 2009-2018	-Supports audiovisuels d'information et de sensibilisation sur les bénéfices de l'activité physique pour la santé -Campagnes d'information et de sensibilisation de la population générale (adolescents et adultes) et différentes couches de la société sur les bénéfices de l'activité physique pour la santé par internet, affichage, communication interpersonnelle, conférence, médias audiovisuels à large diffusion réalisées chaque année	Disponibilité annuelle de prospectus, affiches, spots radiophoniques et télé, film fiction relatifs aux bénéfices de l'activité physique pour la santé - Nombre de campagne d'information et de sensibilisation (affichage, internet, médias audiovisuels, communication interpersonnelle) sur les bénéfices de l'activité physique pour la santé réalisées chaque année	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	Santé; Commerce; Sécurité; industrie; Sport et loisirs; Infrastructures; Transport; Société civile; Collectivités locales ; Communication
Création de milieux favorables	Mesures fiscales et tarifaires										
Acquisition des aptitudes individuelles	Amélioration de l'environnement construit										
Renforcement de l'action communautaire	IEC CCC EPS										

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC Plaidoyer Médiation EPS		50% des barrières à la pratique de l'activité physique sont levées	% de barrières à la pratique de l'activité physique solutionnées	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante	X	X	X	X	X	Santé; commerce; Sécurité; Industrie; Sport et loisirs; Infrastructures; Transport; Société civile; Collectivités locales
Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC Plaidoyer Médiation	Mettre en œuvre l'Initiative nationale de promotion de l'activité physique (INPAP) 2009-2018 (suite)	70% population (jeunes, adultes, personnes âgées) ont accès à des infrastructures, facilités et tous les espaces publics dédiés à la pratique régulière de l'activité physique	% population (jeunes, adultes, personnes âgées) qui ont accès à des infrastructures, facilités et tous les espaces publics dédiés à la pratique régulière de l'activité physique	- Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	
	IEC CCC Plaidoyer Médiation		50% des communes améliorent la disponibilité d'infrastructures de proximité pour la pratique de l'activité physique	% des communes qui ont amélioré la disponibilité d'infrastructures de proximité pour la pratique de l'activité physique	- Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC Plaidoyer Médiation	Mettre en œuvre l'Initiative nationale de promotion de l'activité physique (INPAP) 2009-2018 (suite)	50% des communes imposent des restrictions à l'usage de certaines voies de circulation aux engins à moteur les Samedi et dimanche	% des communes qui ont imposé des restrictions à l'usage de certaines voies de circulation aux engins à moteur les Samedi et dimanche	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	Santé; Commerce; Sécurité; Industrie; Sport et loisirs; Infrastructures Transport; Société civile; Collectivités locales
			30% de la population dispose d'un Programmes domestiques d'Activité physique	% de la population dispose d'un Programmes domestiques d'Activité Physique	- Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	
			10% des communes disposent d'un « Centre de Bien Etre Communautaire » accessible à toutes les couches sociales	% des communes disposent d'un « Centre de Bien Etre Communautaire » accessible à tous	- Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Sensibilisation IEC	Vulgariser auprès des cibles*, les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé	Directives nationales accessibles et disponibles dans la population générale et auprès des cibles*	Accessibilité et disponibilité des Directives nationales dans la population générale et auprès des cibles*	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	Sante; Commerce; Sécurité; Industrie; Sport et loisirs; Infrastructures Transport; Société civile; Collectivités locales
Elaboration de politique publique saine Réorientation des services de santé Création de milieux favorables Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation Formation Mesures fiscales et tarifaires Amélioration de l'environnement construit IEC, CCC EPS	Mettre en œuvre les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé	- les ressources humaines** nécessaires ont reçu une formation adéquate et sont disponibles	- Disponibilité des ressources humaines** ayant reçues une formation adéquate	- Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation	Mettre en œuvre les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé (suite)	- les infrastructures adéquates de mise en œuvre, de gestion et de suivi de la pratique de l'activité physique conformément aux références nationales d'efficacité des séances quotidiennes d'exercices, de sécurité à l'occasion de la pratique de l'activité physique sont disponibles	- Disponibilité des infrastructures adéquates de mise en œuvre, gestion et suivi de la pratique de l'activité physique	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	Santé; Commerce; Sécurité; Industrie; Sport et loisirs; Infrastructures Transport; Société civile; Collectivités locales
Réorientation des services de santé	Formation Mesures fiscales et tarifaires										
Création de milieux favorables	Amélioration de l'environnement construit										
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC										
Renforcement de l'action communautaire	EPS		Les équipements de base pour le suivi et la gestion des risques et accidents liés à la pratique de l'activité physique sont disponibles	Disponibilité des équipements de base pour le suivi et la gestion des risques et accidents liés à la pratique de l'activité physique			X	X	X	X	

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation	Mettre en œuvre les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé (suite)	Les médicaments et drogues*** nécessaires pour la gestion des risques et accidents liés à la pratique de l'activité physique sont disponibles	Disponibilité des médicaments et drogues*** nécessaires pour la gestion des risques et accidents liés à la pratique de l'activité physique	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	Santé; Commerce; Sécurité; Industrie; Sport et loisirs; Infrastructures Transport; Société civile; Collectivités locales
Réorientation des services de santé	Formation Mesures fiscales et tarifaires					Supports audiovisuels d'information et de sensibilisation sur la pratique adéquate de l'activité physique pour la santé produits chaque année	Disponibilité annuelle des supports audiovisuels d'information et de sensibilisation sur la pratique adéquate de l'activité physique pour la santé				
Création de milieux favorables	Amélioration de l'environnement construit										
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC										
Renforcement de l'action communautaire	EPS										

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation	Mettre en œuvre les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé (suite)	Campagnes d'information et de sensibilisation de la population générale (adolescents et adultes) et différentes couches de la société sur la pratique adéquate de l'activité physique pour la santé par internet, affichage, communication interpersonnelle, conférence, médias audiovisuels à large diffusion réalisées chaque année	- Nombre de campagne d'information et de sensibilisation de la population générale (adolescents et adultes) et des différentes couches de la société (affichage, internet, médias audiovisuels, communication interpersonnelle) sur la pratique adéquate de l'activité physique pour la santé réalisées chaque année	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	Santé; Commerce; Sécurité; Industrie; Sport et loisirs; Infrastructures Transport; Société civile; Collectivités locales
Réorientation des services de santé	Formation Mesures fiscales et tarifaires										
Création de milieux favorables	Amélioration de l'environnement construit										
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC										
Renforcement de l'action communautaire	EPS										

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						A1	A2	A3	A4	A5	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine Réorientation des services de santé Création de milieux favorables Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'action communautaire	Sensibilisation Réglementation Formation IEC CCC EPS	Mettre en œuvre les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé (suite)	80% des cibles* connaissent les recommandations en matière de pratique de l'activité physique selon l'âge et selon la condition de santé	% cibles* qui connaissent les recommandations en matière de pratique de l'activité physique selon l'âge et selon la condition de santé	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	Santé; Commerce Sécurité Industrie Sport et loisirs Infrastructures Transport Société civile Collectivités locales

*Professionnels de santé à tous les niveaux de soins y compris les soins de santé primaires, enseignants du préscolaire au secondaire ; promoteurs de l'activité physique au niveau de l'enseignement supérieur et des espaces libres; promoteurs de salles de fitness et de culture physique ; responsables d'entreprise ; jeunes, femmes, adultes, élèves et étudiants ; médias (presse écrite, audiovisuel et réseaux sociaux) ; organisations non gouvernementales ; sociétés savantes et de recherche

** médecin généraliste ou infirmier (ère)/agent de santé , cardiologues, médecins réanimateurs, médecins de sport, médecins fonctionnalistes, Médecins ORL, ophtalmologue (évaluation du niveau de handicap)médecins psychiatres, médecins militaires, nutritionnistes et diététiciens, les secouristes, les kinésithérapeutes, ergothérapeute, professeurs de sport, moniteurs et maîtres de sport, assistants sociaux, instituteurs, éducateurs préscolaires, éducateurs spécialisés, autorités administratives, politiques et militaires, leaders religieux, autorités coutumières, promoteurs de l'activité physique au niveau de l'enseignement supérieur et des espaces libres, responsables d'entreprise

***Oxygène médical, solutés de perfusion, bronchodilatateurs, bronchoconstricteurs, adrénaline, atropine, corticoïdes, antalgiques, trinitrine, diurétiques, dopamine, dobutamine, noradrénaline, antihypertenseurs, anesthésiques locaux, aiguilles de ponction artérielle et veineuse, anticoagulant, matériel d'asepsie et de pansement, antiseptiques, bronchodilatateur en spray, chambre d'inhalation, Médicaments d'urgence

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alimentation											
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Organiser des campagnes de sensibilisation sur la réduction de la consommation quotidienne de sel	Supports imprimés et audiovisuels (Prospectus, affiches, spots radiophonique, télé, film fiction) d'information et de sensibilisation sur la réduction de la consommation journalière de sel produits	Nombre de chaque type de support produits pour l'information et la sensibilisation sur la consommation journalière adéquate de sel	Apport journalier moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez les personnes âgées de 18 ans ou plus Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	Santé Agriculture Commerce Parlement Sécurité Industrie Transport Société civile
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Organiser des campagnes de sensibilisation sur la réduction de la consommation quotidienne de sel	Campagnes d'information et de sensibilisation sur la consommation journalière adéquate de sel organisées chaque année Le niveau de consommation journalière moyenne de sel à baissé de 1g	Nombres de campagnes d'information et de sensibilisation sur la consommation journalière adéquate de sel réalisées chaque année Niveau de baisse de la consommation journalière de sel		X	X	X	X	X	

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alimentation											
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation Médiation Plaidoyer	Faire signer un décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés	1 décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés est signé	Disponibilité du décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés	Apport journalier moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	X	X	X	X	X	Santé; Commerce Parlement Sécurité Industrie Société civile Lois
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation Médiation Plaidoyer	Appliquer le décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés	Au moins 1 Arrêté d'application du décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés sont signés et publiés La teneur en sel des aliments transformés a connu une baisse	Disponibilité de l'Arrêté d'application du décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés Niveau de baisse de la teneur en sel des aliments transformés	Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire	X	X	X	X	X	

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alimentation											
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation Médiation Plaidoyer	Remplacer les acides gras trans par des matières grasses polyinsaturées	Au moins 1 Arrêté d'application du décret prescrivant le Remplacement des acides gras trans par des matières grasses polyinsaturées dans les aliments transformés sont signés et publiés	Disponibilité de l'Arrêté d'application du décret prescrivant le Remplacement des acides gras trans par des matières grasses polyinsaturées dans les aliments transformés	- Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et les personnes âgées de 18 ans ou plus -Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Commerce Parlement Sécurité Industrie Société civile Lois

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alimentation											
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Faire la promotion de la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes combinés par jour Promouvoir l'éducation Nutritionnelle	Des supports imprimés et audiovisuels d'information et de sensibilisation sur la consommation des fruits et légumes sont produits	Disponibilité des supports imprimés et audiovisuels d'information et de sensibilisation sur les fruits et légumes	Prévalence standardisée selon l'âge des personnes (âgé de 18 ans ou plus) qui consomment moins de cinq portions (400 grammes) de fruits et de légumes par jour	X	X	X	X	X	Santé Agriculture Commerce Communication Economie Finances
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS		-Des campagnes de sensibilisation sur la consommation des fruits et légumes par affichage, conférences, internet, radio, presse écrite et télévision sont réalisées chaque année -La population connaît les méthodes de conservation des fruits et légumes	Nombre de campagnes de sensibilisation sur la consommation des fruits et légumes sont réalisées chaque année	Prévalence standardisée selon l'âge des personnes (âgé de 18 ans ou plus) qui consomment moins de cinq portions (400 grammes) de fruits et de légumes par jour	X	X	X	X	X	
			-Promouvoir la production locale de fruits et légumes	Disponibilité et baisse des coûts des légumes et fruits sur les marchés		X	X	X	X	X	
			Améliorer l'accessibilité des fruits et légumes	les légumes et fruits sont disponibles à un coût abordable		X	X	X	X	X	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Gestion intégrée des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'Intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	Tous les protocoles du WHO PEN sont mis en œuvre dans tous les districts sanitaires	Nombre de districts sanitaires qui mettent en œuvre l'ensemble des protocoles du WHO PEN	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Gestion intégrée des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	-Les outils d'évaluation et de gestion du risque cardiovasculaire sur 10 ans sont annuellement disponibles : -218 <i>Diagramme OMS/ISH d'évaluation du risque de survenue d'accident cardiovasculaire sur 10 ans</i> -872 <i>Algorithmes maladies cardiovasculaires</i> -218 <i>Livret Directives</i> -218 <i>Algorithmes Education pour la santé et counselling</i> -218 <i>Algorithme Asthme</i>	Nombre d'outils d'évaluation, de gestion des cas et matériels biomédicaux nécessaires pour la formation et l'application des protocoles par 218 médecins par an	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Gestion intégrée des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	-Les Kits de matériels et consommables biomédicaux sont annuellement disponibles : -218 <i>Lecteurs automatiques polyvalents de type Cardiohek (Glycémie capillaire, cholestérol, Triglycérides, cétones...)</i> -218 <i>Tensiomètres électroniques OMRON</i> 218 <i>Pèses personnes électroniques</i> -218 <i>Toises portables</i> -218 <i>Rubans métriques à tension constante</i> -218 <i>Kits de 100 bandelettes réactives Glucose/mois</i> -218 <i>Kits de 100 lancettes/mois</i> -218 <i>Boites de gant/mois</i>	Nombre d'outils d'évaluation, de gestion des cas et matériels biomédicaux nécessaires pour la formation et l'application des protocoles par 218 médecins par an	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé						Santé Finance Plan

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'Intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	-218 médecins formés chaque année -1 polychimiothérapie (avec contrôle de la glycémie pour le diabète et lutte contre l'hypertension par l'approche du risque total) est prescrite aux personnes qui ont eu un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral, et à celles qui présentent un risque élevé (≥30 %) de survenue d'un événement cardio-vasculaire, mortel ou non, au cours des 10 prochaines années	Nombre de médecins en activité formés sur la prévention des accidents cardiovasculaires et de la maladie rénale à travers une gestion intégrée de l'hypertension artérielle et du diabète	Proportion de personnes remplissant les conditions (définies comme âgées de 40 ans ou plus et ayant un risque cardio-vasculaire dans les 10 ans ≥30 %, y compris celles qui ont déjà une maladie cardio-vasculaire) recevant une chimiothérapie et des conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (tension systolique ≥140 mmHg et/ou une tension diastolique ≥90 mmHg)	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	1 poly chimiothérapie (avec contrôle de la glycémie pour le diabète et lutte contre l'hypertension par l'approche du risque total) est prescrite aux personnes qui ont eu un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral, et à celles qui présentent un risque élevé (≥30 %) de survenue d'un événement cardio-vasculaire, mortel ou non, au cours des 10 prochaines années	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins formés, de la polychimiothérapie préventive des crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux applicable en cas de risque élevé (≥30 %) de survenue d'un événement cardio-vasculaire, mortel ou non, au cours des 10 prochaines années	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'Intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	L'acide acétylsalicylique est prescrit par les médecins au niveau des soins de santé primaires en cas d'infarctus aigu du myocarde	Disponibilité de l'acide acétylsalicylique dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires en cas d'infarctus aigu du myocarde	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'Intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	l'acide acétylsalicylique, de l'aténolol et un traitement thrombolytique (streptokinase) sont prescrits par les médecins pour l'infarctus aigu du myocarde et des cardiopathies ischémiques au niveau des soins de santé primaires	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires, de l'acide acétylsalicylique, l'aténolol et un traitement thrombolytique (streptokinase) prescrits en cas d'infarctus aigu du myocarde et des cardiopathies ischémiques	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 4 Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	1 inhibiteur de l'enzyme de conversion (ACE), un bêtabloquant et un diurétique sont prescrits par les médecins pour traiter l'insuffisance cardiaque congestive au niveau des soins de santé primaires	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires, l'inhibiteur de l'enzyme de conversion (ACE), un bêtabloquant et un diurétique prescrits pour traiter l'insuffisance cardiaque congestive	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	Les anticoagulants sont prescrits par les médecins au niveau des soins de santé primaires, pour le risque modéré à élevé de fibrillation auriculaire, valvulaire ou non valvulaire, pour la sténose mitrale	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires, d'anticoagulants prescrits pour le risque modéré à élevé de fibrillation auriculaire non valvulaire ou non valvulaire, pour la sténose mitrale,	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Accident vasculaire cérébral											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	L'acide acétylsalicylique à faible dose est prescrit par les médecins au niveau des soins de santé primaires pour l'accident vasculaire cérébral ischémique	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires, de l'acide acétylsalicylique prescrit à faible dose pour l'accident vasculaire cérébral ischémique	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU
			Les soins de l'accident vasculaire cérébral sont améliorés au niveau des soins de santé primaires	Nombre de médecins au niveau des soins de santé primaires formés chaque année sur la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral selon les lignes directrices de l'OMS	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Finance CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Prise en charge standardisée de l'Asthme											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	l'asthme est traité sur la base des lignes directrices de l'OMS	Nombre de médecins au niveau des soins de santé primaires, formés chaque année sur le traitement de l'asthme selon les lignes directrices de l'OMS	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Finance CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Prévention secondaire des néphropathies											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	Un 1 inhibiteur de l'enzyme de conversion (ACE) est prescrit en première intention chez le diabétique hypertendu ou chez tout autre sujet porteur d'une néphropathie pour éviter l'évolution de la néphropathie	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires, de l'inhibiteur de l'enzyme de conversion (ACE) prescrit en première intention pour prévenir (chez le diabétique) ou éviter l'évolution d'une néphropathie	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES	
						2015	2016	2017	2018	2019		
Soins de Réadaptation												
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Réadaptation cardiaque après l'infarctus du myocarde	Les patients sont réadaptés après l'infarctus du myocarde	Disponibilité de 18 unités de réadaptation fonctionnelles : personnel, matériel...	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU	
		Renforcer la réadaptation en unité de soins spécialisée suite à un accident vasculaire cérébral	Les unités de soins spécialisés sont renforcées pour la réadaptation des patients suite à un AVC			X	X	X	X	X		
Acquisition des aptitudes individuelles	Empowerment	Mettre en place le programme de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) pour les handicaps liés aux MNT	Les programmes de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) existent	Disponibilité des agents communautaires/ Société civile Mettant en œuvre la réadaptation		X	X	X	X	X		

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES	
						2015	2016	2017	2018	2019		
Prévention primaire à base communautaire												
Réorientation des services de santé Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation EPS CCC	Sensibiliser les communautés sur les MNT et leurs facteurs de risque	40 Campagnes de sensibilisation sont organisées par an	Nombre de campagnes sensibilisation organisées par an	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé, Finance Communication	
		Renforcer le dépistage communautaire précoce des maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque afin de favoriser la prévention, la prise en charge précoce et la réduction de l'incidence des complications	Au moins 40 Campagnes de dépistage communautaires de l'hypertension artérielle, diabète, cancers, asthme, drépanocytose, obésité, hypercholestérolémie, albuminurie, troubles de l'audition/surdité, bégaiement, etc. réalisées chaque année	Nombre de campagnes de dépistage réalisées chaque année		X	X	X	X	X		
		Promouvoir la participation communautaire dans la prise en charge des MNT	Les communautés participent à la prise en charge des MNT	Nombre de ASC/ Relais communautaires						Santé		

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathie rhumatismale											
Réorientation des services de santé Acquisition des aptitudes individuelles	Formation Equipement	Assurer la prévention secondaire du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales*	Au moins 80% des besoins de benzathine pénicilline G sont assurés à tous les niveaux du système de soins ; les médecins et infirmiers de tous les districts sanitaires sont formés sur la détection et la gestion du RAA et de la CR des registres de patients avec une CR sont tenus à tous les niveaux du système de soins	% couverture des besoins de benzathine pénicilline G Nombre de districts sanitaires dont les agents de santé ont été formés sur la détection et la gestion du RAA et de la CR Disponibilité des registres de patients avec une CR à tous les niveaux du système de soins	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Technologies de base pour le diagnostic des maladies non transmissibles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics	80% du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des pathologies cardiovasculaires est disponible dans les structures de référence du public 80% du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des cancers est disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des pathologies cardiovasculaires dans les structures de référence du public Disponibilité du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des cancers dans les structures de référence du public	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé Plan Finance CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Technologies de base pour le diagnostic des maladies non transmissibles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics (suite)	80% du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des pathologies respiratoires chroniques est disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des pathologies respiratoires chroniques dans les structures de référence du public	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé Plan Finance CMU
			80% du plateau technique nécessaire pour le diagnostic du diabète est disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité du plateau technique nécessaire pour le diagnostic du diabète dans les structures de référence du public		X	X	X	X	X	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Technologies de base pour le diagnostic des maladies non transmissibles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics (suite)	80% du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des hémoglobinopathies est disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des hémoglobinopathies dans les structures de référence du public	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé Plan Finance CMU
					Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique						

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Médicaments essentiels pour le traitement des maladies non transmissibles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics (suite)	80% des médicaments y compris les génériques, nécessaires au traitement des maladies cardiovasculaires sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels et disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité de 80% des médicaments dont les génériques, et du plateau technique nécessaires au traitement des maladies cardiovasculaires dans les structures de référence du public	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Plan Finance CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Médicaments essentiels pour le traitement des maladies non transmissibles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics (suite)	80% des médicaments dont les génériques pour le traitement des cancers, des maladies respiratoires chroniques, du diabète, des hémoglobinopathies, du psoriasis sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels et disponible dans les structures de référence du public	% de disponibilité des médicaments, y compris les génériques nécessaires au traitement des cancers dans les structures de référence du public	-Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé Plan Finance CMU
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics	80% des médicaments y compris les génériques, nécessaires à la rééducation en cas de bégaiement sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels et disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité des médicaments, y compris les génériques, et du plateau technique nécessaires à la rééducation en cas de bégaiement dans les structures de référence du public	-Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Plan Finance CMU Affaires sociales

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Diabète											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Renforcer les soins des pieds du diabétique	-Le plateau technique est renforcé -le personnel de santé est formé	-Disponibilité de plateau technique et de médicaments -Disponibilité de rapport de formation du personnel	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé, Finance Plan CMU
Réorientation des services de santé Acquisition des aptitudes individuelles	EPS Formation	-Développer et -vulgariser des programmes éducatifs pour les diabétiques et leurs parents	Les programmes éducatifs pour les diabétiques et leurs parents sont développés et vulgarisés : -40 séances de programmes éducatifs sont réalisées par an	Nombre de séances d'éducation de diabétiques et leurs parents réalisés chaque année	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer l'accès à des articles chaussants adaptés	Accessibilité des articles chaussants adaptés est améliorée	Nombre de districts sanitaires disposant des articles chaussants adaptés		X	X	X	X	X	Santé, Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES	
						2015	2016	2017	2018	2019		
Diabète												
Réorientation des services de santé	Equipement	Améliorer l'accès des diabétiques à des dispensaires (microcliniques) pluridisciplinaires	Microcliniques, Dispensaires spécialisés, etc. créés Accessibilité des diabétiques aux dispensaires pluridisciplinaires est améliorée	% de diabétiques ayant accès aux dispensaires pluridisciplinaires spécialisés créés	-Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé, Finance Plan CMU	
Réorientation des services de santé	Médiation Plaidoyer	Promouvoir la Vaccination antigrippale des diabétiques	La vaccination antigrippale des diabétiques a été promue	Nombre de diabétiques vaccinés contre la grippe	-Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X		
Equipement	Formation	Renforcer les soins (éducation, prise en charge intensive de la glycémie) avant la conception pour les femmes diabétiques en âge de procréer	218 agents de santé sont formés chaque année à la PEC des femmes diabétiques en âge de procréer	% d'agents de santé formés chaque année		X	X	X	X	X		
Equipement	Formation	Renforcer la détection des rétinopathies diabétiques par examen du fond d'œil suivi d'un traitement par photocoagulation en prévention de la cécité	L'accessibilité à l'examen du fond d'œil et à la photocoagulation sont améliorées			X	X	X	X	X		

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Cancer											
Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles	Former Plaidoyer Médiation	Renforcer la vaccination contre le papillomavirus humain pour prévenir le cancer du col de l'utérus	La vaccination contre le papillomavirus est pratiquée dans les districts sanitaires	% de filles de 9 à 13 ans vaccinées	Disponibilité, selon les besoins, des vaccins contre le papillomavirus humain	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan Education
	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation des services IEC CCC EPS Formation	Renforcer le dépistage par l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et le traitement des lésions précancéreuses afin de prévenir le cancer du col de l'utérus	-500 prestataires de soins en service sont formés -les modules de formation initiale sont intégrés	-Nombre de personnel de formés -disponibilité de plateau technique	Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Cancer											
Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation des services Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS Formation	Renforcer le dépistage par l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et le traitement des lésions précancéreuses afin de prévenir le cancer du col de l'utérus (suite)	-125 services de santé sont équipés de : 125 Pistolet de cryothérapie ; 125 bombonnes de CO2 ; 12500 spéculums à usages unique 125 kg de coton 125 litres d'acide acétique 500 paquets de 100 Tiges d'écouvillon 400 paquets de 100 gants propres	Incidence du cancer du col de l'utérus	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU
		Renforcer le dépistage du cancer du sein par mammographie étendu à toute la population de 50 à 70 ans afin de favoriser le traitement en temps utile	Les CHU et les CHR sont équipés de mammographes	Nombre de CHU et CHR équipés de mammographes	Incidence du cancer par type de cancer pour 100 000 habitants	X	X	X	X	X	Santé, Finance Plan CMU
		Sensibiliser la population notamment les femmes de 45 à 70 ans sur l'intérêt de la mammographie	Les capacités du personnel d'imagerie médicale sont renforcées	Nombre de techniciens formés	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé, Famille, Communication
		Au moins 1 Campagne de sensibilisation réalisée chaque année Au moins 80% de femmes sensibilisées	Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées % femmes sensibilisées			X	X	X	X	X	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Cancer											
Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation des services Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS Formation	Renforcer le dépistage du cancer colorectal étendu à toute la population à partir de l'âge de 50 ans afin de favoriser le traitement en temps utile	-Les kits d'hémoculte sont acquis - le personnel est formé -la population est sensibilisée à l'intérêt du dépistage du cancer colorectal	Disponibilité des kits d'hémoculte % de personnel formé % de la population de 50 ans et plus sensibilisée	-Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU
		Renforcer le diagnostic précoce des cancers de la cavité orale dans les groupes à haut risque (consommateurs de tabac, par exemple) afin de favoriser le traitement en temps utile	-la population à risque est sensibilisée -le personnel est formé (médecins généralistes...) -les services sont équipés en matériels de diagnostic (source lumineuse, abaisse langue, gants)	- La population à risque est sensibilisée -% personnel formé -Disponibilité du matériel de diagnostic	transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé -Incidence du cancer par type de cancer pour 100 000 habitants	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU
		Renforcer le diagnostic précoce des cancers du poumon (consommateurs de tabac de 50 ans et plus et toux chronique, exposition polluante par exemple) afin de favoriser le traitement en temps utile	-la population à risque est sensibilisée -le personnel est formé (médecins généralistes...) -les services sont équipés en radiographie (HG, CHR, CHU)	- La population à risque est sensibilisée -% personnel formé -Disponibilité de radiographie	-Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Soins palliatifs											
Réorientation des Services de Santé	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation des services	Créer une unité de soins palliatifs dans chaque CHU et CHR	19 unités de soins palliatifs créées et fonctionnelles	Nombre de personnel soignant formé	Accès à des soins palliatifs évalués selon la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer						Santé, Plan, Finance, CMU
		Adopter une loi sur les soins palliatifs	La loi sur les soins palliatifs est promulguée et appliquée.	Nombre d'unités de soins palliatifs fonctionnelles Disponibilité d'une loi sur les soins palliatifs							Santé, Plan, Finance, Justice, Sécurité, Famille, Affaires sociales, Affaires religieuses CMU
Acquisition des aptitudes individuelles	Formation	Renforcer les compétences des personnels soignants aux modalités de traitements à base d'analgésiques opioïdes pour le soulagement de la douleur et aux méthodes de prise en charge en soins palliatifs	Les personnels soignants des unités de soins palliatifs de chaque CHU et chaque CHR ont reçus une formation adéquate	Nombre de médecins formés sur les soins palliatifs et la prescription de la morphine Nombre d'agents paramédicaux formés aux techniques et méthodes de soins palliatifs							Santé Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Soins palliatifs											
Elaboration de Politique Publique Saine	Plaidoyer Médiation IEC	Réviser la réglementation sur la prescription et l'usage des opioïdes	La réglementation nationale est révisée et facilite l'accès et la prescription de la morphine par le médecin	Disponibilité d'une nouvelle réglementation favorisant la prescription des opioïdes	Accès à des soins palliatifs évalués selon la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer	X	X	X	X	X	Santé Sécurité Justice Finance CMU
Réorientation des Services de Santé	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation des services	Améliorer la disponibilité et l'accessibilité de la morphine au niveau du système sanitaire	Morphine disponible dans la pharmacie du district sanitaire et accessible au médecin généraliste	Disponibilité de la morphine au niveau du système sanitaire		X	X	X	X	X	
Affections respiratoires chroniques											
Elaboration de politique publique saine Renforcement de l'Action Communautaire	Législation Règlementation Mesures fiscales Médiation	Promouvoir l'Accès à des fourneaux améliorés et à des combustibles plus propres pour réduire la pollution à l'intérieur des bâtiments*	-1 Loi ou Décret limitant l'usage des combustibles est adoptée -des modèles de fourneaux sont promus -Des mesures de baisse tarifaires sont prises	Disponibilité du texte de loi ou du décret limitant l'usage des combustibles solides**** pour la cuisine et le chauffage Disponibilité de modèles de fourneau de cuisine moins polluants Taux de baisse du coût du gaz butane à usage domestique	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Energie Environnement Industrie Eau et Forêts Santé Lois Parlement

**** Biomasse (bois, résidus agricoles, déjections animales) charbon, charbon de bois

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
<u>Affections respiratoires chroniques</u>											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Sensibiliser la population sur les facteurs de risque de l'asthme et de la BPCO	la population est sensibilisée sur les facteurs de risque de l'asthme et de la BPCO	<p>Nombre de supports imprimés chaque type produits pour l'information et la sensibilisation sur les facteurs de risque de l'asthme et la BPCO</p> <p>Nombre de spots radiophoniques produits</p> <p>Nombre de spots télé produits</p> <p>Nombre de film fiction télé produits</p>	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé, Communication

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Affections respiratoires chroniques											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur les mesures de prévention de l'asthme y compris la crise d'asthme et la BPCO	-Campagnes d'information et de sensibilisation sur les mesures de prévention de l'asthme y compris la crise d'asthme et la BPCO par internet, affichage, counselling, conférence, radio, télévision organisées chaque année	Nombres de campagnes d'information et de sensibilisation sur les mesures de prévention de l'asthme y compris la crise d'asthme et la BPCO réalisées chaque année	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé, Communication
Acquisition des aptitudes individuelles Création de milieux favorables Elaboration de politique publique saine Renforcement de l'Action Communautaire	Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS Règlementation	-Sensibiliser les travailleurs exposés -Assurer un contrôle rigoureux de mesures de protection individuelle	-Les travailleurs exposés sont sensibilisés -les mesures de protection individuelle sont appliquées	Accroissement de l'usage des tabliers et masques de protection individuelle des travailleurs exposés % des travailleurs sensibilisés		X	X	X	X	X	Santé Travail Industrie Affaires sociales Justice Communication

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Affections respiratoires chroniques											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Sensibiliser la population sur la nécessité et l'intérêt de traiter efficacement toute infection respiratoire de l'enfant	la population est sensibilisée sur la nécessité et l'intérêt de traiter efficacement toute infection respiratoire de l'enfant	Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées chaque année sur la nécessité de faire soigner l'enfant à l'hôpital en cas de signes respiratoires accompagnés de fièvre	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé, Communication
Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles	Médiation IEC CCC EPS	Promouvoir la Vaccination antigrippale pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive	Les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive sont vaccinés	Nombre de patients vaccinés contre la grippe	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	X	X	X	X	X	Santé

Objectif 4 Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Drépanocytose											
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC EPS Médiation	Informé et sensibiliser la population générale sur la drépanocytose et ses méthodes de prévention	Supports audiovisuels d'information et de sensibilisation sur la drépanocytose produits chaque année	-Disponibilité annuelle de prospectus, affiches, pins, spots radiophoniques, spots télé, film fiction relatifs à la drépanocytose et ses méthodes de prévention	Prévalence des nouveau-nés porteurs d'hémoglobine SS	X	X	X	X	X	Santé, Communication, Famille, Affaires sociales, Affaires religieuses, Administration territoriale, Intérieur

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Drépanocytose											
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC EPS Médiation	Informé et sensibiliser la population générale sur la drépanocytose et ses méthodes de prévention (suite)	Campagnes d'information et de sensibilisation de la population générale (adolescents et adultes) et différentes couches de la société sur la drépanocytose et ses méthodes de prévention par internet, affichage, communication interpersonnelle, conférence, médias audiovisuels à large diffusion réalisées chaque année La population est sensibilisée sur la drépanocytose et ses méthodes de prévention	Nombre de Campagnes d'information et de sensibilisation (internet, affichage, communication interpersonnelle, conférence, médias audiovisuels à large diffusion) de la population générale sur la drépanocytose et ses méthodes de prévention réalisées chaque année -% de population sensibilisée	Prévalence des nouveau-nés porteurs d'hémoglobine SS	X	X	X	X	X	Santé, Communication, Famille, Affaires sociales, Affaires religieuses, Administration territoriale, Intérieur

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES	
						2015	2016	2017	2018	2019		
Drépanocytose												
Elaboration de Politique Publique Saine	Réglementation Plaidoyer Médiation	Prendre un arrêté interministériel instituant le dépistage systématique de l'hémoglobinopathie "S" avant tout projet de conception d'un enfant ou de mariage civil et religieux	1 arrêté interministériel est signé par les ministres concernés	Disponibilité de l'arrêté interministériel	Prévalence des nouveau-nés porteurs d'hémoglobine SS	X	X	X	X	X	Santé, Famille, Affaires sociales, Affaires religieuses, Intérieur, Communication, Administration territoriale	
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC EPS Médiation	Diffuser et faire appliquer l'arrêté interministériel	- Tout le personnel de l'Etat civil connaît l'intérêt du dépistage systématique de l'hémoglobine "S" - les couples prétendant au mariage sont sensibilisés sur l'hémoglobine "S" par le personnel de l'Etat civil - Les célébrants des unions recommandent de façon systématique la réalisation de l'électrophorèse de l'hémoglobine	% personnel de l'état civil qui connaît l'intérêt du dépistage systématique de l'hémoglobine "S" Disponibilité de la demande de recherche systématique de l'hémoglobinopathie S dans les usages des célébrants des unions		X	X	X	X	X		

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES	
						2015	2016	2017	2018	2019		
Drépanocytose												
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC EPS Médiation	Diffuser et faire appliquer l'arrêté interministériel (suite)	- Tout le personnel de l'Etat civil connaît l'intérêt du dépistage systématique de l'hémoglobine "S" - les couples prétendant au mariage sont sensibilisés sur l'hémoglobine "S" par le personnel de l'Etat civil - Les célébrants des unions recommandent de façon systématique la réalisation de l'électrophorèse de l'hémoglobine	% de couples dont l'union est potentiellement à risque et bénéficiant de séances de counselling organisées par les services sociaux des mairies	Prévalence des nouveau-nés porteurs d'hémoglobine SS	X	X	X	X	X	Santé Famille Affaires sociales Affaires religieuses Intérieur, Communication, Administration territoriale	
Réorientation des Services de Santé	Equipement Formation	Renforcer les capacités diagnostic des hémoglobinopathies au niveau du système de santé	1 automate d'électrophorèse de l'hémoglobine est disponible dans chaque CHU, CHR et les HG	Disponibilité de l'automate d'électrophorèse de l'hémoglobine dans les CHU, CHR et les HG		X	X	X	X	X	Santé Plan Finances	
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Réaliser une enquête nationale de prévalence de la drépanocytose	Rapport d'enquête disponible	Prévalence nationale de la drépanocytose		X	X	X	X	X	Santé Finances Recherche	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes et décès dus aux violences intentionnelles et non intentionnelles											
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Collecter des données sur la violence et la santé	Données sur la violence sont collectées par le système de surveillance des MNT	Disponibilité des données sur la violence dans la base de données du système de surveillance des MNT	Prévalence des traumatismes involontaires	X	X	X	X	X	Santé Education Famille Affaires sociales Sécurité, Administration territoriale
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation	Elaborer une politique et une stratégie nationale de prévention et de gestion de la violence	1 document de politique nationale est adopté	Disponibilité du document de politique nationale de prévention et de gestion de la violence	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes		X	X	X	X	
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation	Réduire l'offre d'alcool pendant les périodes à haut risque	1 Décret prescrivant la réduction systématique de l'offre des boissons alcoolisées dans les situations à haut risque est signé	Disponibilité du décret prescrivant la réduction systématique de l'offre des boissons alcoolisées dans les situations à haut risque	% d'invalidité due aux traumatismes	X	X	X	X	X	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes et décès dus aux violences intentionnelles et non intentionnelles											
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Médiation EPS IEC CCC Empowerment	Changer les normes culturelles qui sous-tendent la violence	Les normes culturelles qui sous-tendent la violence sont identifiées	Disponibilité du rapport d'enquête sociologique d'identification des normes culturelles qui sous-tendent la violence	Prévalence des traumatismes involontaires Prévalence des traumatismes volontaires	X	X	X	X	X	Famille Affaires sociales Culture Santé Communication, Recherche
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Médiation EPS IEC CCC Empowerment	Changer les normes culturelles qui sous-tendent la violence	Au moins 1 campagne de prévention multimédia durable visant à changer les normes culturelles qui sous-tendent la violence est organisée chaque année 1 projet pilote de promotion des pratiques culturelles sources de non violence implémenté dans 1 district sanitaire	Nombre de campagne de prévention multimédia visant à changer les normes culturelles qui sous-tendent la violence organisée chaque année Disponibilité d'1 projet pilote de promotion de pratiques culturelles non violentes dans 1 district sanitaire	% décès dus aux traumatismes % d'invalidité due aux traumatismes	X	X	X	X	X	

Objectif 4 Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes et décès dus aux violences intentionnelles et non intentionnelles											
Elaboration de politique publique saine	Législation Réglementation	Promouvoir et renforcer les soins pré hospitaliers aux personnes victimes de traumatismes	L'application de la Réglementation sur la disponibilité de boîte à pharmacie dans les véhicules de transports est renforcée	-Intensité des contrôles de la disponibilité des boîtes à pharmacie dans les voitures	% décès dus aux traumatismes	X	X	X	X	X	Transport Finances Sécurité Justice Santé Communication CMU
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation EPS IEC CCC		-Un programme de formation des chauffeurs et apprentis aux méthodes de secourisme et de soins de première nécessité est mis en œuvre	-Disponibilité du programme de formation des chauffeurs et apprentis aux méthodes de secourisme et de soins de première nécessité	% d'invalidités dues aux traumatismes						
Renforcement de l'action communautaire	Empowerment	Faire adopter une loi sur les soins pré hospitaliers	-1 programme de renforcement des capacités d'intervention et d'évacuation des services d'urgence en moyens humains et roulants est mis en œuvre	-Disponibilité du programme de renforcement des capacités d'intervention et d'évacuation des services d'urgence en moyens humains et roulants							
Réorientation des services de santé	Equipement Formation		-loi sur les soins pré hospitaliers est promulguée -Système de premier secours est renforcé								

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes et décès dus aux violences intentionnelles et non intentionnelles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer les soins en établissement aux personnes victimes de traumatismes	–le plateau technique est renforcé les capacités des services de traumatologies et de chirurgie sont améliorées en moyens humains et matériels l'effectif du personnel est renforcé et formé	Disponibilité du programme de renforcement des compétences et capacités des services de traumatologies et de chirurgie en moyens humains et matériels	% décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		X	X	X	X	Santé Plan Finances CMU
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer les services de réadaptation pour les victimes de traumatismes Elaborer 1 réglementation pour la prise en charge systématique des traumatisés	-1 programme de renforcement des compétences et capacités des services de réadaptation pour les victimes de traumatismes en moyens humains et matériels est mis en œuvre -La réglementation pour la prise en charge systématique des traumatisés est adoptée	Disponibilité du programme de renforcement des compétences et capacités des services de réadaptation pour les victimes de traumatismes en moyens humains et matériels Disponibilité de la réglementation sur la prise en charge systématique des traumatisés	% décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes						Santé Plan Finances CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Accidents de la circulation											
Création de milieux favorables Elaboration de Politique Publique Saine	Plaidoyer Médiation Législation Règlementation	Faire adopter un Décret ou une Loi prescrivant l'Aménagement de manière systématique des voies de piétons et de cyclistes sur toutes les routes Renforcer l'application de la législation sur la Loi prescrivant l'Aménagement de manière systématique des voies de piétons et cyclistes sur toutes les routes	1 Décret ou 1 Loi prescrivant l'Aménagement de manière systématique, des voies pour piétons et cyclistes sur toutes les routes est adopté Voie pour piétons ménagées systématiquement sur chaque nouvelle route construite Voie pour cyclistes ménagées systématiquement sur chaque nouvelle route construite	Disponibilité du Décret ou de la Loi prescrivant de manière systématique, des voies pour piétons et cyclistes sur toutes les routes Existence de voies ^pour piétons et cyclistes sur les nouveaux ouvrages routiers	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	Infrastructures Parlement, Finances Transport Sécurité Justice Santé Communication
-Elaboration de Politique Publique Saine -Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Renforcer l'application de la législation sur le Port de la ceinture de sécurité	La sensibilisation est faite sur port de ceinture Le port de ceinture obligatoire est effectif	Taux d'accroissement du port de la ceinture de sécurité par rapport à 2014	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	Transport, Finances, Sécurité, Justice, Santé, Communication

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Accidents de la circulation											
-Elaboration de Politique Publique Saine -Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Renforcer l'application de la législation sur le Port du casque à moto et à vélo	La sensibilisation est faite sur Port du casque à moto et à vélo Le port du casque à moto et à vélo obligatoire est effectif	Taux d'accroissement du port du casque à moto	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	Transport Finances Sécurité Justice Santé Communication
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Renforcer l'application de la législation sur l'usage de Sièges spéciaux et dispositifs de sécurité pour enfants à bord des voitures	-La sensibilisation est faite sur l'usage de Sièges spéciaux et dispositifs de sécurité pour enfants à bord des voitures -L'usage de Sièges spéciaux et dispositifs de sécurité pour enfants à bord des voitures obligatoire est effectif	Taux d'accroissement de l'utilisation de Sièges spéciaux et dispositifs de sécurité pour enfants à bord des voitures	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	
	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Renforcer l'application de la loi sur les taux maximums d'alcoolémie autorisés (seuil de concentration d'alcool sanguin ≤ 0.05 g/dl) aux conducteurs d'engins à moteur ou non	L'alcotest au volant est pratiqué en routine Le pourcentage de conducteurs en état d'ébriété a baissé	Pratique en routine des contrôles d'alcooltests sur les routes % de réduction de conducteurs en état d'ébriété	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Accidents de la circulation											
Création de milieux favorables Elaboration de Politique Publique Saine	Plaidoyer Médiation Législation Règlementation	Faire adopter un Décret ou une Loi faisant passer l'âge légal pour la conduite d'une moto ou d'une auto de 16 ans à 18 ans	Décret faisant passer l'âge légal pour la conduite d'une moto ou d'une auto de 16 ans à 18 ans signé	Disponibilité du décret instituant l'âge légal pour la conduite d'une moto ou d'une auto à 18 ans	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidité/incapacité due aux traumatismes		X	X	X	X	Transport Santé Parlement Justice
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles		Faire adopter un décret instituant des Systèmes de permis de conduire progressifs	Décret instituant des Systèmes de permis de conduire progressifs est signé et appliqué Décret appliqué par les écoles d'apprentissage de la conduite	-Disponibilité du décret instituant des Systèmes de permis de conduire progressifs -Existence des systèmes de permis progressifs dans les autoécoles	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		X	X	X	X	Transport Santé Parlement Justice
	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC, CCC, EPS	vulgariser les mesures de ralentissement de la circulation	1 Décret prescrivant la vulgarisation des mesures de ralentissement de la circulation est signé	-Disponibilité du Décret -Disponibilité des signalisations	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X				Transport, Santé, Parlement, Justice

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Accidents de la circulation											
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Prendre un décret instituant l'Allumage des feux de croisement pendant la journée pour les deux-roues motorisés	Décret instituant l'Allumage des feux de croisement pendant la journée pour les deux-roues motorisés signé et appliqué	Disponibilité du décret instituant l'Allumage des feux de croisement pendant la journée pour les deux-roues motorisés Etat des véhicules contrôlé	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes % d'accident						Transport Santé Sécurité
		Renforcer le système de contrôle technique automobile	Le système de contrôle technique automobile est renforcé								
		Améliorer la qualité du réseau routier	La qualité du réseau routier est améliorée								
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Renforcement de la réglementation des mesures de réduction de la vitesse	Taux forfaitaires des amendes appliqués augmentés Contrôles radars de vitesses multipliés Systèmes automatiques de contrôles radars de vitesses introduits	Taux d'augmentation des amendes forfaitaires pour excès de vitesse Disponibilité des systèmes automatiques de contrôles radars sur les routes	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes						Transport Santé Sécurité

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Intoxication											
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Promouvoir l'usage des récipients qui ne peuvent être ouverts par un enfant pour prévenir l'intoxication	Mesures d'incitation d'ordres fiscale et tarifaire prises pour favoriser la fabrication, l'importation et la commercialisation de récipients qui ne peuvent être ouverts par un enfant Campagnes d'information et de sensibilisation organisées chaque année sur l'intérêt de l'usage des récipients qui ne peuvent être ouverts par un enfant pour prévenir l'intoxication	Disponibilité des mesures d'incitation fiscale et tarifaire Nombre de Campagnes d'information et de sensibilisation organisées chaque année sur l'intérêt de l'usage des récipients qui ne peuvent être ouverts par un enfant pour prévenir l'intoxication	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	Gouvernement partenaires au développement

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLE	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Intoxication											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Promouvoir de meilleures méthodes de stockage s'agissant aussi bien des récipients que des lieux de rangement	Campagnes d'information et de sensibilisation organisées chaque année sur des meilleures méthodes de stockage aussi bien des récipients que sur les lieux de rangement pour prévenir l'intoxication	Nombre de campagnes d'information et de sensibilisation organisées chaque année sur meilleures méthodes de stockage aussi bien des récipients que sur les lieux de rangement pour prévenir l'intoxication	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes						Santé Famille Communication
Elaboration de Politique Publique Saine Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation Formation	Créer un centre antipoison	Centre antipoison fonctionnel	Disponibilité du centre antipoison	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	Gouvernement partenaires au développement

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Intoxication											
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Faire adopter un décret prescrivant l'utilisation de mises en garde sur les produits dangereux	Décret signé prescrivant l'utilisation de mises en garde sur les produits dangereux	Disponibilité du Décret prescrivant l'apposition de mises en garde sur les produits dangereux	Prévalence des traumatismes involontaires % des décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X					MINESUDD, MSLS, MCPPE, ANCI, PAD
Traumatismes involontaires-Noyade											
Elaboration de Politique publique saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Faire appliquer des lois/textes concernant la pose de clôtures autour des piscines	lois/textes prescrivant la pose de clôtures autour de piscines adoptées Au moins 1 Arrêté d'application des lois/textes prescrivant la pose de clôtures autour de piscines signé	Disponibilité de lois/textes prescrivant la pose de clôtures autour des piscines	Prévalence des traumatismes involontaires % de décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X					MINESUDD, SANTE, MCPPE, ANCI, PAD

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Noyade											
Elaboration de Politique publique saine Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	Législation Réglementation Plaidoyer Médiation IEC EPS Empowerment	Faire adopter un décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau Faire appliquer le décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau	1 décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau est signé Au moins 1 Arrêté d'application du décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau signé	Disponibilité du décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau Disponibilité de l'Arrêté d'application du décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MINESUDD, SANTE, MCPPME, ANCI, PAD

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Noyade											
Elaboration de Politique publique saine	Plaidoyer Médiation Législation Réglementation Formation	Promouvoir l'enseignement de la natation dès l'école primaire	L'enseignement de la natation fait partie du curriculum de formation des élèves du primaire	Disponibilité de l'enseignement de la natation dans le curriculum de formation des élèves du primaire	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidité/ due aux traumatismes	X	X	X	X	X	MINESUDD, MSLS, MCPPME, ANCI, PAD
Elaboration de Politique publique saine	Législation Réglementation Plaidoyer Médiation IEC	Faire adopter un décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits Faire appliquer le décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits	1 décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits est signé Au moins 1 Arrêté d'application du décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits est signé	Disponibilité du décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits Disponibilité des Arrêtés d'application du décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MINESUDD, MSLS, MCPPME, ANCI, PAD

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Chutes											
Elaboration de Politique publique saine	Législation Réglementation Plaidoyer Médiation IEC	Faire adopter ou renforcer l'application de loi/texte prescrivant les dispositifs de sécurité sur les fenêtres (ex. barreaux de fenêtres) dans les immeubles et habitations en hauteur	loi/texte prescrivant les dispositifs de sécurité sur les fenêtres (ex. barreaux de fenêtres) dans les immeubles et habitations en hauteur adoptés ou mieux appliqués	Disponibilité ou application de loi/texte prescrivant les dispositifs de sécurité sur les fenêtres (ex. barreaux de fenêtres) dans les immeubles et habitations en hauteur	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MINESUDD, MSLS, MCPPE, ANCI, PAD
Elaboration de Politique publique saine	Législation Réglementation Plaidoyer Médiation IEC	Faire adopter ou renforcer l'application de lois/texte prescrivant la pause de barrières de sécurité au niveau des escaliers	loi/texte prescrivant la pause de barrières de sécurité au niveau des escaliers adoptés ou mieux appliqués	Disponibilité ou mesures de renforcement de loi/texte prescrivant la pause de barrières de sécurité au niveau des escaliers	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Chutes											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC Plaidoyer EPS	Promouvoir les exercices de renforcement de la musculature et de l'équilibre pour les personnes âgées	Programmes communautaires d'activité physique régulière mis en œuvre au sein des organisations des personnes âgées	Disponibilité de programme d'activité physique régulière au sein des organisations des personnes âgées	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS, MJSL
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Promouvoir les programmes éducatifs encourageant les dispositifs de sécurité pour prévenir les chutes	Campagnes de promotion des mesures et dispositifs de sécurité sur les bâtiments et autres ouvrages en hauteur en vue de prévenir les chutes réalisées chaque année par affichage, à travers la radio, la télévision et sur internet	Nombre de campagnes réalisées chaque année	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS, MJSL, MC, MCLAU, MFFE

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Maltraitance des enfants											
Renforcement de l'Action Communautaire Acquisition des aptitudes individuelles	Empowerment Médiation IEC CCC EPS	Elaborer des programmes pilotes de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants	Programmes Pilotes de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants sont élaborés Programmes pilotes de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants mis en œuvre dans une DRENET	Disponibilité d'1 programme pilote de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants Nombre de DRENET qui mettent en œuvre le programme pilote de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS MENET MFFE MJDHLP MEAF MJSL MEF MB PAD ONG
Renforcement de l'Action Communautaire Acquisition des aptitudes individuelles	Médiation Formation EPS Empowerment	Elaboration de programmes de formation pour les parents	1 Programme pilote de formation pour les parents d'enfants en difficulté est élaboré Programme pilote de formation pour les parents d'enfants en difficulté est mis en œuvre dans 1 DRENET	Disponibilité du Programme pilote de formation pour les parents d'enfants en difficulté Nombre de DRENET qui mettent en œuvre le Programme pilote de formation pour les parents d'enfants en difficulté	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidité/ due aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS, MENET, MFFE, MJDHLP, MEAF, MJSL, MEF, MB, PAD, ONG

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Violence des jeunes											
Acquisition des aptitudes individuelles	Formation	Développer des programmes de formation aux compétences psychosociales	Programmes de formation des enseignants aux compétences psychosociales sont développés Les compétences psychosociales des enseignants du primaire en activité sont renforcées	Disponibilité des Programmes de formation aux compétences psychosociales Nombre d'enseignants dont les compétences psychosociales sont renforcées	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS, MENET, MFFE, MJDHLP, MEAF, MJSL, MEF, MB, PAD, ONG
Acquisition des aptitudes individuelles	Médiation IEC, CCC, EPS	Développer l'éveil préscolaire, le renforcement des liens avec l'école, l'amélioration des résultats et de l'estime de soi	Programme pilote développé pour la détection précoce des comportements violents, la gestion de la violence du préscolaire au secondaire et l'amélioration de l'estime de soi Programme pilote mis en œuvre dans 1 DRENET	programme pilote validé Nombre de DRENET qui mettent en œuvre le programme pilote	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS, MENET, MFFE, MJDHLP, MEAF, MJSL, MEF, MB, PAD, ONG, Affaires religieuses

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Violence des jeunes											
Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'action communautaire	Formation EPS Empowerment	Développer une thérapie familiale pour les enfants et les adolescents à haut risque	Programme de thérapie familiale pour les enfants et adolescents à risque développé Programmes de thérapie familiale pour les enfants et adolescents à risque mis en œuvre dans 1 DRENET Pilote	Disponibilité du Programme de thérapie familiale pour les enfants et adolescents à risque Nombre de DRENET qui met en œuvre le programme pilote	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS, MENET, MFFE, MJDHLP, MEAF, MJSL, MEF, MB, PAD, ONG, Psychologues , MFPRA
Elaboration de politique publique saine	Législation Réglementation	Prendre un décret/arrêté instituant des mesures d'incitation éducative pour les élèves à risque	Décret/Arrêté instituant des mesures d'incitation éducatives pour les élèves à risque est pris	Disponibilité du décret/Arrêté instituant des mesures d'incitation éducatives pour les élèves à risque	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS, MENET, MFFE, MJDHLP, MEAF, MJSL, MEF, MB, PAD, ONG, Psychologues , MFPRA

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Violence auto-infligée											
Elaboration de politique publique saine Renforcement de l'action communautaire Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Réglementation EPS IEC CCC Empowerment	Restreindre l'accès aux moyens potentiellement nocifs utilisés (pesticides, médicaments, etc.) et protéger les lieux dangereux (ponts, etc.)	Guide d'information et de sensibilisation de la population et de l'entourage des patients à risque sur la nécessité d'appliquer ces mesures de restrictions élaboré Décret ou Arrêté prescrivant les normes de sécurité applicables aux gros ouvrages et sites dangereux adopté	Disponibilité du guide Disponibilité du décret ou de l'arrêté interministériel	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS, MENET, MFFE, MJDHLP, MEAF, MJSL, MEF, MB, PAD, ONG, Psychologues, MFPRA, MINAGRI
Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles	Formation EPS IEC CCC	Prévenir et traiter la dépression, l'alcoolisme et l'abus de substances psychoactives	Les Compétences des médecins généralistes sont renforcées pour diagnostiquer (à l'aide de questionnaires spécifiques) et traiter la dépression	Tous les médecins généralistes en activité formés sur la détection et le traitement de la dépression, l'alcoolisme et l'abus des substances psycho-actives	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS, MENET, MFFE, MJDHLP, MEAF, MJSL, MEF, MB, PAD, ONG, Psychologues, MFPRA, MEJDHLP, MEMIS, MESRS

Objectif 4 Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Violence sexuelle exercée par un partenaire intime											
Renforcement de l'action communautaire Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation EPS IEC CCC Empowerment	Renforcer les programmes éducatifs à l'école pour prévenir la violence dans les relations fille-garçon	Modules scolaires sur la violence à l'école renforcés Modules scolaires sur la violence à l'école intégrés dans le curriculum de formation au primaire et secondaire	Disponibilité des modules scolaires sur la violence à l'école Disponibilité des modules sur la violence à l'école dans les programmes du primaire et du secondaire	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	X	X	X	X	X	MSLS, MENET, MFFE, MJDHLP, MEAF, MJSL, MEF, MB, PAD, ONG, Psychologues, MFPPRA
Handicap physique											
Réorientation des services de santé	Equipement	Renforcer les soins de réadaptation physique Former les spécialistes en rééducation et réadaptation physique	des unités de médecine physique et réadaptation sont ouvertes, équipées et fonctionnelles dans 5 autres régions de la côte d'ivoire les unités existantes sont renforcées (CHU, INJS)	Disponibilité de l'unité de médecine physique et réadaptation, Disponibilité de centres d'appareillages à San-Pedro et Abengourou	% décès dus aux traumatismes % d'invalidité/ due aux traumatismes				X	X	Santé, Plan, Finance

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Handicap physique											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Renforcer les soins de réadaptation physique (suite)	1 centre d'appareillage équipé et fonctionnel est ouvert au CHU de Bouaké, à San-Pedro et Abengourou	fonctionnalité des centres d'appareillage du CHU de Bouaké ; de San-Pedro et d'Abengourou	% décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		X	X	X	X	Santé Finance Plan
		Former les spécialistes en rééducation et réadaptation physique (suite)	45 Personnels qualifiés formés	Nombre de personnels qualifiés formés chaque année			X	X	X	X	Santé Plan Fonction Publique Finance
			45 Personnels qualifiés mis à la disposition des unités de médecine physique et réadaptation créées	Nombre de personnels qualifiés disponible dans les unités de médecine physique et de réadaptation créées			X	X	X	X	Santé Plan Fonction Publique Finance

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Handicaps-Troubles de l'audition											
Réorientation des services de santé	Recherche	Mettre en place des programmes de détection précoce des troubles de l'audition pour la surdité néonatale	-1 programme de détection précoce de la surdité néonatale est mis en place -1 système de notification des cas de surdité est mis en place	Nombre de campagnes de sensibilisation sur les troubles de l'audition réalisées chaque Disponibilité du système de notification des cas de troubles de l'audition Nombre de cas de surdité néonatale détecté par an	Prévalence de la surdité congénitale chez les nouveau-nés Prévalence de la surdité acquise chez les enfants de deux à dix ans	x	X	X	X	X	Santé ONG Société civile, Communication
		Organiser des campagnes de dépistage de la surdité	-des campagnes de dépistage de la surdité réalisée par semestre	Nombre de campagnes de dépistage de la surdité réalisée par an		x	X	X	X	X	
Réorientation des services de santé	Formation	Renforcer la prise en charge précoce des troubles de l'audition curables	120 Personnels de santé formés et renforcés sur tout le territoire ivoirien	Nombre de personnels de santé formés chaque année		X	X	X	X	X	
			1 personnel qualifié mis à la disposition de chaque CHU, CHR et HG	Nombre de personnels qualifiés disponible dans chaque CHU et CHR	X	X	X	X	X		

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Handicaps-Troubles de l'audition											
Réorientation des services de santé	Equipement	Renforcer la prise en charge précoce des troubles de l'audition curables	Equipements adéquats pour la prise en charge des troubles de l'audition curables disponibles dans chaque CHU et CHR et HG	Disponibilité d'au moins 80% des équipements nécessaires pour la gestion des troubles de l'audition	Prévalence de la surdité congénitale chez les nouveau-nés Prévalence de la surdité acquise chez les enfants de deux à dix ans	X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU
Réorientation des services de santé	EPS IEC CCC	Renforcer la prévention des troubles de l'audition évitables	Campagnes média d'information et de sensibilisation sur le caractère curable de certains troubles de l'audition et la nécessité de faire connaître les cas	Nombre de campagnes média d'information sur le caractère curable de l'audition réalisées chaque année		X	X	X	X	X	Santé Finance CMU
Réorientation des services de santé	Formation		Personnel soignant est formé sur la prise en charge adéquate de certaines infections sources de troubles auditifs	Nombre de personnels soignants formés chaque année		X	X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS ADRESSES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES	
						2015	2016	2017	2018	2019		
Handicap-Bégaïement												
Réorientation des services de santé	Recherche	-Mettre en place un mécanisme de détection précoce du bégaïement dès l'âge de 3 ans dans les CHU, CHR et HG ET le préscolaire	Campagnes de dépistage du bégaïement réalisées chaque année	Nombre de campagnes de dépistage du bégaïement réalisées chaque année	Prévalence du bégaïement		x	X	X	X	MSLS, MC, MENET, MEF, MCA, MEMEAS, MFPPRA, MCPME, SC PAD, ONG Santé Education	
			Un système de notification des cas de bégaïement est mis en place	Disponibilité du système de notification des cas de bégaïement	Prévalence du bégaïement		x	X	X	X		
	Formation	Renforcer la prise en charge du bégaïement	2 orthophonistes et psychologues spécialisés par Centre (CHU, CHR)	Nombre d'orthophonistes formés	Prévalence du bégaïement		X	X	X	X	Santé Fonction publique	
			Chaque HG, CHR et CHU dispose d'1 orthophoniste et d'1 psychologue spécialisé	Nombre d'orthophonistes mis à la disposition de chaque CHU et CHR et HG	Prévalence du bégaïement					X		
	Equipement		Equipements adéquats pour la rééducation du sujet bègue disponibles dans chaque CHU et CHR et HG	Disponibilité d'au moins 80% des équipements nécessaires pour la rééducation du sujet souffrant de bégaïement	Prévalence du bégaïement				X	X	Santé Finance Plan CMU	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS ADRESSES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Handicap-Bégaiement											
Réorientation des services de santé	EPS IEC CCC	Renforcer la prise en charge du bégaiement (suite)	Campagnes d'information et de sensibilisation sur le caractère curable du bégaiement et la nécessité de faire connaître les cas	Nombre de campagnes de campagnes d'information sur le caractère curable du bégaiement réalisées chaque année	Prévalence du bégaiement	X	X	X	X	X	Santé Communication Affaires sociales
Psoriasis											
Réorientation des services de santé	Plaidoyer Médiation Equipement	Renforcer la prise en charge du Psoriasis	Sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels : -Dermocorticoïdes - Acide salicylique - Isotrétinoïne - Méthotrexate - Calcipotriol - Daivonex, daivobet, antimycosiques	Disponibilité des médicaments du traitement du Psoriasis sur la liste des médicaments essentiels	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	X		X		X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS ADRESSES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Psoriasis											
Réorientation des services de santé	Plaidoyer Médiation Equipement	Renforcer la prise en charge du Psoriasis (suite) Renforcer les capacités des personnels de santé pour la détection des cas de psoriasis	Sont disponibles dans l'arsenal thérapeutique du public : -Dermocorticoïdes - Acide salicylique - Isotrétinoïne - Méthotrexate - Calcipotriol - Daivonex, -daivobet -Biothérapie, antimycosiques Tous les médecins généralistes en activité sont formés pour la détection du Psoriasis	Disponibilité des médicaments du traitement du Psoriasis dans les pharmacies des structures de soins du public Nombre de personnels de santé formé pour la détection du psoriasis	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé		X	X	X	X	Santé Finance Plan CMU

Objectif 5. Promouvoir les capacités nationales à mener des travaux de recherche-développement de grande qualité afin de lutter contre les maladies non transmissibles

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Concevoir un projet de recherche d'une durée de 5 ans, sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire, en prenant en compte les avancées pertinentes de la médecine traditionnelle	1 projet de recherche d'une durée de 5 ans, en liaison avec la médecine traditionnelle, sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire est développé et validé	Disponibilité d'1 projet de recherche sur les maladies non transmissibles d'une durée de 5 ans	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale		x				MSLS MESRS CNR (IPCI CSRS, INSP, INHP, ICA) INS MEF et MB
Réorientation des Services de Santé	Recherche	exécuter à hauteur de 30%, le projet de recherche sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire	Le projet de recherche sur les MNT est opérationnel et exécuté à hauteur de 30% de ses activités	Taux d'exécution du projet de recherche sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale		x				idem

Objectif 5. Promouvoir les capacités nationales à mener des travaux de recherche-développement de grande qualité afin de lutter contre les maladies non transmissibles

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des Services de Santé Elaboration de Politique Publique Saine	Recherche Plaidoyer Médiation Législation Réglementation	Etablir des programmes de coopération avec au moins 3 Instituts nationaux, sous régionaux et internationaux de recherche	Au moins 1 accord de coopération de recherche est établi avec 1 institut national de recherche Au moins 1 accord de coopération de recherche est établi avec 1 institut régional de recherche Au moins 1 accord de coopération de recherche est établi avec 1 institut international de recherche Au moins 1 accord de coopération est établi avec les décideurs ou les partenaires au développement	Nombre d'accords de coopération de recherche établis Nombre d'accords de coopération établis	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	X	X	X	X	X	MSLS, PNPMT MSLS, MEF, MB, MEPD, Partenaires au développem ent,

Objectif 6. Suivre l'évolution des maladies non transmissibles et leurs déterminants

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Mettre en œuvre dans 10 districts sanitaires, un système pilote de surveillance des cas de MNT, décès, causes de décès y compris les facteurs de risque et les interventions médicales à visées curative et ou préventive	système pilote de surveillance des cas de MNT, décès, causes de décès y compris les facteurs de risque et les interventions médicales à visées curative et ou préventive en vigueur dans 10 districts sanitaires	Disponibilité dans 10 districts sanitaires, d'1 système pilote opérationnel pour la surveillance des cas de MNT, décès, causes de décès y compris les facteurs de risque et les interventions médicales à visées curative et ou préventive	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	X	X	X	X	X	Idem

Objectif 6 Suivre l'évolution des maladies non transmissibles et leurs déterminants

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Elaborer sur la base des indicateurs et cibles du plan d'action, des outils d'enregistrement systématique et en routine des cas de MNT, des interventions médicales à visées curative et ou préventive, cas de décès, causes de décès et facteurs de risque	Des outils sont développés pour l'enregistrement systématique et en routine des cas de MNT, des interventions médicales à visées curative et ou préventive, cas de décès, causes de décès et facteurs de risque	Disponibilité des outils développés pour l'enregistrement systématique et en routine des cas de MNT, des interventions médicales à visées curative et ou préventive, cas de décès, causes de décès et facteurs de risque	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	X	X	X	X	X	MSLS, MEMPD, MEF, MB
		Développer à partir d'un réseau intranet dans les 10 districts sanitaires du système pilote de surveillance, une base de données informatique pour l'enregistrement, l'analyse et la publication des données sur les MNT	1 base de données informatique accessible par 1 réseau intranet est développée et fonctionnelle	Disponibilité de la base de données informatique accessible par 1 réseau intranet est développée et fonctionnelle	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	X	X	X	X	X	MSLS, MEMPD, MEF, MB

Objectif 6. Suivre l'évolution des maladies non transmissibles et leurs déterminants

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION)					TOTAL
						2015	2016	2017	2018	2019	
Acquisition des aptitudes individuelles	Formation	Renforcer les capacités du personnel des 10 districts sanitaires du système pilote de surveillance en vue de rendre opérationnel la surveillance des MNT	Tous les personnels impliqués dans la surveillance des MNT dans les 10 districts pilotes ont été formés	Disponibilité des rapports de formations produits	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale		X				MSLS, MEMPD MEF MB Partenaires au développement MPTIC
Réorientation des services de santé	Equipement		Tous les acteurs chargés de l'enregistrement et du traitement informatique des données disposent d'un ordinateur portable				X				
			Tous les acteurs chargés de l'enregistrement et du traitement informatique des données disposent d'une connexion internet	Disponibilité d'une connexion internet dans chacun des 10 districts sanitaires			X	X	X	X	
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Intégrer la surveillance/le suivi des MNT dans le SIG national	Le système de surveillance et le suivi des MNT sont arrimés au SIG national	Prise en compte de la surveillance des MNT par le SIG						X	
		Réaliser une enquête STEPS à l'échelle nationale	Rapport d'enquête disponible	Disponibilité du rapport d'enquête STEPS						Tous les acteurs et partenaires au développement	

Objectif 6. Suivre l'évolution des maladies non transmissibles et leurs déterminants

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	PERIODE DE REALISATION					SECTEURS IMPLIQUES
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Faire au moins 1 fois dans l'année, le suivi à l'échelle du Gouvernement, des interventions multisectorielles de lutte contre les maladies non transmissibles	au moins 1 rapport de réunions de suivi du CNCI-MNT produit	Disponibilité d'au moins 1 rapport de réunions de suivi du CNCI-MNT	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale			X	X	X	Santé Gouvernement
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Mesurer à la suite des efforts intersectoriels, les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles	1 Rapport d'évaluation des progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles produit	Disponibilité du rapport d'évaluation des progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale					X	Santé et PNPMNT
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Evaluer le système pilote de surveillance des maladies non transmissibles	1 rapport d'évaluation est produit	Disponibilité du rapport d'évaluation du système de surveillance des MNT	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale					X	Santé et PNPMNT

IX- MISE EN ŒUVRE DU PLAN

IX.1 PRINCIPES GENERAUX ET APPROCHES DE MISE EN ŒUVRE

Le plan d'action intégré s'appuie sur les principes et approches généraux suivants :

Approche fondée sur les Droits de l'Homme

le droit de jouir du meilleur état de santé est un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre, de l'origine nationale ou sociale, de fortune, naissance ou autre statut, tel qu'il est consacré dans la Déclaration universelle des droits de l'homme [135].

Par ailleurs, ce droit à la santé est garanti par la constitution ivoirienne en son article 7 cité comme suit « Tout être humain a droit au développement et au plein épanouissement de sa personnalité dans ses dimensions matérielle, intellectuelle et spirituelle. L'Etat assure à tous les citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi. L'Etat a le devoir de sauvegarder et de promouvoir les valeurs nationales de civilisations ainsi que, les traditions culturelles non contraires à la loi et aux bonnes mœurs ».

Approche basée sur l'Équité

La répartition inégale des maladies non transmissibles est en fin de compte due à la répartition inéquitable des déterminants sociaux de la santé, et que l'action sur ces déterminants, à la fois pour les groupes vulnérables et l'ensemble de la population, est essentielle pour créer des sociétés inclusives, équitables, économiquement productives et saines.

Action nationale, coopération internationale et solidarité

Le rôle et la responsabilité premiers des gouvernements à relever le défi des maladies non transmissibles devraient être reconnus, ainsi que le rôle important de la coopération internationale en aidant les États membres, en tant que complément aux efforts nationaux.

Action multisectorielle

La prévention et le contrôle efficaces des maladies non transmissibles exigent un leadership, l'engagement multipartite coordonné pour la santé, tant au niveau du gouvernement qu'au niveau d'un large éventail d'acteurs avec de tels engagement et action incluant, le cas échéant, les approches de « la santé dans toutes les politiques » et de « l'ensemble du Gouvernement » à travers des secteurs tels que la santé, l'agriculture, la communication, l'éducation, l'emploi, l'énergie, l'environnement, la finance, l'alimentation, des affaires étrangères, du logement, de la justice et de la sécurité, de la législature, la protection sociale, développement social et économique, les sports, recettes fiscales, le commerce et l'industrie, les transports, l'urbanisme, les affaires de la jeunesse et le partenariat avec la société civile et les entités du secteur privé.

Prise en compte de tous les âges de la vie

Les opportunités de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles se produisent à plusieurs étapes de la vie; les interventions en début de vie offrent souvent la meilleure chance pour la prévention primaire.

Les Politiques, plans et services pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles doivent tenir compte des besoins sanitaires et sociaux à toutes les étapes du parcours de vie, à commencer par la santé maternelle, y compris la préconception, les soins prénatals et postnatals, la nutrition maternelle et la

réduction des expositions environnementales aux facteurs de risque, et en continuant par des pratiques appropriées d'alimentation du nourrisson, y compris la promotion de l'allaitement maternel et la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes suivis par la promotion d'une vie active en bonne santé, le vieillissement en santé et les soins aux personnes atteintes de maladies non transmissibles plus tard dans la vie.

Autonomisation des personnes et des communautés

Les personnes et les communautés doivent être habilitées et engagées dans des activités de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles, y compris le plaidoyer, la politique, la planification, la législation, la prestation de services, la surveillance, la recherche et l'évaluation

Stratégies fondées sur des bases factuelles

Les stratégies et pratiques pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles doivent être basées sur les dernières données scientifiques et /ou les meilleures pratiques, le coût-efficacité, l'accessibilité et les principes de la santé publique, en prenant en compte les considérations culturelles.

Couverture sanitaire universelle

Toutes les personnes devraient avoir accès, sans discrimination, à des ensembles nécessaires de services de santé de base et essentiels déterminés au niveau national incluant la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation ainsi qu'aux médicaments essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité. Dans le même temps, il faut veiller à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les utilisateurs à des difficultés financières, avec un accent particulier sur les pauvres et les populations vivant dans des situations vulnérables.

Gestion des conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels

De multiples acteurs, aussi bien étatiques que non étatiques, y compris la société civile, le milieu académique, l'industrie, les organisations non gouvernementales et professionnelles, doivent être engagés pour lutter efficacement contre les maladies non transmissibles. Les politiques publiques de santé, les stratégies et l'action multisectorielle pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles doivent être protégés de toute influence indue de la part de toute forme de droit acquis. Des conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels doivent être reconnus et gérés.

IX-2 CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN OEUVRE

La DC PNLMT placée sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé du ministère en charge de la santé sera appuyée dans son fonctionnement par un Comité National Interministériel de Coordination de la lutte contre les maladies non transmissibles (CNCI-MNT) et un groupe scientifique.

IX-3 PARTENAIRES DE MISE EN OEUVRE

Les interventions des partenaires de mise en œuvre sont régies par le présent document de politique nationale de prévention et de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles ; ce sont :

- Organisations de la société civile

Elles regroupent l'ensemble des ONG, Clubs services, fondations et autres organisations de bienfaisance, les associations des malades ainsi que les organisations des droits de l'homme. Ces partenaires serviront de canal de sensibilisation, de moyen de mobilisation de ressources matérielles et financières, et dans certains cas d'appui pour le plaidoyer et le lobbying.

- Secteur privé

Il sera sollicité pour l'appui au financement de la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles. Le secteur privé sera également le creuset des interventions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre par ces structures au bénéfice de leurs employés et de la population générale, en partenariat avec le ministère en charge de la Santé.

- Partenaires institutionnels

Il s'agit :

- des partenaires au développement dont l'appui technique, matériel et financier sera nécessaire à la bonne conduite de la politique nationale de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles.

- des Ministères et structures techniques en dehors du secteur de la santé dont l'implication, au regard de leurs domaines respectifs d'activités et d'intervention en rapport avec les facteurs de risque et les déterminants des maladies chroniques non transmissibles est indispensable dans le cadre de l'action intersectorielle.

- les programmes et structures techniques du Ministère de la Santé dont les domaines d'intervention sont en relation avec la gestion des maladies chroniques non transmissibles.

IX-4 NIVEAUX DE MISE EN OEUVRE

Les interventions seront mises en œuvre aux différents niveaux suivants :

IX-4.1 Le niveau central

Le niveau central devra entre autre planifier, coordonner et superviser la mise en œuvre sur le territoire national, des différentes interventions et actions retenues dans les différents plans d'actions annuels découlant de cette politique.

IX-4.2 Le niveau Régional

Il devra assurer la supervision de la mise en œuvre des différents plans d'action annuels au niveau opérationnel du système de santé (district sanitaire).

IX-4.3 Le Niveau District sanitaire

Le district sanitaire, en tant que niveau opérationnel du système de santé devra assurer la mise en œuvre effective des différents plans d'action opérationnels annuels au bénéfice des populations.

IX-4.4 Les structures de prestation des soins de santé

Le système de prise en charge sera à tous les niveaux, impliqué dans la prévention primaire à travers la sensibilisation et le counselling systématique prodigués par le personnel médical, les agents des soins infirmiers et les sage- femmes.

Les niveaux secondaires, tertiaires du système de soins seront le creuset de la mise en œuvre de la prévention secondaire notamment clinique, la prévention tertiaire et la recherche.

Les capacités d'accueil ainsi que le plateau technique de ces structures de soins devront être renforcées pour les adapter aux besoins de la prise en charge des malades.

IX-4.5 La communauté

Plus qu'un bénéficiaire de cette politique, la communauté devra être impliquée comme actrice dès le départ, dans les phases d'identification des problèmes prioritaires de santé, de planification et de mise en œuvre des interventions et mesures ciblant la communauté. Ceci permettra de garantir l'appropriation et le succès de ces interventions, puis d'en assurer la pérennisation au terme de leurs mises en œuvre.

IX-4.6 Le milieu du travail

Le monde du travail du public et du privé sera mobilisé en vue d'induire des changements durables au niveau du cadre de travail afin de réduire les habitudes nocives à la santé, prévenir les maladies chroniques liées au travail et promouvoir les pratiques favorables à la santé sur le lieu de travail.

IX-4.7 Le milieu scolaire

Il s'agira d'amener les milieux scolaires et universitaires à adopter des politiques d'encadrement et de formation aussi bien des formateurs que des apprenants afin d'inculquer à la base, les comportements et modes de vie favorables à la santé.

X- BUDGET

X-1 COUT GLOBAL

Le coût global de ce plan d'action intégré est estimé à onze milliards neuf cent quatre vingt dix neuf millions cinq cent mille (**11 999 500 000**) francs CFA.

X-2 DETAILS DU BUDGET (voire annexe, page 159)

L'évolution du budget de mise en œuvre du plan stratégique est présentée au tableau ci-après :

Tableau 2 : Evolution annuelle du budget du plan stratégique sur la période de 2015-2019

COUT (X 1million)	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
CFA	1 491,4	2 868,4	2 542,9	2 535,9	2 560,9	11 999,5
US DOLLARS	2,64	5,07	4,49	4,48	4,53	21,21
EUROS	2,27	4,37	3,88	3,87	3,90	18,29

XI- SUIVI EVALUATION

XI-I SUIVI

Le suivi régulier et périodique sera assuré au niveau :

- Gouvernemental par la CNCI-MNT
- central du ministère en charge de la santé par la Direction Générale de la santé et la Direction de Coordination du Programme National de Lutte contre des maladies Non Transmissibles : Planification et mise en œuvre des stratégies et interventions définies dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles
- régional du ministère en charge de la santé par l'équipe régionale de santé : Mise en œuvre des interventions au niveau de la région sanitaire.
- district sanitaire par l'équipe cadre du district sanitaire : Exécution des activités définies dans le cadre des interventions prioritaires retenues par le niveau central en vue de la lutte contre les maladies non transmissibles.

XI-II EVALUATION

Une évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2018.

Une évaluation finale sera effectuée par la Direction Générale de la Santé, la DIPE et les partenaires techniques dans la période allant de la fin 2020 au premier trimestre 2021 et portera sur le processus, les résultats à long terme et l'impact attendu du plan.

Concernant les 4 principaux groupes de maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, respiratoires chroniques, diabète), l'évaluation des progrès accomplis dans la lutte contre ces affections en Côte d'Ivoire se fera sur la base de 19 principaux indicateurs de résultats figurant parmi les indicateurs retenus dans le plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020.

Quant aux autres pathologies nationales retenues en complément des 4 principaux groupes de MNT, elles seront évaluées selon 10 indicateurs de résultats.

L'ensemble de ces indicateurs de résultats et leurs cibles de réduction à atteindre sont décrits dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Evolution nationale attendue des indicateurs aux échéances 2019 et 2025 conformément aux cibles mondiales et nationales de réduction

INDICATEUR	CIBLE MONDIALE	SITUATION NATIONALE DE DEPART				SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2019	SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2025
		Situation 2008	Situation 2010	Situation 2011	Situation 2014		
1) Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	1) Réduction de 25% de la mortalité prématurée due aux maladies cardiovasculaires, cancers, diabète ou aux maladies respiratoires chroniques	-	-	-	23%	20,7	17,3%
2) Incidence du cancer par type de cancer pour 100 000 habitants		Non déterminée					
3) Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent et l'adulte	2) Au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool	Non déterminée				Baisse de 5%	Baisse de 10%
4) Prévalence des adolescents qui ont une activité physique insuffisante, définie comme une activité quotidienne d'intensité modérée à vigoureuse d'une durée inférieure à 60 minutes	3) Réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante	Non déterminée				Baisse de 5%	Baisse de 10%

Tableau 3 : Evolution nationale attendue des indicateurs aux échéances 2019 et 2025 conformément aux cibles mondiales et nationales de réduction (suite)

INDICATEUR	CIBLE MONDIALE	SITUATION NATIONALE DE DEPART				SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2019	SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2025
		Situation 2008	Situation 2010	Situation 2011	Situation 2014		
5) Prévalence standardisée selon l'âge des personnes qui ont une activité physique insuffisante âgées de 18 ans ou plus (définie comme une activité hebdomadaire d'intensité modérée d'une durée inférieure à 150 minutes ou équivalent)	3) Réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante		25,7%			24,4%	23,1%
6) Apport journalier moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	4) Réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel dans la population	Non déterminée				Baisse de 15%	Baisse de 30%
7) Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez l'adolescent	5) Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus	Non déterminée				Baisse de 15%	Baisse de 30%
8) Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 18 ans ou plus				12%		10,2%	8,4%
9) Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (tension systolique ≥ 140 mmHg et/ou une tension diastolique ≥ 90 mmHg)	6) Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle			30,9%		27,8	23,2%

Tableau 3 : Evolution nationale attendue des indicateurs aux échéances 2019 et 2025 conformément aux cibles mondiales et nationales de réduction (suite)

INDICATEUR	CIBLE MONDIALE	SITUATION NATIONALE DE DEPART				SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2019	SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2025
		Situation 2008	Situation 2010	Situation 2011	Situation 2014		
10) Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie/diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (définie comme glycémie plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou sous traitement pour élévation de la glycémie)	7) 0% d'accroissement de la prévalence du diabète		9,6%			9,6%	9,6%
11) Prévalence de l' <u>excès pondéral et de l'obésité</u> chez l'adolescent (définis de la manière suivante selon les normes OMS de croissance pour l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent : un écart type de l'indice de masse corporelle en fonction de l'âge et du sexe pour l'excès pondéral et deux écarts types de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe pour l'obésité)	7) 0% d'accroissement de la prévalence de l'obésité	Non déterminée				0% d'augmentation	0% d'augmentation
12) Prévalence standardisée selon l'âge de l'excès pondéral et de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (défini comme un indice de masse corporelle ≥ 25 kg/m ² pour l'excès pondéral et ≥ 30 kg/m ² pour l'obésité)		26,9%				26,9%	26,9%

Tableau 3 : Evolution nationale attendue des indicateurs aux échéances 2019 et 2025 conformément aux cibles mondiales et nationales de réduction (suite)

INDICATEUR	CIBLE MONDIALE	SITUATION NATIONALE DE DEPART				SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2019	SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2025
		Situation 2008	Situation 2010	Situation 2011	Situation 2014		
13) Proportion de personnes remplissant les conditions (définies comme âgées de 40 ans ou plus et ayant un risque cardio-vasculaire dans les 10 ans ≥ 30 %, y compris celles qui ont déjà une maladie cardio-vasculaire) recevant une chimiothérapie et des conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux	8) Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux	-	-	-	Non déterminée	25%	50%
14) Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	9) 80% de Disponibilité, à un coût abordable, des médicaments essentiels (génériques compris) et des technologies de base nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements des secteurs public et privé	-	-	-	Non déterminée	30%	80%

Tableau 3 : Evolution nationale attendue des indicateurs aux échéances 2019 et 2025 conformément aux cibles mondiales et nationales de réduction (suite)

INDICATEUR	CIBLE NATIONALE	SITUATION NATIONALE DE DEPART				SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2019	SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2025
		Situation 2008	Situation 2010	Situation 2011	Situation 2014		
15) Prévalence standardisée selon l'âge des personnes (âgé de 18 ans ou plus) qui consomment moins de cinq portions (400 grammes) de fruits et de légumes par jour	8) Réduction de 10 % par rapport à 2005, de la Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation de moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus	55,1%	-	-	-	52,3%	49,6%
16) Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (taux de cholestérol total $\geq 5,0$ mmol/l ou 190 mg/dl) et taux de cholestérol moyen	Réduction de 10 % par rapport à 2014, de la Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus	19,9%	-	-	-	18,9%	17,9%
17) Accès à des soins palliatifs évalués selon la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer	Accroissement de 30 % par rapport à 2014, de la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer	Non déterminée				15%	30%

Tableau 3 : Evolution nationale attendue des indicateurs aux échéances 2019 et 2025 conformément aux cibles mondiales et nationales de réduction (suite)

INDICATEUR	CIBLE NATIONALE	SITUATION NATIONALE DE DEPART				SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2019	SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2025
		Situation 2008	Situation 2010	Situation 2011	Situation 2014		
18) Proportion de femmes âgées de 25 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus	Accroissement de 30 % par rapport à 2014, de la proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus	-	-	-	25000-		
19) Disponibilité, selon les besoins et s'ils sont efficaces, peu coûteux et abordables, des vaccins contre le papillomavirus humain	Accroissement de 30 % par rapport à 2014, de la disponibilité, des vaccins contre le papillomavirus humain	-	-	-	Non déterminée	30%	50%

Tableau 3 : Evolution nationale attendue des indicateurs aux échéances 2019 et 2025 conformément aux cibles mondiales et nationales de réduction (suite)

INDICATEUR	CIBLE NATIONALE	SITUATION NATIONALE DE DEPART				SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2019	SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2025
		Situation 2008	Situation 2010	Situation 2011	Situation 2014		
20) Taux d'exécution d'un programme de recherche d'une durée de 5 ans doté d'un financement adéquat, sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire, prenant en compte les avancées pertinentes de la médecine traditionnelle	30% de niveau d'exécution du programme de recherche sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire	-	-	-	0	30%	100%
21) Disponibilité dans 10 districts sanitaires, d'un système pilote de surveillance de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies non transmissibles dans la perspective de son arrimage au système national de surveillance épidémiologique	Couverture de 10 districts sanitaires par le système pilote de surveillance de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies non transmissibles dans la perspective de son arrimage au système national de surveillance épidémiologique	-	-	-	0	10 districts	100% des districts

Tableau 3 : Evolution nationale attendue des indicateurs aux échéances 2019 et 2025 conformément aux cibles mondiales et nationales de réduction (suite)

INDICATEUR	CIBLE NATIONALE	SITUATION NATIONALE DE DEPART				SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2019	SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2025
		Situation 2008	Situation 2010	Situation 2011	Situation 2014		
22) Disponibilité d'un organe/mécanisme national intergouvernemental de coordination, de suivi et d'évaluation de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles	<p>Au moins 3 réunions/séances de coordination et de suivi intersectoriel par an de la cellule Gouvernementale</p> <p>Au moins 1 évaluation multipartite des progrès de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles</p>	-	-	-	0	12 réunions	30 réunions
23) % de nouveau-nés porteurs de l'HbS parmi les naissances vivantes	Réduction de 20% par an, du pourcentage de nouveau-nés porteurs de l'HbS parmi les naissances vivantes	Non déterminée				Baisse de 20%	Baisse de 60%
24) Prévalence des traumatismes involontaires	Au moins 10% de réduction de la prévalence des traumatismes involontaires	Non déterminée				Baisse de 10%	Baisse de 15%

Tableau 3 : Evolution nationale attendue des indicateurs aux échéances 2019 et 2025 conformément aux cibles mondiales et nationales de réduction (suite)

INDICATEUR	CIBLE NATIONALE	SITUATION NATIONALE DE DEPART				SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2019	SITUATION NATIONALE ATTENDUE 2025
		Situation 2008	Situation 2010	Situation 2011	Situation 2014		
25) Prévalence des traumatismes volontaires	Au moins 5% de réduction de la prévalence des traumatismes volontaires	Non déterminée				Baisse de 5%	Baisse de 5%
26) % décès dus aux traumatismes	5% de baisse du % de décès par traumatismes	Non déterminée				Baisse de 5%	Baisse de 10%
27) % d'invalidités dues aux traumatismes	Baisse de 5% des invalidités dues aux traumatismes	Non déterminée				Baisse de 5%	Baisse de 10%
28) Prévalence de la surdit�e cong�enitale chez les nouveau-n�es 28') Pr�evalence de la surdit�e acquise chez les enfants de deux � dix ans	Baisse de 5% de pr�evalence	Non d�etermin�ee				Baisse de 5%	Baisse de 10%
29) Pr�evalence du b�egaiement	Baisse de 15% de pr�evalence du b�egaiement	Non d�etermin�ee				Baisse de 15%	Baisse de 30%

CONCLUSION

Au regard des capacités actuelles du système de santé de la Côte d'Ivoire à faire face aux maladies non transmissibles, le rythme d'accroissement des cas de maladies chroniques et leurs facteurs de risque représente une menace potentielle à l'essor du système de couverture maladie universelle de même qu'au plein succès des programmes de développement.

Aussi, le présent plan stratégique d'un coût global de 11 999 500 000 FCFA propose-t-il pour la période de 2015 à 2019, des actions majeures en vue :

- du renforcement de la prévention des maladies non transmissibles évitables
- de l'amélioration de l'accessibilité aux traitements des principales maladies non transmissibles
- de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des maladies non transmissibles
- du renforcement des soins de réadaptation
- du développement des soins palliatifs
- du développement des soins pré hospitaliers.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010. Genève, Organisation Mondiale de la Santé 2011
2. Noncommunicable Diseases Country profiles 2011. Geneva, World Health Organization 2011
3. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles
4. Report of the United Nations Conference on Sustainable Development- "The future we want". Rio de Janeiro, Brazil 20–22 June 2012
5. Global action plan for the prevention and control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva, World Health Organization 2013
6. Côte d'Ivoire – Enquête sur les indicateurs du SIDA 2005
7. Base de données sur la population, INS, Département de la démographie et des statistiques sociales, 2006
8. Côte d'Ivoire – Multiple Indicators Cluster Survey 2006
9. Côte d'Ivoire – Evaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 1 Intérimaire 2008
10. Arrêté N° 0228/MSP/CAB du 08 février 2002 portant détermination de la pyramide sanitaire et répartition des établissements et services publics sanitaires. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique
11. Base de données de l'annuaire statistique, DIPE/MSHP 2001-2006
12. Noncommunicable diseases Country profiles 2014. Geneva, World Health Organization, 2014
13. Daniel G et al. National, regional and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. *The Lancet*, 2011, 377:568-577
14. Policy and action for cancer prevention. Food, nutrition, and physical activity: a global perspective. Washington, DC, World cancer research fund/american institute for cancer research, 2009
15. Whitworth JA. World Health Organization / International Society of Hypertension statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 2003, 21:1983–1992
16. Chobanian AV et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, 2003, 289:2560–2572
17. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009
18. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859):2224-2260
19. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008
20. Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, Régions des Lagunes 1 et 2, 2005. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique 2006
21. World population prospects- the 2010 revision. New York, United Nations Population Division, 2011
22. Donnée sur le tabagisme dans la région africaine 2012. Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique
23. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003
24. Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 2003, 5:492–499,

25. Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 78(Suppl.):559S–569S
26. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Geneva, World Health Organization, 2010
27. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *Journal of Human Hypertension*, 2009, 23:363–384
28. Hu FB et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337:1491–1499
29. Meyer KA et al. Dietary fat and incidence of type 2 diabetes in older Iowa women. *Diabetes Care*, 2001, 24:1528–1535,
30. Salmeron J et al. Dietary fat intake and risk of type 2 diabetes in women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 73:1019–1026
31. World Health Report: 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World Health Organization, 2002
32. Global recommendations on physical activity for health. Geneva, World Health Organization, 2010
33. Initiative Nationale de Promotion de la pratique régulière de la l'Activité Physique (INPAP) en Côte d'Ivoire 2009-2018. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique 2008
34. Finucane MM et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The Lancet*, 2011; 337(9765):557–567
35. Caprio S et al. Influence of race, ethnicity and culture on childhood obesity ; Implications for prevention and treatment. A consensus statement of Shaping America's Health and the Obesity Society. *Diabetes Care*, 2008, 31(11);2211-2221
36. Choudhary AK et al. Disease associated with childhood obesity. *American Journal of Roentgenology*, 2007,188 (4):1118-1130) (10-Daniel SR et al. Overweight in children and adolescents. Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation*, 2005, 111 :1999-2012
37. Daniel SR et al. Overweight in children and adolescents. Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation*, 2005, 111 :1999-2012
38. Alcohol in the European Union-Consumption; Consumption Harm and Policy approaches. Regional Office for Europe, World Health Organization 2012
39. Anderson P, Baumberg B. (2006). Alcohol in Europe. A public health perspective. London, Institute of Alcohol Studies ([http ;//ec.europa.eu/health-u/doc/alcoholineu_content_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-u/doc/alcoholineu_content_en.pdf), accessed 18 February 2012
40. Baan R et al. (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology*, 8:292–293) (International Agency for Research on Cancer (2010). *Alcohol consumption and ethyl carbamate*. Lyons, International Agency for Research on Cancer
41. International Agency for Research on Cancer (2010). *Alcohol consumption and ethyl carbamate*. Lyons, International Agency for Research on Cancer
42. Rehm J et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview. *Addiction*, 105:817–843
43. Roerecke M, Rehm J (in press). The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis, *sous presse*
44. Roerecke M, Rehm J (2010). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171:633–644

45. Juonala M et al. (2009). Alcohol consumption is directly associated with carotid intima-media thickness in Finnish young adults. The Cardiovascular Risk in Young Finns study. *Atherosclerosis*, 204:e93 –e98
46. Rehm J et al. (2009). *Alcohol, social development and infectious disease*. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health
47. Rehm J, Zatonski W, Taylor B (2011). Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction*, 106(Suppl. 1):11–19
48. Ezzati M et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 2002, 360:1347–1360
49. Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? *British Medical Journal*, 1994, 308:367–372
50. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la Santé, Genève 2002
51. Walters RH, Parke RD. Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. In : Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. New York, (Etats-Unis d'Amérique) Academic Press, 1964 : 231–276
52. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, Maryland (USA), Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
53. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women : findings from the National Violence against Women Survey. Washington, D.C. (USA), National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000
54. Rodgers K. Wife assault : the findings of a national survey. *Juristat Bulletin Service*, 1994, 14 :1–22
55. El-Zanaty F et al. Egypt demographic and health survey, 1995. Calverton, Maryland (USA), Macro International, 1996
56. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence against Women*, 1995, 1 :6–31
57. Ellsberg MC et al. Candies in hell : women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51 :1595-1610
58. Mooney J. The hidden figure: domestic violence in North London. London (UK), Middlesex University, 1993
59. Watts C et al. Withholding sex and forced sex :dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6 :57-65
60. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviors among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86 :77–81
61. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance : United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49 :1–104 (CDC Surveillance Summaries, SS-5)
62. Gofin R, Palti H, Mandel M. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27 :218–223
63. Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International
64. Buvinic M, Morrison A. Violence as an obstacle to development. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque interaméricaine de développement, 1999 :1–8 (Technical Note 4 : Economic and social consequences of violence)
65. The Economic Dimensions of Interpersonal Violence. Geneva, World Health Organization 2004

66. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes de l'enfant. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 2008
67. Statistiques sur les Accidents de la circulation en Côte d'Ivoire, 2001. République de Côte d'Ivoire, Ministère des transports
68. OMS, Aide-mémoire N°292 Mars 2014
69. OMS, Aide-mémoire N°313 Mars 2014
70. OMS, Aide-mémoire N°350 Juillet 2011
71. Word cancer report 2008. International Agency for Reaserch on Cancer 2008
72. OMS, Aide-mémoire N°350 Juillet 2011
73. Kaplan E. Recent epidemiology of Group A streptococcal infections in North America and abroad: an overview. *Pediatrics*, 1996, 97(6):S945–S948.
74. KrishnaKumar R et al. Epidemiology of streptococcal pharyngitis, rheumatic fever and rheumatic heart disease. In: Narula J et al., eds. *Rheumatic fever*. Washington, DC, American Registry of Pathology Publisher, 1999:41–78.
75. Bisno AL. Acute pharyngitis: etiology and diagnosis. *Pediatrics*, 1996, 97(6):S949–S954
76. Shulman ST et al. Streptococcal infections. In: Stevens D, Kaplan E, eds. *Clinical aspects, microbiology, and molecular pathogenesis*. New York, Oxford University Press, 2000:76–101
77. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organization, 1988 (WHO Technical Report Series, No. 764)
78. Taranta A, Markowitz M. *Rheumatic fever*. Boston, Kluwer Academic Publishers, 1989:1–18.
79. Kaplan E. Recent epidemiology of Group A streptococcal infections in North America and abroad: an overview. *Pediatrics*, 1996, 97(6):S945–S948
80. Kaplan EL. The group A streptococcal upper respiratory tract carrier state: an enigma. *Journal of Pediatrics*, 1980, 97(3):337–345.
81. Pruksakorn S et al. Epidemiological analysis of non-M-typeable group A Streptococcus isolates from a Thai population in Northern Thailand. *Journal of Clinical Microbiology*, 2000, 38(3):1250–1254
82. Rheumatic fever and rheumatic heart disease : report of a WHO Expert Consultation, Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO Technical Report Series, No. 923)
83. Jacobsen KH, Wiersma ST. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. *Vaccine*, 2010, 28: 6653-6657
84. Vaccins anti-hépatite B. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2004, 79: 255-263. Organisation mondiale de la Santé, Genève 2004
85. Prévention et lutte contre l'hépatite virale : Cadre pour l'action mondiale. Organisation mondiale de la Santé, Genève 2012
86. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical cancer (HPV Information Centre). *Human Papillomavirus and Related Cancers in Africa. Summary Report 2009*. Disponible sur www.who.int/hpvcentre
87. World Bank. 2010. *What Underlies Ukraine's Mortality Crisis?* Washington, DC: World Bank
88. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: WHO; 2011
89. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3(11):e442
90. Engelgau, M., S. El-Saharty, P. Kudesia, et al. 2011. *Capitalizing on the Demographic Transition: Tackling Noncommunicable Diseases in South Asia*. Washington, DC: World Bank

91. Joint WHO/ISFC meeting on RF/RHD control with emphasis on primary prevention, Geneva, 7–9 September 1994. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO Document WHO/CVD 94.1)
92. Murray CJ, Lopez AD, eds. In: Global health statistics. Cambridge, Harvard University Press, 1996:64–67. (See also: Murray CJ, Lopez AD, eds. In: Global burden of disease and injury series. Cambridge, Harvard University Press, 1996:643–645.
93. World Health Report. Conquering suffering. Enriching humanity. Geneva, World Health Organization, 1997:43–44.
94. World Health Statistical Annual 1990–2000. Geneva, World Health Organization
95. Health system: improving performance. In: The World Health Report 2001. Geneva, World Health Organization, 2001:144–155
96. MYERS, R.M. & Koshy, G. Beta-hemolytic streptococci survey throat cultures in Indian population. American Journal of Public health, 51:1872-1892 (1961).
97. Bertrand E. Morbidité Cardiovasculaire en Afrique Subsaharienne en 1990–2000. [Cardiovascular morbidity in sub-Saharan Africa between 1990–2000.] *Cardiologie Tropicale*, [Tropical Cardiology,] 2000, 26(104):88–89., 6, 46
98. Longo-Mbenza B. et al. Survey of rheumatic heart disease in school children of Kinshasa Town, *International Journal of Cardiology*, 63(3): 287–294, 1998; Amoah A. G., Kallen C., Aetiology of heart failure as seen from a national cardiac referral center in Africa, *Cardiology*, 93(1-2): 11–18, 2000
99. Amoah A. G., Kallen C., Aetiology of heart failure as seen from a national cardiac referral center in Africa, *Cardiology*, 93(1-2): 11–18, 2000
100. Bertrand E. ET AL. Etude de la prévalence des cardiopathies, notamment rhumatismales, en milieu scolaire en Côte d’Ivoire. *Bulletin de l’Organisation Mondiale de la Santé*, 57 : 471 (1979)
101. Rogo KO et al. Carcinoma of the cervix in an African setting. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 33: 249-255
102. Ferlay J et al. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase N°5, Version 2.0 Lyon: IARC Press; 2004
103. Cancer en Côte d’Ivoire, Défis et opportunités, 1ere édition
104. Organisation Mondiale de la Santé. Aide-mémoire N°307, Novembre 2013
105. PIGEARIAS B., OSSEYYA, MENSAH-ADO I., LONSDORFER I., BOGUI P., DAH C. Epidemiology of asthma, respiratory diseases and smoking habits in black teenagers living on the Savane border in the Côte d’Ivoire Africa. (A 4.3 83 sample survey), Eur sos Pneumol, 7th congress, Budapest, September 1988
106. FADIGAA., YAVO JC, KOUASSI B, NGOMA, TOURE M. FADIGAA, AKADANGUY E. Prévalence de l’asthme en milieu scolaire dans les 3 régions bioclimatiques de la Côte d’Ivoire. *Méd Afrique Noire*, 2000, 47 (10) : 417-420.
107. KOFFI N. Bilan d’une année d’activité d’un service de pneumologie. Thèse Médecine, Abidjan 1988, n°892
108. Organisation Mondiale de la Santé. Aide-mémoire N°315, Octobre 2014
109. Daniel G et al. National, regional and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet*, 2011, 378:31-40
110. Renan Mouren (CutKiwi), Bruno David (Noir&Blanc), Stéphane Indjeyan (réalisateur), La Drépanocytose: un fléau oublié, Prj_Noir&Blanc_PIPD_Mission_RDC_Drépanocytose_V5.odt, 2006, P9
111. Organisation mondiale de la santé cinquante neuvième assemblée mondiale de la santé, Point 11.4 de l’ordre du jour provisoire, 24 avril 2006

112. Cabannes (Raymond), Sendrail (A), Penneros (Henri) : intérêt de la recherche des hémoglobines anormales en Côte d'Ivoire, *Annales de l'université Abidjan, Série B, Med*, 1969, CIV3 P107-120
113. Relevé mensuel sur la morbidité en 2008 dans les EPN hospitaliers : CHU Yopougon, Cocody et Treichville, République de Côte d'Ivoire
114. Violence and Health in the WHO Africa Region. Regional Office for Africa Brazzaville, World Health Organization 2010
115. Annuaire des statistiques sanitaires mondiales, 1996. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1998.
116. Anderson RN. Deaths : leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49 :1-87
117. Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2013. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 2013
118. Rapport mondial sur le handicap, 2011. Organisation Mondiale de la Santé, Banque mondiale 2011
119. statistiques sanitaires du service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Abidjan Treichville, 1996 à 2012. République de Côte d'Ivoire.
120. Evaluation multipays des capacités de prise en charge des troubles de l'audition. Organisation mondiale de la Santé, Genève 2014.
121. Prévention des maladies chroniques, un investissement vital. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 2005
122. Nikolic, I. A., A. Stanciole, and M. Zaydman. 2011. "Chronic Emergency: Why NCDs Matter." *Health, Nutrition, and Population Discussion Paper*. Washington, DC: World Bank
123. The Growing danger of Noncommunicable Disease, Acting Now to Reverse Course. The World Bank, Human Development Network, September 2011. 9. Stuckler D, Basu. S, McKee M
124. Heart disease and stroke statistics-2001 update. Dallas, TX, American Heart Association, 2001
125. Liu JL, Maniadakis N, Gray A, Rayner M. The economic burden of coronary heart disease in the UK. *Heart*, 2002, 88 : 597-603
126. Preliminary estimates : Disease costs and impact study (DCIS). Canberra, Australian Institute of Health and Welfare/Centre for Health program evaluation, 1995.
127. Waters A-M, Armstrong T, Senes-Ferrari S. Medical care of cardiovascular disease in Australia. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1998.
128. Dewey HM, Thrift AG, Mihalopoulos C, Carter R, Macdonell RA, McNeil JJ et al. Cost of stroke in Australia from a societal perspective: results from the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, 2001, 32:2409-2416
129. Hodgson TA. Cigarette smoking and lifetime medical expenditures. *The Milbank Quarterly*, 1992, 70:81-
130. Katzmarzyk & Janssen. *Can J Appl Physiol* 2004 ; 29 : 90-115
131. Selmer RM, Kristiansen IS, Haglerod A, Graff-Iversen S, Larsen HK, Meyer HE et al. Cost and health consequences of reducing the population intake of salt. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:697-702
132. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la lutte contre le sida : Politique Nationale de Prévention et de prise en charge des Maladies Non Transmissibles
133. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Politique Nationale de Nutrition
134. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la lutte contre le sida : Plan d'Action Intégré de Prévention et de Prise en charge des Maladies Non Transmissibles 2011-2014.
135. La Déclaration universelle des droits de l'homme [http:// www. un.org/en/documents/udhr/index.shtml](http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml)

ANNEXE

DETAILS DU BUDGET

Objectif 1. Rendre prioritaire la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes de développement mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la sensibilisation et la coopération internationale

STRATEGIES	METHODES	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Elaboration de Politique Publique Saine	Plaidoyer IEC CCC Changement organisationnel	Sensibiliser le public et les responsables politiques et améliorer la compréhension de la lutte contre les MNT	- le plan stratégique est adopté par le Gouvernement - la lutte contre les MNT est déclarée comme Priorité d'action du Gouvernement	Engagement politique à travers un communiqué ou une déclaration du Gouvernement faisant des MNT une priorité nationale	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0
Elaboration de Politique Publique Saine	Mobilisation Plaidoyer Changement organisationnel	Intégrer les MNT au programme social et à celui du développement et aux stratégies de réduction de la pauvreté	- la lutte contre les MNT est prise en compte dans le DSRP - la lutte contre les MNT est inscrite dans le prochain l'UNDAF dès 2019 (United Nations Development Assistance Framework)	Prise en compte de la lutte contre les MNT dans le DSRP, l'UNDAF et autres Programmes de coopération internationale pour le développement	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

Objectif 1. Rendre prioritaire la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes de développement mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la sensibilisation et la coopération internationale

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Elaboration de Politique Publique Saine Réorientation des services de santé	Plaidoyer Réglementation Formation	Renforcer la collaboration internationale pour la formation du personnel de santé et les échanges d'informations sur les enseignements tirés et les meilleures pratiques	La Côte d'Ivoire bénéficie d'appuis extérieurs pour le renforcement des compétences des personnels soignants en matière de prévention, détection et lutte contre les MNT	Prise en compte de la lutte contre les MNT dans le DSRP, l'UNDAF et autres Programmes de coopération internationale pour le développement	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0
Elaboration de Politique Publique Saine Création de milieux favorables	Plaidoyer Mesures fiscales	Augmenter et hiérarchiser les crédits budgétaires en faveur de la lutte contre les MNT et les autres moyens de mise en œuvre du Plan stratégique	La lutte contre les MNT bénéficie d'un financement annuel adéquat du Budget de l'Etat Les autres ressources sont disponibles pour la mise en œuvre du Plan stratégique	Taux d'augmentation global du budget de l'Etat alloué à la lutte contre les MNT	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0
Réorientation des services de santé	Recherche	Évaluer les capacités nationales en matière de lutte contre les MNT	Les insuffisances de la Côte d'Ivoire en matière de lutte contre les MNT sont identifiées	Disponibilité du rapport d'évaluation		3					3

Objectif 2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des services de santé	Plaidoyer	Intégrer la politique nationale et le plan de lutte contre les maladies non transmissibles incluant une stratégie multisectorielle pour engager les secteurs concernés en dehors de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - 1 plan d'action intégré unique de lutte contre les MNT adopté et en vigueur au niveau national - Plan d'action intégré unique de lutte contre les MNT mis en œuvre dans les autres secteurs d'activités du Gouvernement - Plan d'action intégré unique de lutte contre les MNT mis en œuvre par les acteurs non étatiques (secteur privé, mouvements associatifs, société civile) 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de plans d'action de lutte contre les MNT appliqués en Côte d'Ivoire - nombre de secteurs du Gouvernement autres que la santé mettant en œuvre le plan d'action intégré - nombre de secteurs non étatiques mettant en œuvre le plan d'action intégré de lutte contre les MNT 	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	4	4	4	4	4	20

Objectif 2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Elaboration de Politique Publique Saine Réorientation des services de santé	Plaidoyer Réglementation	Créer un dispositif multisectoriel national de haut niveau pour planifier, diriger, suivre et évaluer la politique nationale avec l'engagement effectif des secteurs ne relevant pas de la santé	1 décret de création d'une Cellule Nationale de Coordination Interministérielle de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (CNCI-MNT) est signé Dispositif multisectoriel National fonctionnel	- Existence du décret de création de la cellule nationale - Existence de PV de réunions de la cellule	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	2,5

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alcool											
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation	Limiter la disponibilité de l'alcool vendu au détail	Lois et réglementation adoptés pour : - institution d'une licence de vente d'alcool - Interdiction de la vente d'alcool à proximité des écoles, aux mineurs, par les mineurs - contrôle de la production illicite de boissons alcoolisées - lois et règlements vulgarisés et appliqués - la détention d'une licence pour la vente d'alcool rendue obligatoire	Disponibilité de loi et réglementation sur l'obligation de licence pour la vente d'alcool ; l'interdiction de la vente d'alcool à proximité des écoles, la vente aux mineurs et par les mineurs ; la traque de la production et la vente illicite de boissons alcoolisées.	- Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent - Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adulte	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	2,5

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alcool											
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation	Limiter la disponibilité de l'alcool vendu au détail+++	<ul style="list-style-type: none"> - la production et la vente illicite de boissons alcoolisées sont traquées - la disponibilité de l'alcool vendu au détail est limitée; - la demande individuelle de l'alcool a baissé 	Disponibilité de loi et réglementation sur : <ul style="list-style-type: none"> - l'obligation de licence pour la vente d'alcool ; - l'interdiction de la vente d'alcool à proximité des écoles, la vente aux mineurs et par les mineurs ; la traque de la production et la vente illicite de boissons alcoolisées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent - Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adulte 	2	2	2	2	2	10

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alcool											
Elaboration de Politique Publique Saine	Mesures fiscales et tarifaires	Augmenter les droits d'accise sur les boissons alcoolisées	- une taxation spécifique sur les produits de l'alcool est créée - l'accise sur les boissons alcoolisées a augmenté	Disponibilité de texte appliquant des mesures de taxation aux produits de l'alcool	- Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent	0,5	0,5				1
Création de milieu favorable à la santé ; Renforcement des actions Communautaires Acquisition des aptitudes individuelle	plaidoyer sensibilisation IEC CCC	- Aider tous les alcooliques à réussir leur sevrage	1 centre de désintoxication alcoolique est créé - des associations ou groupes au sevrage alcoolique sont créés -sujets désintoxiqués bénéficient d'un accompagnement psychosocial et médical.	- Disponibilité du centre de désintoxication alcoolique - Nombre d'associations ou groupes au sevrage alcoolique créés - Nombre de sujets désintoxiqués bénéficiant d'un accompagnement psychosocial et médical	- Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adulte	PM	PM	PM	PM	PM	PM

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Tabac											
Elaboration de Politique Publique Saine	Mesures fiscales et tarifaires	Rendre les produits du tabac moins accessibles en augmentant les droits d'accise sur le tabac	Mesure de taxation appliquées aux produits du tabac droits d'accise sur le tabac harmonisés avec les pays de la sous région	Disponibilité des mesures de taxation sur les produits du tabac	- Incidence de chaque type de cancer pour 100 000 habitants - Prévalence standardisée selon l'âge du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique		4				4

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Tabac											
Elaboration de Politique Publique Saine Création de milieux favorables Renforcement de l'Action Communautaire	Législation Réglementation Plaidoyer IEC CCC EPS	Légiférer pour créer des espaces entièrement non-fumeurs dans tous les lieux de travail intérieurs, les lieux publics et les transports publics	-Lois et textes réglementaires adoptés -Lois et réglementations vulgarisés et appliqués -Espaces non fumeurs créés et respectés dans les lieux publics, les lieux de travail intérieurs et les transports publics	Disponibilité de lois et réglementation sur les espaces non fumeurs Nombre d'espaces non fumeurs créés	- Incidence de chaque type de cancer pour 100 000 habitants - Prévalence standardisée selon l'âge du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Avertir les personnes des dangers du tabac et de la fumée du tabac en recourant à des mises en garde sanitaires efficaces et à des campagnes dans les médias	Prise de conscience générale sur les méfaits de la consommation du tabac	Nombre de campagne de sensibilisation sur les méfaits de la consommation du tabac	- Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	5	5	5	5	5	25
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation Plaidoyer IEC CCC	Interdire toutes les formes de publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage	Prise de décrets et arrêtés interdisant toute forme de publicité, de promotion et de parrainage sur le tabac	décrets et arrêtés signés	cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Tabac											
Réorientation des systèmes de santé Acquisition des aptitudes individuelles	Formation Equipement	Aider tous ceux qui veulent cesser le tabagisme à réussir leur sevrage	<ul style="list-style-type: none"> - Les substituts de la nicotine figurent sur la liste des médicaments de la PSP - Les substituts de la nicotine sont disponibles dans les structures de soins disposant d'un médecin - Tous les médecins généralistes sont formés à l'utilisation des substituts de la nicotine dans le sevrage tabagique 	<ul style="list-style-type: none"> Existence des substituts de la nicotine sur la liste des médicaments de la PSP - Existence des substituts de la nicotine dans les structures de soins disposant d'un médecin - % des médecins généralistes formés à l'utilisation des substituts de la nicotine dans le sevrage tabagique 	<ul style="list-style-type: none"> - Incidence de chaque type de cancer pour 100 000 habitants - Prévalence standardisée selon l'âge du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique 	5	5	5	5	5	25

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Tabac											
Réorientation des systèmes de santé Acquisition des aptitudes individuelles	Formation Equipement	Aider tous ceux qui veulent cesser le tabagisme à réussir leur sevrage	- Associations ou groupes de volontaires au sevrage tabagique sont créés - les associations ou groupes de volontaires au sevrage tabagique bénéficient d'un encadrement médical et psychologique	- Nombre d'associations ou groupes de volontaires au sevrage tabagique créés - Nombre des associations ou groupes de volontaires au sevrage tabagique qui bénéficient d'un encadrement médical et psychologique	- Incidence de chaque type de cancer pour 100 000 habitants - Prévalence standardisée selon l'âge du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Sensibilisation IEC	Sensibiliser la population au moyen de programmes sur l'activité physique Vulgariser l'Initiative nationale de promotion de l'activité physique (INPAP) 2009-2018	Programmes domestiques d'activité physique développés et diffusés dans la population L'INPAP est accessibles à la population générale, disponible dans la auprès des institutions nationales et internationales, partenaires, acteurs des secteurs privé, associatifs et de la société civile Espaces aménagés pour la pratique d'activités physiques dans toutes les communes et villes La pratique de l'activité physique est incluse dans les habitudes de la population	Nombre de programmes domestiques d'activité physique diffusés Niveau de disponibilité et d'accessibilité à l'INPAP auprès des institutions nationales et internationales, partenaires, acteurs des secteurs privé, associatif et de la société civile	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	5	5	5	5	5	25

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine Création de milieux favorables Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation Mesures fiscales et tarifaires Amélioration de l'environnement construit IEC CCC EPS	Mettre en œuvre l'Initiative nationale de promotion de l'activité physique (INPAP) 2009-2018	-Supports audiovisuels d'information et de sensibilisation sur les bénéfices de l'activité physique pour la santé produits chaque année -Campagnes d'information et de sensibilisation de la population générale (adolescents et adultes) et différentes couches de la société sur les bénéfices de l'activité physique pour la santé par internet, affichage, communication interpersonnelle, conférence, médias audiovisuels à large diffusion réalisées chaque année	Disponibilité annuelle de prospectus, affiches, spots radiophoniques et télé, film fiction relatifs aux bénéfices de l'activité physique pour la santé - Nombre de campagne d'information et de sensibilisation (affichage, internet, médias audiovisuels, communication interpersonnelle) sur les bénéfices de l'activité physique pour la santé réalisées chaque année	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	30	30	30	30	30	150

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC Plaidoyer Médiation EPS	Mettre en œuvre l'Initiative nationale de promotion de l'activité physique (INPAP) 2009-2018 (suite)	50% des barrières à la pratique de l'activité physique sont levées	% de barrières à la pratique de l'activité physique solutionnées	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante	0	0	0	0	0	0
Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC Plaidoyer Médiation		70% population (jeunes, adultes, personnes âgées) ont accès à des infrastructures, facilités et tous les espaces publics dédiés à la pratique régulière de l'activité physique	% population (jeunes, adultes, personnes âgées) qui ont accès à des infrastructures, facilités et tous les espaces publics dédiés à la pratique régulière de l'activité physique	- Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus						
	IEC CCC Plaidoyer Médiation		50% des communes améliorent la disponibilité d'infrastructures de proximité pour la pratique de l'activité physique	% des communes qui ont amélioré la disponibilité d'infrastructures de proximité pour la pratique de l'activité physique	- Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus						

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC Plaidoyer Médiation	Mettre en œuvre l'Initiative nationale de promotion de l'activité physique (INPAP) 2009-2018 (suite)	50% des communes imposent des restrictions à l'usage de certaines voies de circulation aux engins à moteur les Samedi et dimanche	% des communes qui ont imposé des restrictions à l'usage de certaines voies de circulation aux engins à moteur les Samedi et dimanche	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	0	0	0	0	0	0
			30% de la population dispose d'un Programmes domestiques d'Activité physique	% de la population dispose d'un Programmes domestiques d'Activité Physique							
			10% des communes disposent d'un « Centre de Bien Etre Communautaire » accessible à toutes les couches sociales	% des communes disposent d'un « Centre de Bien Etre Communautaire » accessible à tous							

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Sensibilisation IEC	Vulgariser auprès des cibles*, les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé	Directives nationales accessibles et disponibles dans la population générale et auprès des cibles*	Accessibilité et disponibilité des Directives nationales dans la population générale et auprès des cibles*	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	20	20	20	20	20	100
Elaboration de politique publique saine Réorientation des services de santé Création de milieux favorables Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation Formation Mesures fiscales et tarifaires Amélioration de l'environnement construit IEC, CCC EPS	Mettre en œuvre les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé	- les ressources humaines** nécessaires ont reçu une formation adéquate et sont disponibles	- Disponibilité des ressources humaines** ayant reçues une formation adéquate	- Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	30	30	30	30	30	150

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation	Mettre en œuvre les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé (suite)	- les infrastructures adéquates de mise en œuvre, de gestion et de suivi de la pratique de l'activité physique conformément aux références nationales d'efficacité des séances quotidiennes d'exercices, de sécurité à l'occasion de la pratique de l'activité physique sont disponibles	- Disponibilité des infrastructures adéquates de mise en œuvre, gestion et suivi de la pratique de l'activité physique	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Réorientation des services de santé	Formation Mesures fiscales et tarifaires										
Création de milieux favorables	Amélioration de l'environnement construit										
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC										
Renforcement de l'action communautaire	EPS			Les équipements de base pour le suivi et la gestion des risques et accidents liés à la pratique de l'activité physique sont disponibles	Disponibilité des équipements de base pour le suivi et la gestion des risques et accidents liés à la pratique de l'activité physique		PM	PM	PM	PM	PM

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation	Mettre en œuvre les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé (suite)	Les médicaments et drogues*** nécessaires pour la gestion des risques et accidents liés à la pratique de l'activité physique sont disponibles	Disponibilité des médicaments et drogues*** nécessaires pour la gestion des risques et accidents liés à la pratique de l'activité physique	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Réorientation des services de santé	Formation Mesures fiscales et tarifaires		Supports audiovisuels d'information et de sensibilisation sur la pratique adéquate de l'activité physique pour la santé produits chaque année	Disponibilité annuelle des supports audiovisuels d'information et de sensibilisation sur la pratique adéquate de l'activité physique pour la santé		15	15	15	15	15	75
Création de milieux favorables	Amélioration de l'environnement construit										
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC										
Renforcement de l'action communautaire	EPS										

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation	Mettre en œuvre les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé (suite)	Campagnes d'information et de sensibilisation de la population générale (adolescents et adultes) et différentes couches de la société sur la pratique adéquate de l'activité physique pour la santé par internet, affichage, communication interpersonnelle, conférence, médias audiovisuels à large diffusion réalisées chaque année	- Nombre de campagne d'information et de sensibilisation de la population générale (adolescents et adultes) et des différentes couches de la société (affichage, internet, médias audiovisuels, communication interpersonnelle) sur la pratique adéquate de l'activité physique pour la santé réalisées chaque année	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	15	15	15	15	15	75
Réorientation des services de santé	Formation Mesures fiscales et tarifaires										
Création de milieux favorables	Amélioration de l'environnement construit										
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC										
Renforcement de l'action communautaire	EPS										

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Inactivité Physique											
Elaboration de politique publique saine	Plaidoyer Sensibilisation Réglementation	Mettre en œuvre les Directives nationales pour la pratique régulière de l'activité physique pour la santé (suite)	80% des cibles* connaissent les recommandations en matière de pratique de l'activité physique selon l'âge et selon la condition de santé	% cibles* qui connaissent les recommandations en matière de pratique de l'activité physique selon l'âge et selon la condition de santé	-Prévalence des adolescents et des personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont une activité physique insuffisante - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus	0	0	0	0	0	0
Réorientation des services de santé	Formation										
Création de milieux favorables	Mesures fiscales et tarifaires										
Amélioration de l'environnement construit											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC										
Renforcement de l'action communautaire	EPS										

*Professionnels de santé à tous les niveaux de soins y compris les soins de santé primaires, enseignants du préscolaire au secondaire ; promoteurs de l'activité physique au niveau de l'enseignement supérieur et des espaces libres; promoteurs de salles de fitness et de culture physique ; responsables d'entreprise ; jeunes, femmes, adultes, élèves et étudiants ; médias (presse écrite, audiovisuel et réseaux sociaux) ; organisations non gouvernementales ; sociétés savantes et de recherche

** médecin généraliste ou infirmier (ère)/agent de santé , cardiologues, médecins réanimateurs, médecins de sport, médecins fonctionnalistes, Médecins ORL, ophtalmologue (évaluation du niveau de handicap) médecins psychiatres, médecins militaires, nutritionnistes et diététiciens, secouristes, kinésithérapeutes, ergothérapeute, professeurs de sport, moniteurs et maîtres de sport, assistants sociaux, instituteurs, éducateurs préscolaires, éducateurs spécialisés, autorités administratives, politiques et militaires, leaders religieux, autorités coutumières, promoteurs de l'activité physique au niveau de l'enseignement supérieur et des espaces libres, responsables d'entreprise

***Oxygène médical, solutés de perfusion, bronchodilatateurs, bronchoconstricteurs, adrénaline, atropine, corticoïdes, antalgiques, trinitrine, diurétiques, dopamine, dobutamine, noradrénaline, antihypertenseurs, anesthésiques locaux, aiguilles de ponction artérielle et veineuse, anticoagulant, matériel d'asepsie et de pansement, antiseptiques, bronchodilatateur en spray, chambre d'inhalation, Médicaments d'urgence

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alimentation											
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Organiser des campagnes de sensibilisation sur la réduction de la consommation quotidienne de sel	Supports imprimés et audiovisuels (Prospectus, affiches, spots radiophonique, télé, film fiction) d'information et de sensibilisation sur la réduction de la consommation journalière de sel produits	Nombre de chaque type de support produits pour l'information et la sensibilisation sur la consommation journalière adéquate de sel	Apport journalier moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension artérielle chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus	15	15	15	15	15	75
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Organiser des campagnes de sensibilisation sur la réduction de la consommation quotidienne de sel	Campagnes d'information et de sensibilisation sur la consommation journalière adéquate de sel organisées chaque année Le niveau de consommation journalière moyenne de sel à baissé de 1g	Nombres de campagnes d'information et de sensibilisation sur la consommation journalière adéquate de sel réalisées chaque année Niveau de baisse de la consommation journalière de sel	Apport journalier moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension artérielle chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus	15	15	15	15	15	75

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alimentation											
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation Médiation Plaidoyer	Faire signer un décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés	1 décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés est signé	Disponibilité du décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés	Apport journalier moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes dans la population, standardisé selon l'âge chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension artérielle chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire	1	1	0	0	0	2
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation Médiation Plaidoyer	Appliquer le décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés	Au moins 1 Arrêté d'application du décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés sont signés et publiés La teneur en sel des aliments transformés a connu une baisse	Disponibilité de l'Arrêté d'application du décret prescrivant la réduction de la teneur en sel des aliments transformés Niveau de baisse de la teneur en sel des aliments transformés		0	1	1	0	0	2

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alimentation											
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation Médiation Plaidoyer	Remplacer les acides gras trans par des matières grasses polyinsaturées	Au moins 1 Arrêté d'application du décret prescrivant le Remplacement des acides gras trans par des matières grasses polyinsaturées dans les aliments transformés sont signés et publiés	Disponibilité de l'Arrêté d'application du décret prescrivant le Remplacement des acides gras trans par des matières grasses polyinsaturées dans les aliments transformés	- Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adolescent et les personnes âgées de 18 ans ou plus -Prévalence standardisée selon l'âge de l'hyperglycémie modérée à jeun et du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypercholestérolémie totale chez les personnes âgées de 18 ans ou plus - Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique		0,5	0,5	0,5	0,5	2

Objectif 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Alimentation											
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Faire la promotion de la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes combinés par jour Promouvoir l'éducation Nutritionnelle	Des supports imprimés et audiovisuels d'information et de sensibilisation sur la consommation des fruits et légumes sont produits	Disponibilité des supports imprimés et audiovisuels d'information et de sensibilisation sur les fruits et légumes	Prévalence standardisée selon l'âge des personnes (âgé de 18 ans ou plus) qui consomment moins de cinq portions (400 grammes) de fruits et de légumes par jour	15	15	15	15	15	75
			-Des campagnes de sensibilisation sur la consommation des fruits et légumes par affichage, conférences, internet, radio, presse écrite et télévision sont réalisées chaque année -La population connaît les méthodes de conservation des fruits et légumes	Nombre de campagnes de sensibilisation sur la consommation des fruits et légumes sont réalisées chaque année		15	15	15	15	15	75
		-Promouvoir la production locale de fruits et légumes	les légumes et fruits sont produits en quantités suffisantes	Disponibilité et baisse des coûts des légumes et fruits sur les marchés		PM	PM	PM	PM	PM	PM
		Améliorer l'accessibilité des fruits et légumes	les légumes et fruits sont disponibles à un coût abordable			0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Gestion intégrée des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'Intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	Tous les protocoles du WHO PEN sont mis en œuvre dans tous les districts sanitaires	Nombre de districts sanitaires qui mettent en œuvre l'ensemble des protocoles du WHO PEN	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé						

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Gestion intégrée des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	<p>-Les outils d'évaluation et de gestion du risque cardiovasculaire sur 10 ans sont annuellement disponibles :</p> <p>-218 <i>Diagramme OMS/ISH d'évaluation du risque de survenue d'accident cardiovasculaire sur 10 ans</i></p> <p>-872 <i>Algorithmes maladies cardiovasculaires</i></p> <p>-218 <i>Livret Directives</i></p> <p>-218 <i>Algorithmes Education pour la santé et counselling</i></p> <p>-218 <i>Algorithme Asthme</i></p>	Nombre d'outils d'évaluation, de gestion des cas et matériels biomédicaux nécessaires pour la formation et l'application des protocoles par 218 médecins par an	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	30	30	30	30	30	150

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Gestion intégrée des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'Intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	<p>-Les Kits de matériels et consommables biomédicaux sont annuellement disponibles :</p> <p>-218 <i>Lecteurs automatiques polyvalents de type Cardiochek (Glycémie capillaire, cholestérol, Triglycérides, cétones...)</i></p> <p>-218 <i>Tensiomètres électroniques OMRON</i></p> <p>218 <i>Pèses personnes électroniques</i></p> <p>-218 <i>Toises portables</i></p> <p>-218 <i>Rubans métriques à tension constante</i></p> <p>-218 <i>Kits de 100 bandelettes réactives Glucose/mois</i></p> <p>-218 <i>Kits de 100 lancettes/mois</i></p> <p>-218 <i>Boîtes de gant/mois</i></p>	Nombre d'outils d'évaluation, de gestion des cas et matériels biomédicaux nécessaires pour la formation et l'application des protocoles par 218 médecins par an	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	580	580	580	580	580	2900

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	-218 médecins formés chaque année -1 polychimiothérapie (avec contrôle de la glycémie pour le diabète et lutte contre l'hypertension par l'approche du risque total) est prescrite aux personnes qui ont eu un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral, et à celles qui présentent un risque élevé (≥30 %) de survenue d'un événement cardiovasculaire, mortel ou non, au cours des 10 prochaines années	Nombre de médecins en activité formés sur la prévention des accidents cardiovasculaires et de la maladie rénale à travers une gestion intégrée de l'hypertension artérielle et du diabète	Proportion de personnes remplissant les conditions (définies comme âgées de 40 ans ou plus et ayant un risque cardio-vasculaire dans les 10 ans ≥30 %, y compris celles qui ont déjà une maladie cardio-vasculaire) recevant une chimiothérapie et des conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux Prévalence standardisée selon l'âge de la pression sanguine élevée chez les personnes âgées de 18 ans ou plus (tension systolique ≥140 mmHg et/ou une tension diastolique ≥90 mmHg)	16	16	16	16	16	80

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	1 poly chimiothérapie (avec contrôle de la glycémie pour le diabète et lutte contre l'hypertension par l'approche du risque total) est prescrite aux personnes qui ont eu un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral, et à celles qui présentent un risque élevé (≥30 %) de survenue d'un événement cardio-vasculaire, mortel ou non, au cours des 10 prochaines années	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins formés, de la polychimiothérapie préventive des crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux applicable en cas de risque élevé (≥30 %) de survenue d'un événement cardio-vasculaire, mortel ou non, au cours des 10 prochaines années	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	PM	PM	PM	PM	PM	PM

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	L'acide acétylsalicylique est prescrit par les médecins au niveau des soins de santé primaires en cas d'infarctus aigu du myocarde	Disponibilité de l'acide acétylsalicylique dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires en cas d'infarctus aigu du myocarde	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'Intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	l'acide acétylsalicylique, de l'aténolol et un traitement thrombolytique (streptokinase) sont prescrits par les médecins pour l'infarctus aigu du myocarde et des cardiopathies ischémiques au niveau des soins de santé primaires	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires, de l'acide acétylsalicylique, l'aténolol et un traitement thrombolytique (streptokinase) prescrits en cas d'infarctus aigu du myocarde et des cardiopathies ischémiques	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

Objectif 4 Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	1 inhibiteur de l'inhibiteur de l'enzyme de conversion (ACE), un bêtabloquant et un diurétique sont prescrits par les médecins pour traiter l'insuffisance cardiaque congestive au niveau des soins de santé primaires	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires, l'inhibiteur de l'enzyme de conversion (ACE), un bêtabloquant et un diurétique prescrits pour traiter l'insuffisance cardiaque congestive	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Maladies cardiovasculaires											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	Les anticoagulants sont prescrits par les médecins au niveau des soins de santé primaires, pour le risque modéré à élevé de fibrillation auriculaire, valvulaire ou non valvulaire, pour la sténose mitrale	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires, d'anticoagulants prescrits pour le risque modéré à élevé de fibrillation auriculaire non valvulaire ou non valvulaire, pour la sténose mitrale,	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA	
						2015	2016	2017	2018	2019		
Accident vasculaire cérébral												
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	L'acide acétylsalicylique à faible dose est prescrit par les médecins au niveau des soins de santé primaires pour l'accident vasculaire cérébral ischémique	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires, de l'acide acétylsalicylique prescrit à faible dose pour l'accident vasculaire cérébral ischémique	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	0	0	0	0	0	0	
			Les soins de l'accident vasculaire cérébral sont améliorés au niveau des soins de santé primaires	Nombre de médecins au niveau des soins de santé primaires formés chaque année sur la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral selon les lignes directrices de l'OMS	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	16	16	16	16	16	80	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Prise en charge standardisée de l'Asthme											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'Intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	l'asthme est traité sur la base des lignes directrices de l'OMS	Nombre de médecins au niveau des soins de santé primaires, formés chaque année sur le traitement de l'asthme selon les lignes directrices de l'OMS	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	16	16	16	16	16	80

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Prévention secondaire des néphropathies											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Mettre en œuvre tous les protocoles du Paquet d'Interventions Essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires (WHO PEN) afin d'intégrer les interventions de lutte contre les MNT présentant un très bon rapport coût/efficacité à l'ensemble de soins de santé primaires de base	Un Inhibiteur de l'enzyme de conversion (ACE) est prescrit en première intention chez le diabétique hypertendu ou chez tout autre sujet porteur d'une néphropathie pour éviter l'évolution de la néphropathie	Disponibilité dans l'arsenal thérapeutique des médecins au niveau des soins de santé primaires, de l'IEC prescrit en première intention pour prévenir (chez le diabétique) ou éviter l'évolution d'une néphropathie	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Soins de Réadaptation											
Réorientation des services de santé	Formation Equipement	Réadaptation cardiaque après l'infarctus du myocarde	Les patients sont réadaptés après l'infarctus du myocarde	Disponibilité de 18 unités de réadaptation fonctionnelles : personnel, matériel...	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé		450	450	450	450	1800
		Renforcer la réadaptation en unité de soins spécialisée suite à un accident vasculaire cérébral	Les unités de soins spécialisés sont renforcées pour la réadaptation des patients suite à un AVC				50	50	50	50	200
Acquisition des aptitudes individuelles	Empowerment	Mettre en place le programme de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) pour les handicaps liés aux MNT	Les programmes de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) existent	Disponibilité des agents communautaires/ Société civile Mettant en œuvre la réadaptation		10	10	10	10	40	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Prévention primaire à base communautaire											
Réorientation des services de santé	Plaidoyer Médiation EPS CCC	Sensibiliser les communautés sur les MNT et leurs facteurs de risque	40 Campagnes de sensibilisation sont organisées par an	Nombre de campagnes sensibilisation sont organisées par an	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	25,5	25,5	25,5	25,5	25,5	127,5
Acquisition des aptitudes individuelles		Renforcer le dépistage communautaire précoce des maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque afin de favoriser la prévention, la prise en charge précoce et la réduction de l'incidence des complications	Au moins 40 Campagnes de dépistage communautaires de l'hypertension artérielle, diabète, cancers, asthme, drépanocytose, obésité, hypercholestérolémie, albuminurie, troubles de l'audition/surdité, bégaiement, etc. réalisées chaque année	Nombre de campagnes de dépistage réalisées chaque année		40	40	40	40	40	200
		Empowerment	Promouvoir la participation communautaire dans la prise en charge des MNT	Les communautés participent à la prise en charge des MNT		Nombre de ASC/ Relais communautaires formés annuellement	5	5	5	5	5

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Rhumatisme articulaire aigu et Cardiopathie rhumatismale											
Réorientation des services de santé Acquisition des aptitudes individuelles	Formation Equipement	Assurer la prévention secondaire du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales*	Au moins 80% des besoins de benzathine pénicilline G sont assurés à tous les niveaux du système de soins ; les médecins et infirmiers de tous les districts sanitaires sont formés sur la détection et la gestion du RAA et de la CR des registres de patients avec une CR sont tenus à tous les niveaux du système de soins	% couverture des besoins de benzathine pénicilline G Nombre de districts sanitaires dont les agents de santé ont été formés sur la détection et la gestion du RAA et de la CR Disponibilité des registres de patients avec une CR à tous les niveaux du système de soins	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	15	15	15	15	15	75
						5	5	5	5	5	25

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Technologies de base pour le diagnostic des maladies non transmissibles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics	80% du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des pathologies cardiovasculaires est disponible dans les structures de référence du public 80% du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des cancers est disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des pathologies cardiovasculaires dans les structures de référence du public Disponibilité du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des cancers dans les structures de référence du public	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	PM	PM	PM	PM	PM	PM
						PM	PM	PM	PM	PM	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Technologies de base pour le diagnostic des maladies non transmissibles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics	80% du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des pathologies respiratoires chroniques est disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des pathologies respiratoires chroniques dans les structures de référence du public	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics	80% du plateau technique nécessaire pour le diagnostic du diabète est disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité du plateau technique nécessaire pour le diagnostic du diabète dans les structures de référence du public		PM	PM	PM	PM	PM	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Technologies de base pour le diagnostic des maladies non transmissibles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics	80% du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des hémoglobinopathies est disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité du plateau technique nécessaire pour le diagnostic des hémoglobinopathies dans les structures de référence du public	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	30	90	90	90	90	390

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Médicaments essentiels pour le traitement des maladies non transmissibles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics	80% des médicaments y compris les génériques, nécessaires au traitement des maladies cardiovasculaires sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels et disponible dans les structures de référence du public	Disponibilité de 80% des médicaments dont les génériques, et du plateau technique nécessaires au traitement des maladies cardiovasculaires dans les structures de référence du public	accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Médicaments essentiels pour le traitement des maladies non transmissibles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer la disponibilité des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris), nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics	Le plateau technique et 80% des médicaments dont les génériques pour le traitement des cancers, des maladies respiratoires chroniques, du diabète, des hémoglobinopathies, du psoriasis sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels et disponible dans les structures de référence du public	% de disponibilité des médicaments, y compris les génériques, et du plateau technique nécessaires au traitement des cancers dans les structures de référence du public	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	0	0	0	0	0	0
			80% des médicaments dont les génériques, nécessaires à la rééducation en cas de bégaiement sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels et disponible dans le secteur public		Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Diabète											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Renforcer les soins des pieds du diabétique	-plateau technique est renforcé -le personnel de santé est formé	-Disponibilité de plateau technique et de médicaments -Disponibilité de rapport de formation du personnel	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non	16	16	16	16	16	80
Réorientation des services de santé Acquisition des aptitudes individuelles	EPS Formation	-Développer et -vulgariser des programmes éducatifs pour les diabétiques et leurs parents	-Les programmes éducatifs pour les diabétiques et leurs parents sont développés et vulgarisés : -40 séances de programmes éducatifs sont réalisées par an	Nombre de séances d'éducation de diabétiques et leurs parents réalisées chaque année	et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé Probabilité inconditionnelle de	5	5	5	5	5	25
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer l'accès à des articles chaussants adaptés	L'Accessibilité des articles chaussants adaptés est améliorée	Nombre de districts sanitaires disposant des articles chaussants adaptés	décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	PM	PM	PM	PM	PM	PM

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Diabète											
Réorientation des services de santé	Equipement	Améliorer l'accès des diabétiques à des dispensaires (microcliniques) pluridisciplinaires	Microcliniques, etc. créées Accessibilité des diabétiques aux dispensaires pluridisciplinaires est améliorée	% de diabétiques ayant accès aux dispensaires pluridisciplinaires	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Réorientation des services de santé	Médiation Plaidoyer	Promouvoir la Vaccination antigrippale des diabétiques	La vaccination antigrippale des diabétiques a été promue	Nombre de diabétiques vaccinés contre la grippe		0	0	0	0	0	0
Equipement	Formation	Renforcer les soins (éducation, prise en charge intensive de la glycémie) avant la conception pour les femmes diabétiques en âge de procréer	218 agents de santé sont formés chaque année à la PEC des femmes diabétiques en âge de procréer	% d'agents de santé formés chaque année	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	16	16	16	16	16	80
Equipement	Formation	Renforcer la détection des rétinopathies diabétiques par examen du fond d'œil suivi d'un traitement par photocoagulation en prévention de la cécité	L'accessibilité à l'examen du fond d'œil et à la photocoagulation sont améliorées								

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Cancer											
Réorientation des Services de Santé	Former Plaidoyer Médiation	Renforcer la vaccination contre le papillomavirus humain pour prévenir le cancer du col de l'utérus	La vaccination contre le papillomavirus est pratiquée dans les districts sanitaires	% de filles de 9 à 13 ans vaccinées	Disponibilité, selon les besoins, des vaccins contre le papillomavirus humain	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation des services IEC CCC EPS Formation	Renforcer le dépistage par l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et le traitement des lésions précancéreuses afin de prévenir le cancer du col de l'utérus	-500 prestataires de soins en service sont formés -les modules de formation initiale sont intégrés	-Nombre de personnel de formés -disponibilité de plateau technique	Proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans ayant bénéficié d'au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus	16	16	16	16	16	80

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Cancer											
Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation des services Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS Formation	Renforcer le dépistage par l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et le traitement des lésions précancéreuses afin de prévenir le cancer du col de l'utérus (suite)	-125 services de santé sont équipés de : 125 Pistolet de cryothérapie ; 125 bombonnes de CO2 ; 12500 spéculums à usages unique, 125 kg de coton, 125 litres d'acide acétique 500 paquets de 100 Tiges d'écouvillon, 400 paquets de 100 gants	Incidence du cancer du col de l'utérus	-Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé -Incidence du cancer par type de cancer pour 100 000 habitants -Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	173,2	173,2	173,2	173,2	173,2	866

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Cancer											
Réorientation des Services de Santé	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation des services Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS Formation	Renforcer le dépistage du cancer du sein par mammographie étendu à toute la population de 50 à 70 ans afin de favoriser le traitement en temps utile	Les CHU et les CHR sont équipés en mammographes	Nombre de CHU et CHR équipés de mammographes	-Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé -Incidence du cancer par type de cancer pour 100 000 habitants -Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	15	37,5	37,5	37,5	37,5	165
Acquisition des aptitudes individuelles			Les capacités du personnel d'imagerie médicale sont renforcées	Nombre de techniciens formés		2	2	2	2	2	10
		Sensibiliser la population notamment les femmes de 45 à 70 ans sur l'intérêt de la mammographie	Au moins 1 Campagne de sensibilisation réalisée chaque année Au moins 80% de femmes sensibilisées	Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées % femmes sensibilisées		10	10	10	10	10	50

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Cancer											
Réorientation des Services de Santé	Plaidoyer Médiation Changement	Renforcer le dépistage du cancer colorectal étendu à toute la population à partir de l'âge de 50 ans afin de favoriser le traitement en temps utile	-Les kits d'hémoculte sont acquis - le personnel est formé -la population est sensibilisée à l'intérêt du dépistage du cancer colorectal	Disponibilité des kits d'hémoculte % de personnel formé % de la population de 50 ans et plus sensibilisée	-Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé -Incidence du cancer par type de cancer pour 100 000 habitants	PM 16 6	PM 16 6	PM 16 6	PM 16 6	PM 16 6	PM 80 30
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS Formation	Renforcer le diagnostic précoce des cancers de la cavité orale dans les groupes à haut risque (consommateurs de tabac, par exemple) afin de favoriser le traitement en temps utile	-la population à risque est sensibilisée -le personnel est formé (médecins généralistes...) -les services sont équipés en matériels de diagnostic (source lumineuse, abaisse langue, gants)	- La population à risque est sensibilisée -% personnel formé -Disponibilité du matériel de diagnostic		6 16	6 16	6 16	6 16	6 16	30 80
		Renforcer le diagnostic précoce des cancers du poumon (consommateurs de tabac de 50 ans et plus et toux chronique, exposition polluante par exemple) afin de favoriser le traitement en temps utile	-la population à risque est sensibilisée -le personnel est formé (médecins généralistes...) -les services sont équipés en radiographie (HG, CHR, CHU)	- La population à risque est sensibilisée -% personnel formé -Disponibilité de radiographie	-Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	6 16	6 16	6 16	6 16	6 16	30 80

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Soins palliatifs											
Réorientation des Services de Santé	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation des services	Créer une unité de soins palliatifs dans chaque CHU et CHR	19 unités de soins palliatifs créées et fonctionnelles	Nombre d'unités de soins palliatifs fonctionnelles	Accès à des soins palliatifs évalués selon la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer		10	25	25	35	95
		Adopter une loi sur les soins palliatifs	La loi sur les soins palliatifs est promulguée et appliquée.	Disponibilité d'une loi sur les soins palliatifs			5				5
Acquisition des aptitudes individuelles	Formation	Renforcer les compétences des personnels soignants aux modalités de traitements à base d'analgésiques opioïdes pour le soulagement de la douleur et aux méthodes de prise en charge en soins palliatifs	Les personnels soignants des unités de soins palliatifs de chaque CHU et chaque CHR ont reçus une formation adéquate	-Nombre de médecins formés sur les soins palliatifs et la prescription de la morphine -Nombre d'agents paramédicaux formés aux techniques et méthodes de soins palliatifs	Accès à des soins palliatifs évalués selon la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer		16	16	16	16	64

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Soins palliatifs											
Elaboration de Politique Publique Saine	Plaidoyer Médiation IEC	Réviser la réglementation sur la prescription et l'usage des opioïdes	La réglementation nationale est révisée et facilite l'accès et la prescription de la morphine par le médecin	Disponibilité d'une nouvelle réglementation favorisant la prescription des opioïdes	Accès à des soins palliatifs évalués selon la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer		4				4
Réorientation des Services de Santé	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation des services	Améliorer la disponibilité et l'accessibilité de la morphine au niveau du système sanitaire	Morphine disponible dans la pharmacie du district sanitaire et accessible au médecin généraliste	Disponibilité de la morphine au niveau du système sanitaire	Accès à des soins palliatifs évalués selon la consommation en équivalent morphine d'analgésiques opioïdes forts (à l'exclusion de la méthadone), pour chaque décès dû au cancer	0	0	0	0	0	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Affections respiratoires chroniques											
Elaboration de politique publique saine	Législation Règlementation	Promouvoir l'Accès à des fourneaux améliorés et à des combustibles plus propres pour réduire la pollution à l'intérieur des bâtiments	-1 Loi ou Décret limitant l'usage des combustibles est adoptée	Disponibilité du texte de loi ou du décret limitant l'usage des combustibles solides pour la cuisine et le chauffage	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique		5				5
Renforcement de l'Action Communautaire	Mesures fiscales Médiation		-des modèles de fourneaux sont promus -Des mesures de baisse tarifaires sont prises	Disponibilité de modèles de fourneau de cuisine moins polluants Taux de baisse du coût du gaz butane à usage domestique			6	6	6	6	30

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Affections respiratoires chroniques											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Sensibiliser la population sur les facteurs de risque de l'asthme et de la BPCO	la population est sensibilisée sur les facteurs de risque de l'asthme et de la BPCO	<p>Nombre de supports imprimés chaque type produits pour l'information et la sensibilisation sur les facteurs de risque de l'asthme et la BPCO</p> <p>Nombre de spots radiophoniques produits</p> <p>Nombre de spots télé produits</p> <p>Nombre de film fiction télé produits</p>	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	10	10	10	10	10	50

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Affections respiratoires chroniques											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur les mesures de prévention de l'asthme y compris la crise d'asthme et la BPCO	-Campagnes d'information et de sensibilisation sur les mesures de prévention de l'asthme y compris la crise d'asthme et la BPCO par internet, affichage, counselling, conférence, radio, télévision organisées chaque année	Nombres de campagnes d'information et de sensibilisation sur les mesures de prévention de l'asthme y compris la crise d'asthme et la BPCO réalisées chaque année	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	6	6	6	6	6	30
Acquisition des aptitudes individuelles Création de milieux favorables Elaboration de politique publique saine Renforcement de l'Action Communautaire	Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS Règlementation	-Sensibiliser les travailleurs exposés -Assurer un contrôle rigoureux de mesures de protection individuelle	-Les travailleurs exposés sont sensibilisés -les mesures de protection individuelle sont appliquées	Accroissement de l'usage des tabliers et masques de protection individuelle des travailleurs exposés % des travailleurs sensibilisés		1	1	1	1	1	5

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Affections respiratoires chroniques											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Sensibiliser la population sur la nécessité et l'intérêt de traiter efficacement toute infection respiratoire de l'enfant	la population est Sensibilisée sur la nécessité et l'intérêt de traiter efficacement toute infection respiratoire de l'enfant	Nombres de campagnes de sensibilisation réalisées chaque année sur la nécessité de faire soigner l'enfant à l'hôpital en cas de signes respiratoires accompagnés de fièvre	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	6	6	6	6	6	30
Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles		Promouvoir la Vaccination antigrippale pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive	Les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive sont vaccinés	Nombre de patients vaccinés contre la grippe	Probabilité inconditionnelle de décéder entre 30 et 70 ans de maladie cardiovasculaire, cancer, diabète ou d'une affection respiratoire chronique	0	0	0	0	0	0

**** Biomasse (bois, résidus agricoles, déjections animales) charbon, charbon de bois

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Drépanocytose											
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC EPS Médiation	Informier et sensibiliser la population générale sur la drépanocytose et ses méthodes de prévention	Supports audiovisuels d'information et de sensibilisation sur la drépanocytose produits chaque année	-Disponibilité annuelle de prospectus, affiches, pins, spots radiophoniques, spots télé, film fiction relatifs à la drépanocytose et ses méthodes de prévention	Prévalence des nouveau-nés porteurs d'hémoglobine SS	10	10	10	10	10	50

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA	
						2015	2016	2017	2018	2019		
Drépanocytose												
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC EPS Médiation	Informé et sensibiliser la population générale sur la drépanocytose et ses méthodes de prévention	Campagnes d'information et de sensibilisation de la population générale (adolescents et adultes) et différentes couches de la société sur la drépanocytose et ses méthodes de prévention par internet, affichage, communication interpersonnelle, conférence, médias audiovisuels à large diffusion réalisées chaque année La population est sensibilisée sur la drépanocytose et ses méthodes de prévention	Nombre de Campagnes d'information et de sensibilisation (internet, affichage, communication interpersonnelle, conférence, médias audiovisuels à large diffusion) de la population générale sur la drépanocytose et ses méthodes de prévention réalisées chaque année -% de population sensibilisée	Prévalence des nouveau-nés porteurs d'hémoglobine SS	6	6	6	6	6	30	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Drépanocytose											
Elaboration de Politique Publique Saine	Réglementation Plaidoyer Médiation	Prendre un arrêté interministériel instituant le dépistage systématique de l'hémoglobinopathie "S" avant tout projet de conception d'un enfant ou de mariage civil et religieux	1 arrêté interministériel est signé par les ministres concernés	Disponibilité de l'arrêté interministériel	Prévalence des nouveau-nés porteurs d'hémoglobine SS	0	0	0	0	0	0
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC EPS Médiation	Diffuser et faire appliquer l'arrêté interministériel	- Tout le personnel de l'Etat civil connaît l'intérêt du dépistage systématique de l'hémoglobine "S" - les couples prétendant au mariage sont sensibilisés sur l'hémoglobine "S" par le personnel de l'Etat civil - Les célébrants des unions recommandent de façon systématique la réalisation de l'électrophorèse de l'hémoglobine	% personnel de l'état civil qui connaît l'intérêt du dépistage systématique de l'hémoglobine "S" Disponibilité de la demande de recherche systématique de l'hémoglobine S dans les usages des célébrants des unions		15	15	15	15	15	75

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Drépanocytose											
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	IEC CCC EPS Médiation	Diffuser et faire appliquer l'arrêté interministériel (suite)	- Tout le personnel de l'Etat civil connaît l'intérêt du dépistage systématique de l'hémoglobine "S" - les couples prétendant au mariage sont sensibilisés sur l'hémoglobine "S" par le personnel de l'Etat civil - Les célébrants des unions recommandent de façon systématique la réalisation de l'électrophorèse de l'hémoglobine	% de couples dont l'union est potentiellement à risque et bénéficiant de séances de counselling organisées par les services sociaux des mairies	Prévalence des nouveau-nés porteurs d'hémoglobine SS	0	0	0	0	0	0
Réorientation des Services de Santé	Equipement Formation	Renforcer les capacités diagnostic des hémoglobinopathies au niveau du système de santé	1 automate d'électrophorèse de l'hémoglobine est disponible dans chaque CHU, CHR et les HG	Disponibilité de l'automate d'électrophorèse de l'hémoglobine dans les CHU, CHR et les HG		30	60	60	60	60	270
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Réaliser une enquête nationale de prévalence de la drépanocytose	Rapport d'enquête disponible	Prévalence nationale de la drépanocytose			100				100

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes et décès dus aux violences intentionnelles et non intentionnelles											
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Collecter des données sur la violence et la santé	Données sur la violence sont collectées par le système de surveillance des MNT	Disponibilité des données sur la violence dans la base de données du système de surveillance des MNT	Prévalence des traumatismes involontaires		4	4	4	4	20
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation	Elaborer une politique et une stratégie nationale de prévention et de gestion de la violence	1 document de politique nationale est adopté	Disponibilité du document de politique nationale de prévention et de gestion de la violence	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes		5				5
Elaboration de Politique Publique Saine	Législation Réglementation	Réduire l'offre d'alcool pendant les périodes à haut risque	1 Décret prescrivant la réduction systématique de l'offre des boissons alcoolisées dans les situations à haut risque est signé	Disponibilité du décret prescrivant la réduction systématique de l'offre des boissons alcoolisées dans les situations à haut risque	% d'invalidités dues aux traumatismes		1				1

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes et décès dus aux violences intentionnelles et non intentionnelles											
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Médiation EPS IEC CCC Empowerment	Changer les normes culturelles qui sous-tendent la violence	Les normes culturelles qui sous-tendent la violence sont identifiées	Disponibilité du rapport d'enquête sociologique d'identification des normes culturelles qui sous-tendent la violence	Prévalence des traumatismes involontaires		5				5
Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'action communautaire	Plaidoyer Médiation EPS IEC CCC Empowerment	Changer les normes culturelles qui sous-tendent la violence	Au moins 1 campagne de prévention multimédia durable visant à changer les normes culturelles qui sous-tendent la violence est organisée chaque année 1 projet pilote de promotion des pratiques culturelles sources de non violence implémenté dans 1 district sanitaire	Nombre de campagne de prévention multimédia visant à changer les normes culturelles qui sous-tendent la violence organisée chaque année Disponibilité d'1 projet pilote de promotion de pratiques culturelles non violentes dans 1 district sanitaire	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes			6	6	6	18

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA			
						2015	2016	2017	2018	2019				
Traumatismes et décès dus aux violences intentionnelles et non intentionnelles														
Elaboration de politique publique saine	Législation Réglementation	Promouvoir et renforcer les soins pré hospitaliers aux personnes victimes de traumatismes	L'application de la Réglementation sur la disponibilité de boîte à pharmacie dans les véhicules de transports est renforcée -Un programme de formation des chauffeurs et apprentis aux méthodes de secourisme et de soins de première nécessité est mis en œuvre -1 programme de renforcement des capacités d'intervention et d'évacuation des services d'urgence en moyens humains et roulants est mis en œuvre	Intensité des contrôles de la disponibilité des boîtes à pharmacie dans les voitures -Disponibilité du programme de formation des chauffeurs et apprentis aux méthodes de secourisme et de soins de première nécessité -Disponibilité du programme de renforcement des capacités d'intervention et d'évacuation des services d'urgence en moyens humains et roulants	% décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	0	0	0	0	0	0			
Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation EPS													
Renforcement de l'action communautaire	IEC CCC									10	10	10	10	40
Réorientation des services de santé	Empowerment Equipement Formation										PM	PM	PM	PM
		Faire adopter une loi sur les soins pré hospitaliers	-loi sur les soins pré hospitaliers est promulguée Système de premier secours est renforcé				10				10			

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes et décès dus aux violences intentionnelles et non intentionnelles											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer les soins en établissement aux personnes victimes de traumatismes	-le plateau technique est renforcé les capacités des services de traumatologies et de chirurgie sont améliorées en moyens humains et matériels l'effectif du personnel est renforcé et formé	Disponibilité du programme de renforcement des compétences et capacités des services de traumatologies et de chirurgie en moyens humains et matériels	% décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		100	100	100	100	400
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Améliorer les services de réadaptation pour les victimes de traumatismes	-1 programme de renforcement des compétences et capacités des services de réadaptation pour les victimes de traumatismes en moyens humains et matériels est mis en œuvre -La réglementation pour la prise en charge systématique des traumatisés est adopté	Disponibilité du programme de renforcement des compétences et capacités des services de réadaptation pour les victimes de traumatismes en moyens humains et matériels Disponibilité de la réglementation sur la prise en charge systématique des traumatisés	% décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		100	100	100	100	400
		Elaborer 1 réglementation pour la prise en charge systématique des traumatisés					10				10

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Accidents de la circulation											
Création de milieux favorables Elaboration de Politique Publique Saine	Plaidoyer Médiation Législation Règlementation	Faire adopter un Décret ou une Loi prescrivant l'Aménagement de manière systématique des voies de piétons et de cyclistes sur toutes les routes Renforcer l'application de la législation sur la Loi prescrivant l'Aménagement de manière systématique des voies de piétons et de cyclistes sur toutes les routes	1 Décret ou 1 Loi prescrivant l'Aménagement de manière systématique, des voies pour piétons et cyclistes sur toutes les routes est adopté Voie pour piétons ménagées systématiquement sur chaque nouvelle route construite Voie pour cyclistes ménagées systématiquement sur chaque nouvelle route construite	Disponibilité du Décret ou de la Loi prescrivant de manière systématique, des voies pour piétons et cyclistes sur toutes les routes Existence de voies pour piétons et cyclistes sur les nouveaux ouvrages routiers	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	2	2				4
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Renforcer l'application de la législation sur le Port de la ceinture de sécurité	La sensibilisation est faite sur port de ceinture Le port de ceinture obligatoire est effectif	Taux d'accroissement du port de la ceinture de sécurité par rapport à 2014	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Accidents de la circulation											
-Elaboration de Politique Publique Saine -Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Renforcer l'application de la législation sur le Port du casque à moto et à vélo	La sensibilisation est faite sur Port du casque à moto et à vélo Le port du casque à moto et à vélo obligatoire est effectif	Taux d'accroissement du port du casque à moto	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	0	0	0	0	0	0
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Renforcer l'application de la législation sur l'usage de Sièges spéciaux et dispositifs de sécurité pour enfants à bord des voitures	-La sensibilisation est faite sur l'usage de Sièges spéciaux et dispositifs de sécurité pour enfants à bord des voitures -L'usage de Sièges spéciaux et dispositifs de sécurité pour enfants à bord des voitures obligatoire est effectif	Taux d'accroissement de l'utilisation de Sièges spéciaux et dispositifs de sécurité pour enfants à bord des voitures		6	6	6	6	6	30
	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Renforcer l'application de la loi sur les taux maximums d'alcoolémie autorisés (seuil de concentration d'alcool sanguin ≤ 0.05 g/dl) aux conducteurs d'engins à moteur ou non	L'alcotest au volant est pratiqué en routine Le pourcentage de conducteurs en état d'ébriété a baissé	Pratique en routine des contrôles d'alcooltests sur les routes % de réduction de conducteurs en état d'ébriété		0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Accidents de la circulation											
Création de milieux favorables Elaboration de Politique Publique Saine	Plaidoyer Médiation Législation Règlementation	Faire adopter un Décret ou une Loi faisant passer l'âge légal pour la conduite d'une moto ou d'une auto de 16 ans à 18 ans	Décret faisant passer l'âge légal pour la conduite d'une moto ou d'une auto de 16 ans à 18 ans signé	Disponibilité du décret instituant l'âge légal pour la conduite d'une moto ou d'une auto à 18 ans	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	2	2				4
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles		Faire adopter un décret instituant des Systèmes de permis de conduire progressifs	Décret instituant des Systèmes de permis de conduire progressifs est signé et appliqué Décret appliqué par les écoles d'apprentissage de la conduite	-Disponibilité du décret instituant des Systèmes de permis de conduire progressifs -Existence des systèmes de permis progressifs dans les autoécoles			2	2			4
	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	vulgariser les mesures de ralentissement de la circulation	1 Décret prescrivant la vulgarisation des mesures de ralentissement de la circulation est signé	-Disponibilité du Décret -Disponibilité des signalisations			2	2			4

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS ADRESSES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Accidents de la circulation											
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Prendre un décret instituant l'Allumage des feux de croisement pendant la journée pour les deux-roues motorisés Renforcer le système de contrôle technique automobile Améliorer la qualité du réseau routier	Décret instituant l'Allumage des feux de croisement pendant la journée pour les deux-roues motorisés signé et appliqué Le système de contrôle technique automobile est renforcé La qualité du réseau routier est améliorée	Disponibilité du décret instituant l'Allumage des feux de croisement pendant la journée pour les deux-roues motorisés Etat des véhicules contrôlé	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes % d'accident	2	2	2			6
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Renforcement de la réglementation des mesures de réduction de la vitesse	Taux forfaitaires des amendes appliquées augmentés Contrôles radars de vitesses multipliés Systèmes automatiques de contrôles radars de vitesses introduits	Taux d'augmentation des amendes forfaitaires pour excès de vitesse Disponibilité des systèmes automatiques de contrôles radars sur les routes		0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA	
						2015	2016	2017	2018	2019		
Traumatismes involontaires- Intoxication												
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Promouvoir l'usage des récipients qui ne peuvent être ouverts par un enfant pour prévenir l'intoxication	-Mesures d'incitation d'ordres fiscale et tarifaire prises pour favoriser la fabrication, l'importation et la commercialisation de récipients qui ne peuvent être ouverts par un enfant -Campagnes d'information et de sensibilisation organisées chaque année sur l'intérêt de l'usage des récipients qui ne peuvent être ouverts par un enfant pour prévenir l'intoxication	Disponibilité des mesures d'incitation fiscale et tarifaire Nombre de Campagnes d'information et de sensibilisation organisées chaque année sur l'intérêt de l'usage des récipients qui ne peuvent être ouverts par un enfant pour prévenir l'intoxication	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes							
						10	10	10	10	10	50	

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Intoxication											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Promouvoir de meilleures méthodes de stockage s'agissant aussi bien des récipients que des lieux de rangement	Campagnes d'information et de sensibilisation organisées chaque année sur des meilleures méthodes de stockage aussi bien des récipients que sur les lieux de rangement pour prévenir l'intoxication	Nombre de campagnes d'information et de sensibilisation organisées chaque année sur meilleures méthodes de stockage aussi bien des récipients que sur les lieux de rangement pour prévenir l'intoxication	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	10	10	10	10	10	50
Elaboration de Politique Publique Saine Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation Changement d'organisation Formation	Créer un centre antipoison	Centre antipoison fonctionnel	Disponibilité du centre antipoison	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidité due aux traumatismes		50	50	50	50	200

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Intoxication											
Elaboration de Politique Publique Saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Faire adopter un décret prescrivant l'utilisation de mises en garde sur les produits dangereux	Décret signé prescrivant l'utilisation de mises en garde sur les produits dangereux	Disponibilité du Décret prescrivant l'apposition de mises en garde sur les produits dangereux	Prévalence des traumatismes involontaires % des décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	1	1				2
Traumatismes involontaires-Noyade											
Elaboration de Politique publique saine Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Règlementation Plaidoyer Médiation IEC CCC EPS	Faire appliquer des lois/textes concernant la pose de clôtures autour des piscines	lois/textes prescrivant la pose de clôtures autour de piscines adoptées Au moins 1 Arrêté d'application des lois/textes prescrivant la pose de clôtures autour de piscines signé	Disponibilité de lois/textes prescrivant la pose de clôtures autour des piscines		0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Noyade											
Elaboration de Politique publique saine Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'Action Communautaire	Législation Réglementation Plaidoyer Médiation IEC EPS Empowerment	Faire adopter un décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau Faire appliquer le décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau	1 décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau est signé Au moins 1 Arrêté d'application du décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau signé	Disponibilité du décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau Disponibilité de l'Arrêté d'application du décret prescrivant l'utilisation systématique de dispositifs de flottaison individuels lors de la traversée de plans d'eau	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidité/ due aux traumatismes	1	1				2

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Noyade											
Elaboration de Politique publique saine	Plaidoyer Médiation Législation Réglementation Formation	Promouvoir l'enseignement de la natation dès l'école primaire	L'enseignement de la natation fait partie du curriculum de formation des élèves du primaire	Disponibilité de l'enseignement de la natation dans le curriculum de formation des élèves du primaire	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidité/ due aux traumatismes	0	0	0	0	0	0
Elaboration de Politique publique saine	Législation Réglementation Plaidoyer Médiation IEC	Faire adopter un décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits Faire appliquer le décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits	1 décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits est signé Au moins 1 Arrêté d'application du décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits est signé	Disponibilité du décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits Disponibilité des Arrêtés d'application du décret prescrivant la couverture des points d'eau comme les puits	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidité/ due aux traumatismes	1	1				2

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Chutes											
Elaboration de Politique publique saine	Législation Réglementation Plaidoyer Médiation IEC	Faire adopter ou renforcer l'application de loi/texte prescrivant les dispositifs de sécurité sur les fenêtres (ex. barreaux de fenêtres) dans les immeubles et habitations en hauteur	loi/texte prescrivant les dispositifs de sécurité sur les fenêtres (ex. barreaux de fenêtres) dans les immeubles et habitations en hauteur adoptés ou mieux appliqués	Disponibilité ou application de loi/texte prescrivant les dispositifs de sécurité sur les fenêtres (ex. barreaux de fenêtres) dans les immeubles et habitations en hauteur	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes	1	1	0	0	0	2
Elaboration de Politique publique saine	Législation Réglementation Plaidoyer Médiation IEC	Faire adopter ou renforcer l'application de lois/texte prescrivant la pause de barrières de sécurité au niveau des escaliers	loi/texte prescrivant la pause de barrières de sécurité au niveau des escaliers adoptés ou mieux appliqués	Disponibilité ou mesures de renforcement de loi/texte prescrivant la pause de barrières de sécurité au niveau des escaliers		1	1	0	0	0	2

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes involontaires- Chutes											
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC Plaidoyer EPS	Promouvoir les exercices de renforcement de la musculature et de l'équilibre pour les personnes âgées	Programmes communautaires d'activité physique régulière mis en œuvre au sein des organisations des personnes âgées	Disponibilité de programme d'activité physique régulière au sein des organisations des personnes âgées	Prévalence des traumatismes involontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		5	5	5	5	20
Acquisition des aptitudes individuelles	IEC CCC EPS	Promouvoir les programmes éducatifs encourageant les dispositifs de sécurité pour prévenir les chutes	Campagnes de promotion des mesures et dispositifs de sécurité sur les bâtiments et autres ouvrages en hauteur en vue de prévenir les chutes réalisées chaque année par affichage, à travers la radio, la télévision et sur internet	Nombre de campagnes réalisées chaque année			6	6	6	6	24

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Maltraitance des enfants											
Renforcement de l'Action Communautaire Acquisition des aptitudes individuelles	Empowerment Médiation IEC CCC EPS	Elaborer des programmes pilotes de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants	Programmes Pilotes de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants sont élaborés Programmes pilotes de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants mis en œuvre dans une DRENET	Disponibilité d'1 programme pilote de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants Nombre de DRENET qui mettent en œuvre le programme pilote de visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		2	3	3	3	11

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Maltraitance des enfants											
Renforcement de l'Action Communautaire Acquisition des aptitudes individuelles	Médiation Formation EPS Empowerment	Elaboration de programmes de formation pour les parents	1 Programme pilote de formation pour les parents d'enfants en difficulté est élaboré Programme pilote de formation pour les parents d'enfants en difficulté est mis en œuvre dans 1 DRENET	Disponibilité du Programme pilote de formation pour les parents d'enfants en difficulté Nombre de DRENET qui mettent en œuvre le Programme pilote de formation pour les parents d'enfants en difficulté	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		2	1	1	1	5

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Violence des jeunes											
Acquisition des aptitudes individuelles	Formation	Développer des programmes de formation aux compétences psychosociales	Programmes de formation des enseignants aux compétences psychosociales sont développés Les compétences psychosociales des enseignants du primaire en activité sont renforcées	Disponibilité des Programmes de formation aux compétences psychosociales Nombre d'enseignants dont les compétences psychosociales sont renforcées	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		3	5	5	5	18
Acquisition des aptitudes individuelles	Médiation IEC CCC EPS	Développer l'éveil préscolaire, le renforcement des liens avec l'école, l'amélioration des résultats et de l'estime de soi	Programme pilote développé pour la détection précoce des comportements violents, la gestion de la violence du préscolaire au secondaire et l'amélioration de l'estime de soi Programme pilote mis en œuvre dans 1 DRENET	programme pilote validé Nombre de DRENET qui mettent en œuvre le programme pilote			3	5	5	5	18

Objectif 4. Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Violence des jeunes											
Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles Renforcement de l'action communautaire	Formation EPS Empowerment	Développer une thérapie familiale pour les enfants et les adolescents à haut risque	Programme de thérapie familiale pour les enfants et adolescents à risque développé Programmes de thérapie familiale pour les enfants et adolescents à risque mis en œuvre dans 1 DRENET Pilote	Disponibilité du Programme de thérapie familiale pour les enfants et adolescents à risque Nombre de DRENET qui met en œuvre le programme pilote	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		3	2	2	2	9
Elaboration de politique publique saine	Législation Réglementation	Prendre un décret/arrêté instituant des mesures d'incitation éducative pour les élèves à risque	Décret/Arrêté instituant des mesures d'incitation éducatives pour les élèves à risque est pris	Disponibilité du décret/Arrêté instituant des mesures d'incitation éducatives pour les élèves à risque			2				2

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Violence auto-infligée											
Elaboration de politique publique saine Renforcement de l'action communautaire Acquisition des aptitudes individuelles	Législation Réglementation EPS IEC CCC Empowerment	Restreindre l'accès aux moyens potentiellement nocifs utilisés (pesticides, médicaments etc.) et protéger les lieux dangereux (ponts, etc.)	Guide d'information et de sensibilisation de la population et de l'entourage des patients à risque sur la nécessité d'appliquer ces mesures de restrictions élaboré Décret ou Arrêté prescrivant les normes de sécurité applicables aux gros ouvrages et sites dangereux adopté	Disponibilité du guide Disponibilité du décret ou de l'arrêté interministériel	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		5	2	2	2	11
Réorientation des Services de Santé Acquisition des aptitudes individuelles	Formation EPS IEC CCC	Prévenir et traiter la dépression, l'alcoolisme et l'abus de substances psychoactives	Les Compétences des médecins généralistes sont renforcées pour diagnostiquer (à l'aide de questionnaires spécifiques) et traiter la dépression	Tous les médecins généralistes en activité formés sur la détection et le traitement de la dépression, l'alcoolisme et l'abus des substances psycho-actives		PM	PM	PM	PM	PM	PM

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Traumatismes volontaires- Violence sexuelle exercée par un partenaire intime											
Renforcement de l'action communautaire Acquisition des aptitudes individuelles	Plaidoyer Médiation EPS IEC CCC Empowerment	Renforcer les programmes éducatifs à l'école pour prévenir la violence dans les relations fille-garçon	Modules scolaires sur la violence à l'école renforcés Modules scolaires sur la violence à l'école intégrés dans le curriculum de formation au primaire et secondaire	Disponibilité des modules scolaires sur la violence à l'école Disponibilité des modules sur la violence à l'école dans les programmes du primaire et du secondaire	Prévalence des traumatismes volontaires % décès dus aux traumatismes % d'invalidité/ due aux traumatismes		5	10	10	10	35
Handicap physique											
Réorientation des services de santé	Equipement	Renforcer les soins de réadaptation physique Former les spécialistes en rééducation et réadaptation physique	des unités de médecine physique et réadaptation sont ouvertes, équipées et fonctionnelles dans 5 autres régions de la côte d'ivoire les unités existantes sont renforcées (CHU, INJS)	Disponibilité de l'unité de médecine physique et réadaptation, Disponibilité de centres d'appareillages à San-Pedro et Abengourou	% décès dus aux traumatismes % d'invalidité/ due aux traumatismes						

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Handicap physique											
Réorientation des services de santé	Equipement Formation	Renforcer les soins de réadaptation physique (suite)	1 centre d'appareillage équipé et fonctionnel est ouvert au CHU de Bouaké, à San-Pedro et Abengourou	fonctionnalité des centres d'appareillage du CHU de Bouaké ; de San-Pedro et d'Abengourou	% décès dus aux traumatismes % d'invalidités dues aux traumatismes		30	30	30	30	120
		Former les spécialistes en rééducation et réadaptation physique (suite)	45 Personnels qualifiés formés	Nombre de personnels qualifiés formés chaque année			5	5	5	5	20
			45 Personnels qualifiés mis à la disposition des unités de médecine physique et réadaptation créées	Nombre de personnels qualifiés disponible dans les unités de médecine physique et de réadaptation créées				0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Handicaps-Troubles de l'audition											
Réorientation des services de santé	Recherche	Mettre en place des programmes de détection précoce des troubles de l'audition pour la surdité néonatale	-1 programme de détection précoce de la surdité néonatale est mis en place -1 système de notification des cas de surdité est mis en place	-Nombre de campagnes de sensibilisation sur les troubles de l'audition réalisées chaque -Disponibilité du système de notification des cas de troubles de l'audition -Nombre de cas de surdité néonatale détecté par an	Prévalence de la surdité congénitale chez les nouveau-nés Prévalence de la surdité acquise chez les enfants de deux à dix ans		5	5	5	5	20
Réorientation des services de santé	Recherche	Organiser des campagnes de dépistage de la surdité	-des campagnes de dépistage de la surdité réalisée par semestre	Nombre de campagnes de dépistages réalisées par an		5	5	5	5	5	25
Réorientation des services de santé	Formation	Faire un plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires au développement	120 Personnels de santé formés et renforcés sur tout le territoire ivoirien	Nombre de personnels de santé formés chaque année			4	4	4	4	16
Réorientation des services de santé	Formation	Renforcer la prise en charge précoce des troubles de l'audition curables	1 personnel qualifié mis à la disposition de chaque CHU, CHR et HG	Nombre de personnels qualifiés disponible dans chaque CHU et CHR			0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Handicaps-Troubles de l'audition											
Réorientation des services de santé	Equipement	Renforcer la prise en charge précoce des troubles de l'audition curables	Equipements adéquats pour la prise en charge des troubles de l'audition curables disponibles dans chaque CHU et CHR et HG	Disponibilité d'au moins 80% des équipements nécessaires pour la gestion des troubles de l'audition	Prévalence de la surdité congénitale chez les nouveau-nés Prévalence de la surdité acquise chez les enfants de deux à dix ans		10	10	10	10	40
Réorientation des services de santé	EPS IEC CCC	Renforcer la prévention des troubles de l'audition évitables	Campagnes média d'information et de sensibilisation sur le caractère curable de certains troubles de l'audition et la nécessité de faire connaître les cas	Nombre de campagnes média d'information sur le caractère curable de l'audition réalisées chaque année			6	6	6	6	24
Réorientation des services de santé	Formation		Personnel soignant est formé sur la prise en charge adéquate de certaines infections sources de troubles auditifs	Nombre de personnels soignants formés chaque année		16	16	16	16	16	80

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Handicap-Bégaïement											
Réorientation des services de santé	Recherche	-Mettre en place un mécanisme de détection précoce du bégaïement dès l'âge de 3 ans dans les CHU, CHR et HG et le préscolaire	Campagnes de dépistage du bégaïement réalisées chaque année	Nombre de campagnes de dépistage du bégaïement réalisées chaque année	Prévalence du bégaïement	2	2	2	2	2	10
			Un système de notification des cas de bégaïement est mis en place	Disponibilité du système de notification des cas de bégaïement	Prévalence du bégaïement	10	10	10	10	10	50
	Formation	Renforcer la prise en charge du bégaïement	2 orthophonistes et psychologues spécialisés par Centre (CHU, CHR)	Nombre d'orthophonistes formés	Prévalence du bégaïement		7,5	7,5	7,5	7,5	30
			Chaque HG, CHR et CHU dispose d'1 orthophoniste et d'1 psychologue spécialisé	Nombre d'orthophonistes mis à la disposition de chaque CHU et CHR et HG	Prévalence du bégaïement		0	0	0	0	0
			Equipement	Equipements adéquats pour la rééducation du sujet bègue disponibles dans chaque CHU et CHR et HG	Disponibilité d'au moins 80% des équipements nécessaires pour la rééducation du sujet souffrant de bégaïement	Prévalence du bégaïement		10	10	10	10

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Handicap-Bégaïement											
Réorientation des services de santé	EPS IEC CCC	Renforcer la prise en charge du bégaïement (suite)	Campagnes d'information et de sensibilisation sur le caractère curable du bégaïement et la nécessité de faire connaître les cas	Nombre de campagnes de campagnes d'information sur le caractère curable du bégaïement réalisées chaque année	Prévalence du bégaïement	6	6	6	6	6	30
Psoriasis											
Réorientation des services de santé	Plaidoyer Médiation Equipement	Renforcer la prise en charge du Psoriasis	Sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels : - Dermocorticoïdes - Acide salicylique - Isotrétinoïne - Méthotrexate - Calcipotriol - Daivonex, daivobet, antimycosiques	Disponibilité des médicaments du traitement du Psoriasis sur la liste des médicaments essentiels	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	0	0	0	0	0	0

Objectif 4. Réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Psoriasis											
Réorientation des services de santé	Plaidoyer Médiation Equipement	Renforcer la prise en charge du Psoriasis (suite) Renforcer les capacités des personnels de santé pour la détection des cas de psoriasis	Sont disponibles dans l'arsenal thérapeutique du public : - Dermocorticoïdes - Acide salicylique - Isotrétinoïne - Méthotrexate - Calcipotriol - Daivonex, daivobet - Biothérapie, antimycosiques Tous les médecins généralistes en activité sont formés pour la détection du Psoriasis	Disponibilité des médicaments du traitement du Psoriasis dans les pharmacies des structures de soins du public Nombre de personnels de santé formé pour la détection du psoriasis	Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, y compris les génériques, de qualité, sûrs et efficaces contre les maladies non transmissibles, et de technologies de base dans les établissements des secteurs public et privé	16	16	16	16	16	80

Objectif 5. Promouvoir les capacités nationales à mener des travaux de recherche-développement de grande qualité afin de lutter contre les maladies non transmissibles

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Concevoir un projet de recherche d'une durée de 5 ans, sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire, en prenant en compte les avancées pertinentes de la médecine traditionnelle	1 projet de recherche d'une durée de 5 ans, en liaison avec la médecine traditionnelle, sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire est développé et validé	Disponibilité d'1 projet de recherche sur les maladies non transmissibles d'une durée de 5 ans	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	1	1				2
Réorientation des Services de Santé	Recherche	exécuter à hauteur de 30%, le projet de recherche sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire	Le projet de recherche sur les MNT est opérationnel et exécuté à hauteur de 30% de ses activités	Taux d'exécution du projet de recherche sur la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	0	0	0	0	0	0

Objectif 5. Promouvoir les capacités nationales à mener des travaux de recherche-développement de grande qualité afin de lutter contre les maladies non transmissibles

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des Services de Santé Elaboration de Politique Publique Saine	Recherche Plaidoyer Médiation Législation Réglementation	Etablir des programmes de coopération avec au moins 3 Instituts nationaux, sous régionaux et internationaux de recherche	Au moins 1 accord de coopération de recherche est établi avec 1 institut national de recherche Au moins 1 accord de coopération de recherche est établi avec 1 institut régional de recherche Au moins 1 accord de coopération de recherche est établi avec 1 institut international de recherche Au moins 1 accord de coopération est établi avec les décideurs ou les partenaires au développement	Nombre d'accords de coopération de recherche établis Nombre d'accords de coopération établis	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	0	0	0	0	0	0

Objectif 6. Suivre l'évolution des maladies non transmissibles et leurs déterminants

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Mettre en œuvre dans 10 districts sanitaires, un système pilote de surveillance des cas de MNT, décès, causes de décès y compris les facteurs de risque et les interventions médicales à visées curative et ou préventive	système pilote de surveillance des cas de MNT, décès, causes de décès y compris les facteurs de risque et les interventions médicales à visées curative et ou préventive en vigueur dans 10 districts sanitaires	Disponibilité dans 10 districts sanitaires, d'1 système pilote opérationnel pour la surveillance des cas de MNT, décès, causes de décès y compris les facteurs de risque et les interventions médicales à visées curative et ou préventive	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	5	5	5	5	5	25

Objectif 6. Suivre l'évolution des maladies non transmissibles et leurs déterminants

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Elaborer sur la base des indicateurs et cibles du plan d'action, des outils d'enregistrement systématique et en routine des cas de MNT, des interventions médicales à visées curative et ou préventive, cas de décès, causes de décès et facteurs de risque	Des outils sont développés pour l'enregistrement systématique et en routine des cas de MNT, des interventions médicales à visées curative et ou préventive, cas de décès, causes de décès et facteurs de risque	Disponibilité des outils développés pour l'enregistrement systématique et en routine des cas de MNT, des interventions médicales à visées curative et ou préventive, cas de décès, causes de décès et facteurs de risque	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	10	10	10	10	10	50
		Développer à partir d'un réseau intranet dans les 10 districts sanitaires du système pilote de surveillance, une base de données informatique pour l'enregistrement, l'analyse et la publication des données sur les MNT	1 base de données informatique accessible par 1 réseau intranet est développée et fonctionnelle	Disponibilité de la base de données informatique accessible par 1 réseau intranet est développée et fonctionnelle	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	5	5	2	2	2	16

Objectif 6. Suivre l'évolution des maladies non transmissibles et leurs déterminants

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Acquisition des aptitudes individuelles	Formation	Renforcer les capacités du personnel des 10 districts sanitaires du système pilote de surveillance en vue de rendre opérationnel la surveillance des MNT	Tous les personnels impliqués dans la surveillance des MNT dans les 10 districts pilotes ont été formés	Disponibilité des rapports de formations produits	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale		30				30
Réorientation des services de santé	Equipement		Tous les acteurs chargés de l'enregistrement et du traitement informatique des données disposent d'un ordinateur portable				5				5
			Tous les acteurs chargés de l'enregistrement et du traitement informatique des données disposent d'une connexion internet	Disponibilité d'une connexion internet dans chacun des 10 districts sanitaires			7	6	6	6	25
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Intégrer la surveillance/le suivi des MNT dans le SIG national	Le système de surveillance et e suivi des MNT sont arrimés au SIG national	Prise en compte de la surveillance des MNT par le SIG							
		Réaliser une enquête STEPS à l'échelle nationale	Rapport d'enquête disponible	Disponibilité du rapport d'enquête STEPS		150				150	

Objectif 6. Suivre l'évolution des maladies non transmissibles et leurs déterminants

STRATEGIE	METHODE	ACTIONS PRIORITAIRES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PROCESSUS	INDICATEURS DE RESULTATS CIBLES	COÛT (MILLION FCFA)					TOTAL FCFA
						2015	2016	2017	2018	2019	
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Faire au moins 1 fois dans l'année , le suivi à l'échelle du Gouvernement, des interventions multisectorielles de lutte contre les maladies non transmissibles	au moins 1 rapport de réunions de suivi du CNCI-MNT produit	Disponibilité d'au moins 1 rapport de réunions de suivi du CNCI-MNT	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale		1,5	1,5	1,5	1,5	6
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Mesurer à la suite des efforts intersectoriels, les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles	1 Rapport d'évaluation des progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles produit	Disponibilité du rapport d'évaluation des progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale					10	10
Réorientation des Services de Santé	Recherche	Evaluer le système pilote de surveillance des maladies non transmissibles	1 rapport d'évaluation est produit	Disponibilité du rapport d'évaluation du système de surveillance des MNT	Contribue à l'ensemble de tous les indicateurs et des neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale					5	5

LISTE DES PARTICIPANTS

La validation de ce plan stratégique national de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles 2015-2019 a été effectuée par des personnes ressources provenant de différents Ministères techniques du Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire et de la société civile.

NOM ET PRENOMS	STRUCTURE D'ORIGINE	CONTACTS
Docteur DOUA Kouamelan	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida Directeur Coordonateur du Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles	+ 225 20 32 30 10 + 225 07 82 02 09 spubli@yahoo.fr
Docteur TOURE Kader	Ministère de l'Environnement Conseiller Technique du Ministre de l'Environnement	+ 225 57 82 08 97 kaddertoure@gmail.com
Mr COULIBALY Souleymane	Fédération Nationale des Organisations des Bègues de Côte d'Ivoire Président	+ 225 08 43 99 47 Fenobci2011@gmail.com
Mr KOUAME Kanga Daniel	Ministère du Pétrole Ingénieur de Pétrole Membre du Cabinet du Ministre du Pétrole et de l'Energie et de l'Energie	+ 225 08 94 92 32 kangadomman@yahoo.r
Mr SORO Zié	Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique Inspecteur Pédagogique / DAFC, Chef de Service	+ 225 05 42 95 49 Zieandre2@yahoo.fr
Professeur KOUASSI Boko Alexandre	Service de Pneumophtisiologie du CHU d'Abidjan Cocody	kouassiboko@hotmail.fr
Col. MIZAN Zamblé Bi	Ministère des Eaux et Forêts, Colonel des Eaux et Forêts, CT/DGEF	+ 225 02 57 50 50 s.laticollis@yahoo.fr
Docteur KRA Kouakou Eugène	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, Direction Générale de la Santé, Chargé d'Etudes	eugenekouakoukra@yahoo.fr
Docteur ATSE Innocent	Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme	+ 225 014 52 80 57 atseinoce@yahoo.fr
Mr TRAORE Moussa	Ministère des Transports, Chargé d'Etudes	+ 225 57 59 38 78 moussadce@yahoo.fr
Mr KOUAKOU Bénéois	Ministère de l'Industrie et des Mines, Ingénieur des Techniques Sanitaires, Chef de Service Promotion de la qualité	+ 225 58 66 83 85 kouakoubenoit@yahoo.fr
Professeur KOUAME Maurice	Service de Traumatologie du CHU d'Abidjan Treichville, Maître de conférences agrégé	+ 07 93 85 33 mauricekouame@hotmail.fr
Mr KOUADIO Kplé François	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, Direction des Affaires Financières, Economiste de la santé, Chargé d'Etudes	+ 225 05 79 39 22 kplefrancoisperroux@yahoo.fr
Docteur KOUASSI Adjobi	PPK CHU Cocody, Médecin ORL	+ 05 07 37 71 kouassiadjobi@yahoo.fr
Honorable DOUGROU Sawouré A.	Assemblée Nationale de Côte d'Ivoire, Député	+ 225 07 92 76 12 Adadougrou1954@gmail.com
Professeur ADOUBI Innocent	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, Agrégé d'oncologie, Programme National de Lutte Contre le Cancer, Directeur Coordonateur	+ 225 08 48 70 95 iadoubi@yahoo.fr

NOM ET PRENOMS	STRUCTURE D'ORIGINE	CONTACTS
Docteur AZOH Auguste Jean-Claude	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques, Directeur Coordonnateur Adjoint	+ 225 05 95 84 90 J_claudazoh@yahoo.fr
Madame DJIRE Epse Comara	Ministère de l'Agriculture, Enseignante, Sous-directrice des Ressources Humaines	+ 225 08 93 81 82 comarasita@yahoo.fr
Professeur YASSONGUI Mamadou Sékongo	Société Ivoirienne d'Hématologie, Immunologie, Oncologie et Transfusion Sanguine (SIHIO-TS), Vice Président	+ 225 07 83 33 75 sekyss@yahoo.fr
Mr GNALLA Monhon Brice	Ministère des Infrastructures Economiques, Chargé d'Etudes	+ 225 05 20 95 00 gnallabruce@yahoo.fr
Mr ETTIEN Nando Jean-Marie	Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité, DSSPN	+ 225 07 44 23 55 ettienjm@gmail.com
Mr BAMBA Tiahatié	Ministère de la Justice, des Droits de l'Homme et des Libertés Publiques, Point Focal Lutte anti-drogue et responsable bureau santé des prisons	+ 225 59 66 87 50 bambatiahatie@yahoo.fr
Docteur KABO	Ministère des Ressources Animales et Halieutiques, Chargé d'Etudes	+ 225 05 74 15 04 Khabo83@yahoo.fr
Professeur ANZOUAN Kacou Jean-Baptiste	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, Agrégé de Cardiologie, Institut de Cardiologie d'Abidjan	+ 25 05 53 51 37 Jb_anzouan@yahoo.fr
Mme Amon Bossoma	Dermatologie CHU d'Abidjan Treichvile, Surveillante d'Unité de Soins	+ 05 41 59 42
Professeur MANOU Koffi Benjamin	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, Service de Médecine physique et de Réadaptation CHU d'Abidjan Yopougon, Chef de Service Adjoint	+ 225 47 31 59 81 benmanou@yahoo.fr
Mr AKELY Gnagne Laurent Arnaud	Ministère des Sports et Loisirs, Inspecteur de la Jeunesse et des sports, Directeur de la protection des jeunes	+ 225 07 60 55 20 armandakely@yahoo.fr