

*République Démocratique du Congo*  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
SECRETARIAT GENERAL



**DIRECTION DE LUTTE CONTRE LA MALADIE**

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE  
LUTTE CONTRE LES MALADIES NON  
TRANSMISSIBLES**

**En République Démocratique du Congo**

Par :

**Le Consultant Prof Dr MUNYANGA MUKUNGO Sylvain**

*Août 2016*

## **A. INTRODUCTION**

### **A. 1. GENERALITES SUR LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

#### **1. Situation géographique**

La RDC se situe au cœur de l’Afrique et figure parmi les géants du continent avec une superficie de 2 345 000 km<sup>2</sup>. Elle partage 9 165 kilomètres de frontière avec neuf pays voisins, à savoir : la République du Congo à l’Ouest, l’Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l’Est, la République Centrafricaine et le Soudan (au Nord) ainsi que la Zambie et l’Angola au Sud. L’extension de ses frontières, combinée au manque d’infrastructures de transport et de communication, rend particulièrement ardues les échanges et déplacements des biens et de personnes.

Le pays est situé à cheval sur l’Equateur avec un climat équatorial chaud, humide au centre et tropical au Sud et au Nord. La moitié de la végétation est incluse en grande partie dans les forêts. Ainsi, six des onze provinces de la RDC ont une forte proportion de zones forestières de l’ordre de 40 à 70 pour cent. L’autre moitié proche des tropiques est dominée par la savane. Toutes ces régions abritent une diversité de population dont une bonne partie, notamment les pygmées, n’est pratiquement pas recensée.

#### **2. Situation sociodémographique**

La RDC est le second pays le plus peuplé d’Afrique subsaharienne avec une population estimée à 60 millions d’habitants disproportionnellement répartie sur le territoire. Selon l’enquête 12-3 (2005), 69,6 % de la population vit en milieu rural contre 30,4% en milieu urbain. Le pays est sous-peuplé avec seulement 24 habitants au km<sup>2</sup>. Il sied de souligner que particulièrement la ville Province de Kinshasa a une très forte densité, avec 577 habitants au km<sup>2</sup> suite à la concentration des infrastructures économiques, scolaires, universitaires et sanitaires ainsi que des institutions administratives et politiques . Ceci offre à la population de la capitale une meilleure offre d’emploi que dans les Provinces attirant ainsi, les populations en provenance des autres provinces.

La population d’âge économiquement actif (20-64 ans) c’est-à-dire les adultes qui doivent prendre en charge à la fois des enfants et des vieillards, représente 40% de la population totale, soit 38,8% chez les hommes et 41,2% chez les femmes. La diversité géographique ponctuée par les forêts et les cours d’eau se combine à la grande diversité culturelle et linguistique pour accentuer la dispersion et l’enclavement géographiques de différents groupes. Ainsi l’ampleur des besoins sociaux de base, en l’occurrence des besoins éducatifs, à satisfaire s’articule, pour

les politiques nationales, à la complexité d'atteindre des populations dispersées sur de vastes étendues et, de surcroît, dans des zones très difficiles d'accès.

Pour l'ensemble du pays, l'incidence de la pauvreté (71,34%) est très élevée si on la compare à celle des autres pays de l'Afrique centrale. En effet, la pauvreté atteint des proportions effroyables, touchant plus de 70% de la population du pays. L'ampleur de la pauvreté varie considérablement d'une région à une autre, selon qu'on réside en milieu urbain et rural, selon les groupes socioprofessionnels (les travailleurs indépendants et les apprentis sont les plus pauvres (77%) ; suivies des manœuvres, des employés et ouvriers semi qualifié (66%). On compte plus de 40% de pauvres parmi les cadres de direction et de collaboration) ainsi que selon les groupes sociodémographiques (la pauvreté frappe surtout les ménages où l'âge du chef est compris entre 30 et 65 ans (plus de 70% de pauvres). Il résulte de cette situation la non satisfaction des besoins fondamentaux de la population de sorte que des réformes vigoureuses sont à entreprendre dans le secteur économique pour permettre la réduction de la pauvreté. Dans ces conditions, les besoins de financement massif des secteurs sociaux comme la santé contrastent avec les ressources relativement maigres mobilisées et/ou mobilisables par l'Etat.

### **3. Situation politico-administrative.**

La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend onze Provinces. Chaque province est divisée en districts, les districts sont à leur tour, divisés en territoires, les territoires en secteurs et les secteurs sont divisés en villages ou localités. La RDC compte 41 districts et 222 territoires. La constitution de la troisième République prévoit le passage à 26 provinces. Votée en février 2006, cette nouvelle organisation territoriale doit prendre effet dans les trois ans qui suivront l'installation effective des institutions politiques prévue par la Constitution (Article 226). A ce jour, cette nouvelle disposition n'est pas encore en place et devrait l'être d'ici fin 2010. Ce découpage doit permettre une décentralisation du pouvoir vers les Provinces grâce à une plus grande autonomie de gestion.

Cette disposition constitutionnelle traduit la volonté politique non seulement de rapprocher, des centres de décision, des administrés dispersés sur de vastes étendues souvent difficiles d'accès, mais elle est également motivée par le souci de bonne gouvernance à travers la participation des communautés de base au processus de décision concernant leurs propres affaires. L'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, la répartition concrète des compétences et l'allocation conséquente des ressources, demeure un véritable défi et doit encore faire l'objet de négociations et de compromis.



Figure 1 Carte administrative de la RDC

#### 4. Situation économique et financière

Depuis 2001, avec la mise en place du Programme intérimaire renforcé, la RDC est sur la voie du redressement au regard des progrès accomplis dans les domaines politiques et économiques. En effet, durant cette période, le Gouvernement a pris d'importantes mesures afin d'instaurer la démocratie et rétablir la paix. L'économie a réagi favorablement à ces avancées. Aussi, sur le plan économique, les réformes et les politiques macroéconomiques prudentes ont contribué à relancer la croissance et à réduire significativement l'inflation. Sur la période 2002-08, la croissance et l'inflation ont évolué respectivement de 6 % et de 15,9% l'an. Toutefois, depuis le mois de juillet 2008, il s'observe un essoufflement de la croissance économique suite principalement à l'effondrement du secteur minier, conséquence de la crise financière internationale. Ainsi, la croissance s'est ralentie à 2,7% en 2009 et l'inflation est montée à 45%. Le PIB par tête a chuté d'environ 174,5 dollars américains en 2008 à 156,8 dollars en 2009, soit un niveau cinq fois inférieur à la moyenne africaine. Une telle tendance comporte certainement des effets défavorables au développement du système de santé du fait de la stagnation ou amenuisement des ressources allouées à santé.

D'importants dépassements des crédits monétisés ont dégradé la situation budgétaire au cours de la période 2006-09, malgré une bonne performance des recettes. Les recettes budgétaires ont

été exécutées au-delà de la programmation, avec une augmentation graduelle de 11,4 % en 2005 à 12,9 % du PIB en 2006 et 18,5% du PIB 2009 pour chuter à 17,9 % du PIB en 2010, sous l'effet de la crise financière internationale. Les dépenses sur ressources propres ont été exécutées au-delà du plafond programmé dans le plan de trésorerie sur la période 2002-09 suite à des pressions sécuritaires et humanitaires, qui ont induit des accroissements imprévus en cours d'exercice des dépenses courantes de souveraineté, de sécurité et celles liées à la décentralisation. La difficulté de maîtriser les dépenses courantes s'est traduite par un accroissement excessif des agrégats monétaires entre 2006-07.

### **5. Caractéristiques du système de santé**

La situation d'urgence, consécutive aux troubles sociopolitiques que connaît le pays depuis 1990, a donné lieu à l'introduction des interventions humanitaires dont l'approche a été essentiellement une approche sélective des problèmes de santé. Ces interventions qui, avec la normalisation de la situation socio-économique, devaient au fur et à mesure laisser la place aux interventions de développement, passent malheureusement à la chronicité et démasquent au fil de temps leur vrai visage : un outil de déstructuration du système de santé de la RDC.

L'approche sélective des problèmes de santé avec une priorité accordée aux interventions de lutte contre certaines maladies, dites les plus meurtrières, a atteint son point culminant avec l'adoption en septembre 2000, lors du sommet du millenium des Nations Unies, des Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) dans le but d'accélérer la réduction de la pauvreté. Ceci s'est traduit par la création au niveau international d'une série des programmes sélectifs et des fonds d'appui aux problèmes spécifiques de santé.

A l'évidence, sur le plan interne de la RDC, le bon sens suffit pour dire que l'organisation actuelle du niveau central du Ministère de la santé en 13 Directions Centrales et 52 Programmes Spécialisés rend très difficile la fonction de coordination intra sectorielle qui doit être assurée par le Secrétaire Général à la Santé, et conduit inévitablement aux chevauchements dans les missions et attributions des directions et programmes spécialisés. Cet état de chose n'est pas sans conséquence sur l'offre des soins au niveau opérationnel.

De plus, les stratégies de survie individuelles et institutionnelles prévalences depuis des décennies, et qui au fil de temps sont devenues des caractéristiques de fonctionnement des institutions (ministères de la santé & éducation notamment) ont conduit à une multiplication effrénée des structures aussi bien de formation que de prestation des soins. C'est ainsi qu'on a dénombré en 2009, 39 facultés et 108 instituts supérieurs des Techniques Médicales (ISTM). (ELS, 2009). Depuis 1998 le nombre d'ITM (Instituts des Techniques Médicales) a augmenté

d'environ 54% passant ainsi de 255 à 466 en 2009 selon les états des lieux organisés en 1998 et en 2009. . Le nombre des diplômés des ITM est passé d'une moyenne annuelle d'environ 1500 entre 2001 et 2005 à environ 3000, sinon plus entre 2007 et 2009 !

Subsidiairement à ce qui se passe au niveau central, une tendance se dessine pour le niveau intermédiaire, la multiplication des bureaux dans une logique de reproduction des tâches des directions centrales et la création des coordinations et points focaux des programmes spécialisés. Les 2 échelons du niveau intermédiaire à savoir, l'inspection médicale provinciale et l'inspection de district, tirent ainsi leurs priorités du niveau central.

Au niveau opérationnel, outre le fait qu'un nouveau découpage des zones de santé est intervenu, l'intégration des structures de la zone de santé pose problème (l'hôpital évolue à part et fait concurrence aux centres de santé). La plupart des programmes subsidiés par des bailleurs des fonds étendent leurs activités jusqu'au niveau périphérique. Le PMA au lieu d'être mis en œuvre de façon intégrée par une équipe polyvalente, devient un PMA sélectif mis en œuvre par du personnel spécialisé.

Le système de santé est caractérisé ainsi par la désintégration qui se traduit par la désarticulation de ses éléments, l'exercice anarchique des activités de santé, la production de services de santé de qualité douteuse et la déshumanisation des services de santé.

## **6. Profil sanitaire**

Problèmes liés à la longue période caractérisée par la situation d'urgence.

Les situations d'urgence qui ont prévalu ces dernières années avec la préoccupation de faire tout et tout de suite ont été un prétexte pour faire des interventions de façon disparate, sans suivre une démarche cohérente. Parmi les conséquences liées à cette façon de faire on peut citer : (i) la substitution des structures de l'administration de la santé chargée de la mise en œuvre des activités par les organisations non gouvernementales (cas des ONGs engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA qui installent dans tout le pays des centre de traitement aux antirétroviraux), (ii) la mise en place des circuits parallèles d'approvisionnement en médicaments qui contournent et donc fragilisent le système national, (iii) la mise en place des plusieurs circuits d'information sanitaire avec comme résultat que chaque CS a désormais près de 40 canevas de rapports mensuels à remplir, etc.

On a également assisté à une multiplication des infrastructures qui ne répondent à aucune logique de rationalisation de la couverture sanitaire. Dans la logique de rapprocher les soins de santé des bénéficiaires, nous assistons à la création des Centres de Santé de Référence (CSR) pratiquant

des interventions chirurgicales et postes de santé (PS) dans les aires de santé. Outre le fait que la création des CSR et PS ont une influence néfaste sur la qualité des soins, ces dérives ont également comme conséquence, par leur inefficience, des effets à long terme sur la durabilité du système, d'un point de vue économique, mais aussi d'un point de vue technique. Absence d'un cadre de référence correcte pour la définition des services de zone

L'hôpital semble avoir été « oublié » comme élément structurant de la zone de santé et comme structure chargée de l'appui au développement des services de 1er échelon. La séparation des responsabilités entre la gestion de l'hôpital et de la zone de santé (médecin chef de l'hôpital et médecin chef de zone) constitue également un élément déstructurant du système.

L'idée que l'équipe polyvalente du CS travaille par délégation de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) semble progressivement céder le pas à la mise en place au niveau du CS des activités de contrôle des maladies segmentées en relation avec des programmes prioritaires bien financés (PNT, PEV, PNLs, PNSR, PNTHA, PNLO,...). Par ces faits, la notion d'intégration, de globalité et de continuité qui caractérisent les SSP disparaissent et la supervision est vidée de son contenu, en tant qu'instrument de formation continue visant un renforcement global des capacités du personnel en charge des services en contact avec la population.

Au niveau de l'équipe de gestion de la zone de santé, il y a peu de travail d'équipe. Ceci est dû notamment au fait que les services de la zone de santé (CS et HGR) ne sont pas (ou peu) vus comme des services intégrés, ayant des fonctions spécifiques mais complémentaires et devant fonctionner de manière coordonnée.

S'il est vrai que tout le monde s'accorde sur la nécessité de développer les zones de santé comme le recommande d'ailleurs le cadre normatif du secteur de santé (PNS et PDDS), il est tout aussi vrai que les acteurs du secteur de la santé ne se sont pas encore accordés sur la manière de le faire, sur la stratégie (principales interventions) à mettre en œuvre en vue du développement des zones de santé. Cette absence de vision commune a été décriée dans plusieurs fora organisés au sein du secteur de la santé. Parmi ces fora, on peut citer : la Table Ronde du secteur de la santé organisée en mai 2004, la revue annuelle 2004, etc. La stratégie de renforcement du système de santé définie adoptée en 2006 et dont on est à sa deuxième édition aujourd'hui et qui est essentiellement basée sur le développement des Zones est justement destinée entre autre à combler ce vide.

## 7. Rôle des bailleurs dans l'évolution du système de santé

L'analyse du climat dans lequel se font les interventions des partenaires extérieurs révèle que l'agenda de certains parmi eux n'est pas toujours le développement durable du système de santé de la RDC. La mise en place au niveau intermédiaire des structures qui représentent les institutions partenaires du Ministère de la Santé crée plusieurs problèmes au secteur de santé déjà fragile. Parmi ces problèmes on peut citer : (i) des conflits de plus en plus croissants avec des structures qu'elles sont censées appuyer, (ii) l'accentuation de la verticalisation du système du fait de l'intervention de ces structures d'appui y compris dans les centres de santé et la communauté et (iii) une inefficience, pour le moins importante, dans l'utilisation des ressources mises à la disposition du fait des coûts élevés transactions, (iv) une évolution progressive du rôle d'appui que sont supposés jouer les partenaires du secteur à celui de prestataires.

Le risque de faire mourir le système de santé déjà agonisant devient d'autant plus important quand, à l'insuffisance d'un leadership et d'une vision partagée sur le système de santé à mettre en place, vient s'ajouter la préoccupation de survie de certains cadres du ministère de la santé qui les conduit à créer des alliances avec cette catégorie des partenaires.

On assiste à une multiplication des structures centrales pour s'adapter à ce qui est perçu comme des possibilités d'accéder à des financements extérieurs (c'est ainsi que depuis 2002 le nombre des directions au sein du Ministère est passé de 7 à 13 et le nombre de programmes de 17 à 52). Outre l'inefficience que cela génère, et la difficulté de gérer ces structures de façon cohérente, cela introduit de nombreux chevauchements, tensions et conflits entre les animateurs de ces structures.

À l'instigation de certains partenaires financiers, une nouvelle catégorie socioprofessionnelle a été créée, les relais communautaires (RC) et dont le rôle est précisé : "les fonctions des relais communautaire comprendront le traitement de la diarrhée, de la pneumonie, du paludisme, la promotion et l'acceptation de la planification familiale, la promotion de 12 comportements clés compris dans le paquet PCIME communautaire, l'identification et la référence des complications obstétricales vers le centre de santé ou directement à l'hôpital de première référence". À cette catégorie des relais qu'on pourrait qualifier de "généralistes", il faudra ajouter la catégorie des relais par programme spécifique. Le nombre de ces prestataires est tel que leur supervision est quasi impossible, ce qui ouvre à porte à de nombreux abus.

Le besoin de disposer des données sur les résultats de différents programmes mis en œuvre et/ou financés par les partenaires extérieurs a conduit à la restructuration du système d'information sanitaire du Ministère de la Santé en l'organisant en 12 composantes indépendantes. Si on place

réellement la population au centre des préoccupations du système de santé, le constat est que le recueil de données pour les niveaux supérieurs a nettement pris le pas sur l'auto évaluation des services de santé et l'organisation rationnelle de l'information sur les patients. D'une fonction d'appui à la gestion des services, le recueil de données s'est transformé au fil de temps en un 'programme spécifique' qui ne dit pas son nom et dont le coût de fonctionnement a tendance à dépasser, toute proportion gardée, le financement des services de santé.

Des contradictions des politiques et modes de financement de certains partenaires extérieurs sont manifestes. Bon nombre d'entre eux ont une pratique double, en parallèle: d'une part un "financement- système" à travers l'appui aux zones de santé, et d'autre part un "financement- mise en- œuvre- de- programmes".

Cependant, depuis la déclaration du Groupe Inter Bailleurs Santé relative à leur alignement sur la Stratégie de Renforcement du Système de Santé faite en février 2006 lors de l'adoption de cette dernière, les bailleurs du secteur presque tous adhéré aux principes de la réforme du financement qui devra dans les années à venir permettre de réduire la fragmentation, améliorer l'efficacité et l'efficience des interventions dans le secteur de la santé.

## 8. Organisation du système de santé

Le système de soins de santé en RDC est organisé en 3 niveaux selon un modèle pyramidal : niveau central, niveau intermédiaire et niveau périphérique. Le niveau central est le niveau normatif et régulateur.

Le niveau intermédiaire a un rôle d'appui et d'accompagnement. Le niveau périphérique est la Zone de Santé qui constitue le niveau opérationnel des activités de soins de santé primaires. En vue de favoriser l'accessibilité géographique aux SSP, le pays a été subdivisé en 306 Zones de Santé (ZS) en 1985 puis en 515 en 2003. Elles desservent chacune en moyenne 100.000 habitants en milieu rural et 150.000 en milieu urbain. Chaque ZS comprend un bureau central de la ZS (BCZS), un hôpital général de référence (HGR) et une constellation de 15 à 20 centres de santé (CS) desservant chacun une Aire de Santé (AS), émanant de la communauté locale. Le système de santé de la RDC demeure défectueux en raison des crises récurrentes et des conflits armés.

## A. 2. ANALYSE DE LA SITUATION DES MALADIES

### 1. Situation des MNT dans le monde

La charge mondiale des MNT continue d'augmenter; la réduire est l'un des grands défis pour le développement au XXIe siècle.

On estime qu'en 2008, les MNT ont causé 36 millions de décès soit 63 % de l'ensemble des décès dans le monde ; 80 % (29 millions de décès) sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

La mortalité due aux MNT devrait encore augmenter de 17 % au cours des dix prochaines années. C'est surtout parmi les populations pauvres et défavorisées que l'incidence de ces maladies augmente rapidement, creusant encore les écarts sanitaires entre les pays et dans les pays.

Les principales causes de décès par MNT en 2008 étaient :

1. Les maladies cardio-vasculaires (17 millions de décès, ou 48 %) ;
2. Le cancer (7,6 millions, ou 13 %) dont plus des deux tiers dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

On estimait à 530 000 les cas de cancer du col de l'utérus dans le monde et à 270 000 le nombre de décès provoqués par la maladie en 2008 :

1. Les maladies respiratoires, y compris l'asthme et les Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (4,2 millions) ;
2. 2,3 millions de décès annuels soit 3,8 % de l'ensemble de cas s de décès annuels sont imputables à la consommation d'alcool ;
3. 1,7 millions (2,8 %) des décès mondiaux sont imputables à une faible consommation de fruits et de légumes ;
4. L'hypertension provoque 7,5 millions de décès annuels dans le monde - ce qui correspond à environ 12,8 % des décès ;
5. L'hypercholestérolémie provoque 2,6 millions de décès (4,5 % des décès) ;
6. Le tabagisme provoque près de 6 millions de décès annuels dans le monde, dont 600 000 sont imputables au tabagisme ;
7. Me passif des non-fumeurs ;
8. Le diabète est responsable de 1,3 million de décès annuels ; - On estime qu'en 2008, au moins 2,8 millions de décès annuels sont imputables à l'excès pondéral ou à l'obésité ;
9. Le suivi mondial des MNT en 2008 note également ce qui suit :

- La consommation d'acides gras saturés était située entre 2 et 35 % ;
- La prévalence mondiale du diabète était estimée à près de 10 % ;
- La prévalence globale de l'HTA chez le sujet de 25 ans et plus était de 40% ;
- La prévalence mondiale de l'hypercholestérolémie chez l'adulte était de 39% (37 % chez l'homme et 40 % chez la femme) ;
- La prévalence mondiale du tabagisme de l'adulte était de 22 % pour les deux sexes (36 % pour l'homme et 8 % pour la femme).

## **2. Situation des MNT en Afrique et en RDC**

La charge des MNT en Afrique connaît la même tendance qu'au niveau mondial.

On estime qu'en 2008, 40% des décès survenus en Afrique sont dus aux MNT et aux traumatismes. Si rien n'est fait, cette prévalence passera à 55% en 2025.

La situation des Facteurs De Risque (FDR) des MNT en Afrique en 2008 se présente comme suit :

1. La prévalence de la consommation du tabac de l'adulte était de 2,4 à 23% avec une prédominance masculine ;
2. La consommation moyenne d'alcool par tête d'habitant variait de 1,10 à 37 litres d'alcool pur avec une médiane de 18 Litres ;
3. La consommation de fruits et légumes est faible ; en effet, le nombre moyen de fruits consommés par les adultes dans une semaine varie d'un pays à un autre. Il varie de 1 au Botswana à 4,5 aux Seychelles. En ce qui concerne la consommation de légumes, le nombre moyen de jours varie de 1,6 jour par semaine au Botswana à 5,8 jours au Swaziland, la prévalence de l'inactivité physique variait de 6,6% au Mozambique à 66,5 au Swaziland.
4. La prévalence de l'obésité varie de 1 à 31% avec une médiane de 6%
5. La prévalence de l'HTA varie de 31 à 50%
6. La prévalence du diabète varie de 6 à 15,2% avec une médiane de 8,9%
7. La prévalence de l'hypercholestérolémie varie de 15 à

### **Les MNT en RDC**

Les Maladies Non Transmissibles « MNT » désignent selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), des maladies chroniques qui peuvent être attribuées à l'interaction de différents facteurs génétiques, environnementaux et surtout ceux liés au mode de vie et qui ont en commun les facteurs de risque suivants : le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, les régimes alimentaires déséquilibrés et le manque d'activité physique.

En RDC, ces maladies sont essentiellement : les Maladies Cardiovasculaires, le diabète, la Maladie Rénale Chronique, le cancer et les maladies respiratoires chroniques.

Les maladies non transmissibles en plus de la mortalité, provoquent un état morbide chronique conduisant à des handicaps.

Les MNT touchent un grand nombre d'individus même dans les couches les plus pauvres de notre pays. Cependant, nous disposons d'un moyen de lutte simple, efficace et peu coûteux contre les facteurs de risque de ces maladies. Il s'agit de la stratégie mondiale de l'alimentation saine, de l'activité physique et de la santé que l'OMS recommande aux pays depuis mai 2004.

Notre pays, par ce document, se dote d'une politique nationale de lutte contre les Maladies Non Transmissibles qui définit les principes, les orientations, le cadre multisectoriel de mise en œuvre et les stratégies à mettre en place.

Cette lutte prend en compte la politique des Soins de Santé Primaires et la stratégie mondiale de l'alimentation saine, l'exercice physique et de santé.

La politique nationale offre à notre pays le moyen de contrôler les Maladies Non Transmissibles, les facteurs de risque et les déterminants environnementaux.

### **A. 3. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN RDC**

#### *1° Contexte*

Les maladies non transmissibles (MNT) comprennent principalement les maladies cardiovasculaires, le diabète, la maladie rénale chronique, le cancer et les maladies respiratoires chroniques.

Ces maladies, jadis affections des pays développés et industrialisés, sont devenues un problème de santé publique en Afrique subsaharienne.

L'une des causes est l'exposition aux différents facteurs de risque modifiables de l'environnement : inactivité physique, sédentarité, mauvaise alimentation, excès d'alcool, tabagisme, stress, surcharge pondérale et obésité.

A l'heure actuelle, on estime que les facteurs de risque modifiables déterminent au moins 75% de l'ensemble des maladies cardiovasculaires qui représentent 9,2% de l'ensemble des décès en Afrique. Il existe aussi une interaction entre les facteurs de risque modifiables et non modifiables (sexe, âge, caractères génétiques).sources ?

La cinquante-septième Assemblée Mondiale de la Santé tenue au mois de mai 2004 a, par sa résolution WHA/57.17, approuvé la Stratégie Mondiale pour l'alimentation et l'exercice physique. Cette stratégie a pour but de promouvoir et de protéger la santé en aidant à créer des conditions propices à l'application des mesures durables aux niveaux individuel, communautaire, national et mondial et qui ensemble réduiront la morbidité et la mortalité liée à une mauvaise alimentation et à la sédentarité.

En RD Congo, l'émergence des maladies non transmissibles n'est plus à démontrer. Il s'agit principalement de : maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, coronaropathies...), le diabète, la maladie rénale chronique, le cancer et les maladies respiratoires chroniques.

Dans le cadre de la lutte contre la Maladie, le Ministère de la santé avec l'appui de l'OMS, avait aux mois d'avril et de mai 2005 mené une enquête STEPwise sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles dans la ville de Kinshasa. Les résultats de celle-ci ont permis de mesurer l'ampleur des facteurs de risque dans la population de la capitale de la RDC : un adulte sur 4 est à haut risque. Cette situation inquiétante démontre que la population de la RDC en général et plus particulièrement celle de Kinshasa change le mode de vie, preuve d'une transition démographique, sociale et alimentaire importante qu'il faille prendre au sérieux.

## *2° Analyse sectorielle*

En RDC, les activités de lutte contre les MNT devraient être réalisées par plusieurs secteurs: alimentaire, agriculture, jeunesse, loisirs, sports, éducation, commerce, industrie, finances, transports, médias et communication, affaires sociales, aménagement du territoire et urbanisme.

### 8. Secteur santé

Le système de santé est constitué de 3 niveaux (périphérique, intermédiaire, central) et chaque niveau de la pyramide sanitaire à des responsabilités bien définies :

#### *Au niveau périphérique*

La lutte contre les MNT n'est pas bien organisée et ses activités ne sont pas intégrées dans les Soins de Santé Primaires. A défaut de directives et d'orientations stratégiques, les activités de lutte sont mises en œuvre à ce niveau de façon différente, d'une zone de santé à une autre. De plus, les structures de santé manquent de moyens élémentaires de diagnostic et de prise en charge. La sensibilisation de la population pour la prévention de maladies n'est pas suffisante.

La plupart des zones de santé ne possèdent pas des plans d'action incluant les activités de lutte contre les MNT. Les structures qui organisent la prise en charge correcte n'existent que dans quelques grandes villes du pays.

#### *Au niveau Intermédiaire*

A ce niveau, l'absence des documents de politique nationale et de normes ne permet pas l'encadrement et le suivi des activités au niveau des zones de santé.

#### *Au niveau Central*

Il existe, à côté de la Direction de Lutte contre la Maladie (DLM) des programmes spécialisés, notamment le Programme National de Lutte contre le Diabète, le Programme National de Lutte contre le Cancer, le Programme National de Lutte contre les maladies Cardiovasculaires, le Programme National de Lutte contre les maladies respiratoires chroniques, le Programme National de Lutte Contre les Toxicomanies et les substances toxiques....

Cependant, les politiques et les normes de mise en œuvre ne sont ni élaborées, ni diffusées aux niveaux inférieurs de la pyramide sanitaire.

La plupart de ces programmes n'ont jamais fonctionné à l'exception du Programme National de Lutte contre le Diabète dont les activités sont essentiellement focalisées sur la prise en charge à Kinshasa et sur la formation du personnel soignant en provinces.

Le PRONANUT créé en 2000 dont les actions ont permis d'éliminer la carence en Iode, s'occupe principalement de l'alimentation du nourrisson, du jeune enfant et de la femme (supplémentassions en Vit A, fortification de certains aliments, déparasitage au Mebendazole, allaitement exclusif au lait maternel, la prise en charge et le contrôle de la malnutrition.....).

Le Programme National de Lutte Contre les Toxicomanies et les Substances Toxiques (PNLCT), fonctionnel depuis 2003, exerce principalement les activités de prévention, de vulgarisation, et de prise en charge des victimes contre le tabagisme, l'alcoolisme, les drogues et les substances toxiques.

Ces programmes ne disposent pas de politiques, des plans stratégiques de lutte ni des normes et directives à l'exception du PRONANUT dont l'action a été focalisée essentiellement sur les maladies carencielles ; par contre le PNMCV n'a produit en 2003 qu'un plan d'action triennal de lutte contre les MCV qui n'a pas été mis en œuvre.

Par ailleurs, la lutte contre les MNT n'est pas intégrée dans les soins de santé primaires et a semblé ne pas constituer une priorité.

Le système national d'information sanitaire (SNIS) ne capte pas les données relatives aux MNT

#### 9. Secteurs éducatif et Sportif (activité physique)

Il existe très peu d'études scientifiques et d'enquêtes fouillées qui établissent de façon précise le comportement de la population par rapport aux activités physiques et sportives. Il n'existe pratiquement pas des données fiables sur le nombre de pratiquants, les infrastructures, la production des équipements de sports et de loisirs, le financement, la santé des pratiquants des activités physiques et sportives.

Néanmoins, en l'absence de données scientifiques fiables, il est admis que la bonne pratique des activités physiques, sportives associées à une alimentation saine concourt à la prévention des Maladies non transmissibles.

Par ailleurs, les cours d'éducation physique et d'hygiène alimentaire ne sont pas assurés dans la majorité d'écoles maternelle, primaire, secondaire et universitaire. Les différents ministères concernés (éducation, santé, agriculture, enseignement supérieur et universitaire ne s'impliquent pas suffisamment dans la promotion des activités physiques et sportives (non-respect du programme, le personnel qualifié insuffisant, spoliation et manque d'infrastructures appropriées, conditions de travail difficiles, manque d'équipements et de matériels sportifs). Le sport de masse (quartiers) n'est pas organisé.

Bref, l'éducation en matière sportive et alimentaire est abandonnée avec comme conséquence l'ignorance du concept de l'activité physique et de l'alimentation saine au niveau de la population et des responsables politiques, ainsi qu'une persistance de la pesanteur socio-culturelle sur la pratique des activités sportives par rapport à l'âge et au sexe.

#### 10. Secteur alimentaire et nutritionnel

Le secteur alimentaire est caractérisé par:

- Des mauvaises habitudes alimentaires (trop gras, trop sucré, trop salé) ;
- Une méconnaissance des besoins nutritionnels en fonction de l'âge et du sexe ;
- Une insuffisance de la sensibilisation sur l'alimentation équilibrée ;
- Une insuffisance de contrôle des messages publicitaires sur l'alimentation et

- Un manque de messages publicitaires sur l'alimentation saine. La législation en la matière selon les normes de l'OMS (production des aliments, contrôle de qualité des produits alimentaires manufacturés) est inexistante.

## 1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

L'émergence des maladies non transmissibles n'est plus à démontrer en RD Congo. En effet, des études menées à Kinshasa ont montré un taux de prévalence du diabète variant entre 5,4 et 17% dans la population de plus de 15 ans (M'buyamba JR et al 1987; Bieleli E et al, 2000, Longo et al, 2005, Sumaili EK et al, 2008).

L'hypertension artérielle est un problème de santé préoccupant de par sa prévalence, sa sévérité et sa précocité. Les données hospitalières montrent que les maladies cardiovasculaires représentent 20,7% de l'ensemble de la morbidité et 21% de la mortalité ; l'hypertension artérielle contribue à plus de 12,5% de cette morbidité et à 14,7% de la mortalité (enquête STEPSwise 2005).

Bien que les données relatives à l'ampleur et aux caractéristiques du cancer dans la région africaine soient insuffisantes, les études et les estimations disponibles laissent apparaître une augmentation de l'incidence due aux agents infectieux et à un accroissement de la consommation de tabac et d'alcool, aux mauvaises habitudes alimentaires, à l'inactivité physique et à la pollution atmosphérique.

Les cancers les plus fréquents dans la Région africaine sont les cancers du col de l'utérus, du Sein, du foie et de la prostate, ainsi que les sarcomes de Kaposi et les lymphomes non hodgkiniens (AFR/RC50/10/2000).

En RDC, selon les données hospitalières du Centre Hospitalier Nganda de Kinshasa , qui est le seul centre de radiothérapie (de janvier 2006 à décembre 2007), un total de 361 cas a été enregistré et repartis de la manière suivante : Cancer gynécologique et mammaire: 216/361, Cancer tête et cou: 57/361, Cancer du tube digestif: 20/361, Cancer génito-urinaire: 14/361, Cancer hématologique: 18/361, Cancer: tissu mou et os: 26/361, Autres cancers: 10/361.

Quant aux maladies respiratoires chroniques, l'asthme bronchique chronique et les pneumopathies chroniques obstructives sont les plus courants. Selon les estimations récentes de l'OMS (2007), actuellement 210 millions de personnes ont une Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), et 3 millions de personnes sont mortes de suite d'une BPCO en

2005. L'OMS prévoit que la BPCO deviendra la quatrième cause de décès dans le monde en 2030.

Le manque d'informations dans le pays à faible revenu ne permet pas de connaître le taux de mortalité par asthme. Dans les pays industrialisés, le taux de mortalité est d'environ 1 pour 100000 habitants par an, mais peut atteindre 9 pour 100000 habitants.

- a. Etat des lieux des capacités et d'évaluation de la lutte contre les MNT
  - i. Infrastructures de santé Publique, partenariat, collaboration multisectorielle
  - ii. Etat des politiques, des stratégies et des plans d'actions contre les MNT
  - iii. Système d'information sanitaire, surveillance et enquêtes concernant les MNT

## **B. PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MNT**

### **B. 1. Mandat du Ministère de la Santé**

#### **▪ CE QUI EST DIT SUR LES MNT DANS LA SRSS ET LE PNDS**

A l'instar des autres pays, le système de santé de la RDC vise les trois grands objectifs de tout système de santé, à savoir : contribuer à améliorer la santé de la population, répondre aux attentes de la population et répartir équitablement la contribution financière. En vue de la réalisation de ces objectifs, le système de santé devrait s'acquitter de 4 fonctions suivantes : la prestation des services, la production des ressources, le financement et l'administration générale ou la gouvernance. La présente analyse sur la gouvernance concerne les principales capacités du ministère, notamment (i) celles à élaborer des lois, politiques, textes réglementaires et normes, et à veiller à leur stricte application, (ii) la capacité de piloter les réformes et la décentralisation dans le secteur de la santé, (iii) la capacité de coordonner l'ensemble du secteur, (iv) la capacité de renforcer le leadership relatif au travail intersectoriel, et à la création d'un climat favorable au développement du système de santé .

#### **▪ ELABORATION DE POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES MNT**

##### **Prévalence des maladies non transmissibles**

Une enquête de surveillance, utilisant l'instrument STEPS de l'OMS, sur les facteurs de risque des maladies chroniques a été conduite à Kinshasa, capitale de la République Démocratique du Congo en 2005. Les 3 étapes de la méthode SETPS ont été franchies. Dans le STEP1, des informations sociodémographiques et comportementales ont été collectées. Dans le STEPS 2, des mesures physiques telles que la taille, le poids et la tension (pression) artérielle ont été prises.

Cette enquête STEPS [Kinshasa/RDC] a porté sur la population générale, ciblant les adultes âgés de 15 ans et plus. Les résultats de cette étude montrent que dans la ville de Kinshasa, chez les adultes de plus de 15 ans, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 11% et celle du diabète est de 15,5%.

#### ▪ RECONNAISSANCE DE L'AMPLIEUR DES MNT

Les six axes stratégiques de cette seconde édition de la SRSS sont donc : la revitalisation de la Zone de Santé et la correction des distorsions induites à ce niveau qui en constitue l'axe principal, le renforcement de la gouvernance et du leadership, le développement des ressources humaines pour la santé, la réforme du secteur du médicament, la réforme du financement de la santé, et le renforcement du partenariat intra et inter sectoriel.

#### **B. 2. Vision du Ministre de la Santé**

En RDC, la lutte contre les maladies non transmissibles doit contribuer à réduire la mortalité prématurée et à améliorer la qualité de la vie.

La RDC s'engage en matière de lutte contre les MNT à améliorer la santé de la population par la promotion des mesures préventives, le dépistage précoce, la prise en charge correcte des cas au sein des structures de santé, la promotion de la lutte et de contrôle de ces maladies grâce aux mesures visant à limiter les facteurs de risque et les déterminants environnementaux.

Pour réussir la lutte contre les MNT, on respectera les principes suivants :

1. Relever les défis que lancent les maladies non transmissibles, parfaitement comprendre le problème et pouvoir compter, de la part du secteur de la santé, sur une planification à long terme minutieuse ;
2. Intégrer la lutte dans le processus de réforme du secteur de la santé;
3. Se concentrer, dans le cadre de programmes nationaux efficaces, sur les interventions dont le rapport coût efficacité est favorable;
4. Promouvoir l'équité en garantissant aux groupes sociaux marginalisés ou défavorisés une qualité de soins de santé acceptable;
5. Développer les programmes de sensibilisation en s'appuyant sur le personnel de terrain qui non seulement connaît bien la culture et les particularités locales, mais est encore convenablement informé; créer des partenariats qui, en même temps que le partage.

### **B.3. OBJECTIFS**

#### **Objectif Général**

1. Réduire la morbidité, l'invalidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles en RDC.

#### **Objectifs spécifiques**

1. Réduire les facteurs de risque de maladies non transmissibles par des mesures de santé publique essentielles et par des mesures de promotion de la santé et de prévention de la maladie ;
2. Mettre en place le système de surveillance des MNT, des facteurs de risque et des déterminants environnementaux ;
3. Améliorer les capacités des professionnels de santé à mieux prendre en charge les cas des MNT ;
4. Soutenir les recherches sur les MNT.

### **B. 4.RESULTATS ATTENDUS**

La mise en œuvre des activités du présent plan intégré de lutte contre les MNT permettra d'atteindre les résultats d'effets et d'impacts. De façon spécifique, les résultats suivants doivent être atteints :

1. La coopération internationale et la sensibilisation pour la lutte contre les MNT sont confortées ;
2. Les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT sont consolidés au Bénin ;
3. La prévalence des facteurs de risque modifiables des MNT en RDC réduite ;
4. Le système de santé de la RDC basé sur les soins de santé primaires est efficace pour la prise en charge des MNT;
5. Des travaux de recherche de qualité pour la lutte contre les MNT sont réalisés en RDC ;
6. Un système de surveillance des MNT est disponible en RDC ;
7. Le présent plan est mis en œuvre au moins à 75 %.

### **B. 5. CADRE OPERATIONNEL ET LOGIQUE**

#### **B. 5. 1. La lutte antitabac**

Les mesures et activités envisagées par le programme pour la lutte contre le tabac sont :

1. Elaborer la politique nationale, les normes et les mesures antitabac (loi antitabac) ;
2. Produire le matériel de promotion de lutte antitabac ;

3. Prévenir et assurer la prise en charge des personnes victimes de tabac ;
4. Interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac ;
5. Prendre les mesures financières et fiscales visant à réduire la demande du tabac.

Dans la réglementation en matière de lutte contre le tabac :

1. Réduire l'accessibilité financière des produits du tabac en augmentant les impôts d'accises assujettis au tabac ;
2. Créer, par la loi, des environnements entièrement non-fumeurs dans tous les lieux de travail couverts, les places publiques et les transports publics ;
3. Avertir les populations sur les dangers liés à la consommation et à la fumée du tabac par le biais de mises en garde efficaces sur la santé et des campagnes de communication de masse.
4. Interdire toutes les formes de publicité, de promotion, et de sponsoring.

#### *Mesures antitabac*

Les pouvoirs publics réduisent les méfaits du tabac en adoptant et en appliquant les dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (Convention-cadre de l'OMS). Parmi ces dispositions figurent celles visant à réduire la demande de tabac et d'autres destinées à diminuer à la fois la production et l'offre de tabac.

#### *Mesures visant à réduire la demande de tabac*

1. Article 6: Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac (p.8)
2. Article 8: Protection contre l'exposition à la fumée du tabac (p.9)
3. Articles 9 et 10: Réglementation de la composition des produits du tabac et réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer (p.9)
4. Article 11: Conditionnement et étiquetage des produits du tabac (p.9)
5. Article 12: Education, communication, formation et sensibilisation du public (p.11)
6. Article 13: Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage (p.11)
7. Article 14: Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique (p.13)

#### *Mesures visant à la réduction de l'offre de tabac*

1. Article 15: Commerce illicite des produits du tabac (p.14)

2. Article 16: Vente aux mineurs et par les mineurs (p.16)
3. Article 17: Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables (p.17)

### **B. 5.2. Lutte contre l'usage nocif de l'alcool**

*Dans contre lutte la Consommation abusive d'alcool :*

1. Réglementer la disponibilité commerciale et publique de l'alcool.
2. Restreindre ou interdire les publicités et les promotions des boissons alcoolisées.
3. Exploiter les politiques de tarification telles que l'augmentation des taxes d'accises sur les boissons alcoolisées.

Guérir de l'alcoolisme: un processus en plusieurs étapes :

4. Motivation : un pas vers le changement

La motivation peut être fluctuante dans le processus de désintoxication de l'alcool. Elle connaît des hauts et des bas et s'articule en plusieurs étapes.

1. Dans un premier temps, la personne ne ressent pas le moindre problème; elle n'a aucune motivation. Son entourage fait pression mais s'oppose à une résistance ;
2. La phase suivante est celle de la réflexion: la personne admet son problème, mais le place en dehors d'elle-même. Elle pèse le pour et le contre ;
3. Plus tard, la personne dresse des plans pour modifier sa consommation d'alcool: boire moins ou arrêter. Elle peut très progressivement passer à l'action afin de diminuer sa consommation d'alcool. Sa dignité et son autonomie augmentent.

Ce processus peut aboutir à un changement stable mais la personne n'est pas à l'abri d'une rechute.

Rechuter n'est pas catastrophique :

Dans tous les processus de changement, la rechute est une phase normale, y compris lorsqu'on arrête de boire. Un contretemps, une dispute ou une mauvaise nouvelle peuvent la déclencher. Il ne faut pas considérer la rechute comme un échec. Il arrive fréquemment que les personnes retombent à plusieurs reprises dans leur vieux schéma, pour finalement évoluer vers un changement (plus ou moins) permanent.

Symptômes et conséquences de l'alcool: des médicaments existent :

1. L'abus d'alcool est souvent lié à une carence en vitamine B1. La prise de vitamine B1 est dès lors utile. Les alcooliques développent également fréquemment une carence en magnésium, qui peut mener à des problèmes de santé et doit être corrigée ;
2. En cas de symptômes de manque graves comme une hyperactivité, de l'anxiété, une irritabilité augmentée ou des tremblements, le médecin peut prescrire du diazoxide de chlore à prendre pendant cinq jours environ ;
3. Chez les personnes âgées ou les personnes dont le foie est atteint en raison de leur alcoolisme, on conseille la prise d'oxazepam ;
4. L'acamprosate et le naltrexone diminuent l'envie irrésistible de boire. Le disulfiram fait en sorte que si le patient consomme de l'alcool, il est confronté à des effets déplaisants. Il se sent mal, à envie de vomir... Il s'agit d'un médicament destiné aux malades qui en sont demandeurs. Ces médicaments ont un effet limité et sont plus efficaces dans le cadre d'une approche psychosociale.

Aide psychosociale pour lutter contre l'alcoolisme :

Les assistants sociaux et les thérapeutes développent des stratégies pour la prévention des rechutes. L'option du centre de désintoxication peut être envisagée si la personne a besoin d'un environnement structuré et ne dispose pas d'un soutien social. Une thérapie relationnelle destinée au compagnon ou à la compagne, axée sur la consommation d'alcool, peut également aider. Un accompagnement ou une thérapie peut aussi être nécessaire pour les enfants de parents dépendants à l'alcool, car ils courent davantage de risques de troubles anxieux et du comportement.

Comment aider votre compagnon/compagne?

1. Continuez à impliquer votre compagnon/compagne qui boit trop dans la vie quotidienne à la maison, dans l'éducation des enfants, dans les finances. Ne l'isolez pas ;
2. Evitez les accusations ;
3. Ne lui faites pas la morale. Lorsqu'il/elle est à jeun, demandez-lui: "De quelle manière veux-tu que je t'aide? Que puis-je faire pour toi?".

Seule la personne dépendante peut décider de son sort. Vous ne l'encouragerez pas à modifier son comportement si vous lui mettez la pression.

### **B. 5.3. Alimentation saine&équilibrée et exercices physiques**

*Dans la lutte contre la Mauvaise alimentation :*

1. Réduire la consommation de sel (et ajuster la teneur en iode du sel ionisé, au besoin).
2. Remplacer les gras saturés par les gras insaturés.
3. Mettre en œuvre des programmes de sensibilisation sur l'alimentation et l'activité physique.

*L'exercice physique et ses bienfaits :*

Le manque d'exercice physique et ses conséquences

Il est un des principaux facteurs de risque du mode de vie actuel. Avec l'avènement de la société industrielle, le travail musculaire du paysan et de l'artisan avait fait place à celui de l'ouvrier d'usine, la machine remplaçant pour une part l'effort musculaire. Avec la révolution de l'informatique et de l'Internet, les tâches de surveillance l'emportent sur le travail physique. L'homme moderne, passe la plus grande part de son temps, assis devant son écran d'ordinateur, comme il l'est à table, dans les transports, ou, le soir, devant sa télévision. Or, notre corps, conçu pour le mouvement (les muscles représentent 50% du poids du corps) a besoin d'exercice.

Paradoxalement, alors que l'effort musculaire diminue, l'alimentation de l'homme moderne est de plus en plus riche.

Les conséquences qui en résultent sont gravement dommageables à notre santé :

1. Les articulations se rouillent, faute de mouvement ;
2. Les masses musculaires ont tendance à s'atrophier ;
3. L'ostéoporose, c'est à dire la décalcification osseuse, s'installe.

Au cours d'une visite au Centre d'Etudes Spatiales de Senectudy, aux U.S.A., j'ai pu constater que le risque de santé majeur du vol en apesanteur des cosmonautes résidait dans la décalcification des os.

1. Il en va de même pour l'immobilisation prolongée.

L'alimentation trop riche par rapport à des dépenses énergétiques réduites a pour conséquence de favoriser la surcharge pondérale, l'accumulation de graisses dans le sang et les tissus, le diabète, l'hypertension artérielle, l'athérosclérose.

2. La fatigue musculaire fait place à la fatigue nerveuse, conduisant à l'usage d'excitants nocifs : tabac, alcool, café en excès. Le stress conduit à l'abus des tranquillisants, et les difficultés du sommeil à l'emploi répété des somnifères.

### Les bienfaits de l'exercice

Le meilleur remède réside bien entendu dans la pratique de l'exercice physique. Pour être efficace, celui-ci doit être régulier, voire quotidien. Les bienfaits d'un exercice physique régulier sont multiples :

1. Il permet de lutter contre l'ankylose et l'ostéoporose et contribue au développement musculaire harmonieux.
2. Il permet de brûler l'excès de graisses et de sucre qui encombre notre organisme, réduit le surpoids en remplaçant une partie de la masse grasseuse par une musculature de bonne qualité. En brûlant les graisses du sang, il abaisse le taux du « mauvais » cholestérol (L.D.L. et triglycérides) et augmente celui du « bon » cholestérol H.D.L., protecteur de nos artères. Il contribue ainsi à retarder la sclérose artérielle.
3. Il augmente le débit cardiaque et régularise la tension artérielle : le cœur est d'abord un muscle.
4. Il est un facteur essentiel de bonne santé respiratoire. L'exercice augmente la ventilation et la circulation dans les bronches et les poumons. Il est l'un des meilleurs moyens d'assurer un bon drainage des sécrétions bronchiques et sinusiennes, et de lutter contre l'obstruction nasale si fréquente chez ceux qui passent la plus grande partie de leur temps dans des pièces trop chauffées, trop sèches, parfois enfumées, tout en mangeant à l'excès sans « bouger » leur corps.
5. Il assure un meilleur équilibre nerveux, aide à lutter contre le stress et à se libérer de l'excitation nocive procurée par le tabac à l'alcool ; il facilite un sommeil de bonne qualité, notamment le sommeil profond et réparateur.
6. Il stimule l'immunité anti-infectieuse et s'accompagne d'une augmentation des lymphocytes et des granulocytes, ainsi que de l'interleukine, médiateur chimique de la stimulation des cellules immunitaires.

« L'actif bien entraîné prend joyeusement l'escalier, heureux de faire travailler sa respiration et son cœur... En habituant son corps à des efforts réguliers, l'entraînement physique fait paraître faciles les efforts de la vie de tous les jours. »

#### A. Préférer les exercices d'endurance

7. L'exercice physique, pour être vraiment bénéfique, doit être pratiqué de façon régulière, au moins 3 fois par semaine, et en séances d'assez longue durée, pour brûler les graisses en excès de l'organisme. Il faut privilégier l'exercice dynamique, où la souplesse l'emporte sur la force, et surtout les exercices d'endurance par rapport aux exercices statiques de force. Autant l'effort brutal est dangereux pour le cœur, autant les exercices d'endurance le protègent.

Les exercices d'endurance ont l'avantage d'être effectués en aérobie, c'est à dire sans blocage respiratoire. La qualité de la respiration pendant l'exercice revêt une importance essentielle ; il ne faut jamais pratiquer un exercice jusqu'à en « perdre haleine ». La respiration doit rester régulière, avec une durée égale pour l'inspiration et l'expiration ; une bonne expiration diaphragmatique est très importante. Tout exercice doit, bien entendu, être adapté à l'état de santé du malade. La progressivité dans l'effort est indispensable ; un entraînement régulier permet d'en prolonger la durée et d'en accroître l'efficacité.

8. De tous les exercices, la marche représente l'activité la plus naturelle et la plus nécessaire. Elle est à la portée de tous, et de toutes les bourses ! Elle est recommandée à tous les malades (à l'exception des grands insuffisants cardiorespiratoires et des coxarthroses avancées). Mieux vaut, certes, la pratiquer en pleine nature, mais on peut la pratiquer partout, même dans la rue d'une grande ville ! Il faut marcher le plus souvent possible.
9. La marche peut se pratiquer sous des formes variées, selon les goûts, les aptitudes, la santé et le mode de vie de chacun.

Elle peut représenter un mode de déplacement, notamment pour des trajets d'une durée inférieure à 30 minutes. Mieux vaut alors oublier la voiture chaque fois que possible. Elle peut aussi s'agrémenter d'un jeu, par un parcours de golf, ou la pêche à la ligne le long des rivières...

10. La marche peut aussi représenter un temps de détente idéal sous forme de flânerie ou de promenade, seul(e), ou mieux encore en famille ou avec des amis. Pour mieux brûler les graisses en excès, mieux vaut, de temps à autre, 3 fois par semaine, adopter un pas rapide.
11. Lorsqu'on a la chance d'habiter dans un lieu proche de la nature, ou au moins pendant les vacances, les congés, les jours de repos, la marche peut se pratiquer sous forme de randonnée pédestre, à la campagne, en forêt, au bord de la mer ou en montagne. Outre l'air vivifiant que l'on respire, la marche devient découverte de la nature : géologie, plantes, paysages, animaux, selon les centres d'intérêt de chacun.

12. La montagne se prête particulièrement à la pratique de la randonnée, notamment dans les lieux où de bons sentiers ont été aménagés dans le cadre d'un Parc National ou Régional. Pour profiter au mieux de la marche en montagne, il convient de respecter quelques règles :

1. Il faut partir d'un pas assez lent et maintenir une cadence régulière, sans jamais s'essouffler, il ne faut jamais chercher à suivre quelqu'un de plus entraîné que soi. On reconnaît le vrai montagnard à son pas souple, lent et régulier.
2. Le soleil de montagne est riche en ultraviolets ; il faut se méfier de sa réverbération sur la neige et la glace. Il convient donc de se protéger, surtout la tête par une coiffure, et les yeux par des lunettes de soleil de bonne qualité ;
3. Pour toute randonnée, chacun doit se munir de son sac à dos, contenant des vêtements chauds, un vêtement imperméable, de l'eau et quelques provisions, et, bien entendu, ne pas oublier la coiffure et les lunettes de soleil ! Le choix des chaussures est très important: chaussures montantes tenant la cheville, souples pour ne pas irriter les tendons, assez larges, à bouts ronds, modérément serrée à la montée, plus serrée à la descente ; les choisir d'une pointure au-dessus de la pointure habituelle. Une lampe de poche, quelques pansements, un bâton de montagne compléteront l'équipement. Avant le départ, il est prudent de consulter la météo et d'indiquer aux proches ou à l'hôtel le but de la randonnée choisie. En cas de fatigue, il faut savoir s'arrêter, se reposer à l'ombre, faire une petite collation, et ne jamais hésiter à redescendre en cas de malaise.

### 13. Courir pour le plaisir

Au-delà d'une vitesse de 8 km à l'heure, la marche fait place à la course, footing en pleine nature, ou jogging, qui se pratiquent partout. Un terrain souple, forêt, chemin, pelouse ou parc, est bien sur préférable. La course doit en effet se pratiquer en souplesse, en évitant toute crispation des bras et des épaules. Il est bon de pratiquer quelques mouvements d'assouplissement, et surtout d'étirement des ligaments des bras, de la nuque et des épaules avant de courir. Mieux vaut partir lentement et s'échauffer progressivement. La respiration est essentielle : 2 inspirations pour 2 expirations, le temps actif étant celui de l'expiration. Il ne faut jamais être à bout de souffle. Pouvoir parler tout en courant est un bon test à cet égard. En cas d'essoufflement, il faut s'arrêter et marcher pour reprendre souffle. Il ne faut jamais forcer l'allure et tenir compte de la température extérieure pour le choix d'un vêtement adapté : short et chemise légère en été, survêtement, gants et bonnet en hiver. Le pied du coureur requiert une attention toute particulière : les ongles des pieds seront taillés régulièrement, en carré ; les chaussettes seront en coton pour éviter la macération et les mycoses : les chaussures seront plates, avec une semelle suffisamment épaisse, comportant une voûte plantaire ; l'avant de la chaussure sera assez large et arrondi pour

éviter les ampoules. La chaussure devra être choisie une pointure au-dessus de la pointure habituelle.

Le marathon, ou le semi-marathon, est réservé à des sujets bien entraînés indemnes de toute affection cardio-vasculaire. Le marathon met les ligaments et la plante du pied à rude épreuve. Mieux vaut s'entraîner sur un sol en terre... Les chaussures doivent être irréprochables. Le risque de déshydratation rend obligatoire l'hydratation régulière par une boisson légèrement sucrée. (Un marathonien perd 3 à 4 litres de sueur au cours d'une épreuve). Il est donc conseillé de boire un verre d'eau sucrée tous les 5 kilomètres. Dès l'arrivée, il est recommandé de boire ¼ de litre environ d'une eau minérale alcaline pour lutter contre les crampes dues à l'acidose.

B. D'autres exercices d'endurance sont également très recommandés ; notamment la natation et le vélo.

14. La natation est un excellent exercice ; elle a le grand avantage de diminuer les effets de la pesanteur : la mobilité des articulations s'en trouve facilitée, ainsi que le travail musculaire. Elle favorise le développement de la cage thoracique et augmente la capacité respiratoire.

*Toutefois certaines règles doivent être respectées :*

1. La meilleure température pour l'eau se situe entre 25 et 30°. Mieux vaut entrer progressivement dans l'eau, en s'aspergeant la nuque et les épaules ;
2. Il faut veiller à bien respirer, notamment pour l'expiration ;
3. Le sprint est déconseillé ; mieux vaut nager lentement et assez longtemps, en développant son endurance. (Dr Michel Léglise) ;
4. Le bain de mer offre des conditions privilégiées pour la pratique de la natation. L'eau salée facilite le mouvement. Le milieu marin apporte à l'organisme de nombreux éléments bénéfiques. On sera particulièrement vigilant pour l'exposition au soleil. Son excès est un facteur de cancer de la peau ; il représente aussi un risque pour l'appareil pulmonaire.
15. La pratique du vélo présente le grand avantage d'être un exercice en position assise, qui soulage les membres inférieurs. Il est particulièrement bénéfique pour la respiration et pour le cœur. Le choix du vélo doit se faire avec le plus grand soin pour assurer une position correcte : dos rectiligne, recul et hauteur de la selle, réglage du guidon, choix du cadre, choix des braquets...
16. Comme pour la marche, le vélo peut se pratiquer selon différentes modalités : promenade du cyclotouriste, randonnée à bicyclette, vélo de course. La pratique du

V.T.T.(Vélo Tous Terrains) est particulièrement prisée de nos jours. Il permet une promenade agréable et une découverte de la nature sur terrains variés. Il requiert toutefois de la prudence sur les terrains à pente raide ou très accidentés où seuls peuvent s'aventurer des sportifs bien entraînés.

17. La gymnastique à domicile permet d'entretenir la musculature et la souplesse des articulations.
  1. Elle doit comporter quelques exercices respiratoires, avec une attention particulière à la qualité de l'expiration diaphragmatique, en veillant à vider les bronches des sécrétions qui les encombrant ;
  2. Il faut ensuite se détendre et se relaxer, surtout au niveau du cou, du visage, des épaules. Les temps les plus importants de cette gymnastique à domicile sont l'étirement et l'assouplissement ;
  3. Les exercices d'étirement doivent porter en priorité sur les épaules et les membres supérieurs, et, surtout, sur la nuque et la colonne vertébrale ;
  4. Les mouvements d'assouplissement articulaire doivent être effectués très doucement en expirant. Il faut privilégier la mobilisation de la colonne vertébrale ;
  5. Les mouvements de musculation peuvent intéresser les différents groupes musculaires. Ils doivent s'appliquer surtout aux muscles de la colonne dorsolombaire et à ceux de la ceinture abdominale, sans blocage de la respiration, en faisant des exercices respiratoires entre les mouvements ;
  6. On veillera aussi à une posture correcte ; en position debout, le dos contre le mur ; en position assise, le dos calé entre le dossier, les jambes appuyées sur le sol, les bras sur les accoudoirs ou les genoux, en veillant à éviter une trop grande flexion des genoux : ceux-ci doivent rester à angle droit, et non pas repliés sur les cuisses.

« L'arbre de vie, la colonne vertébrale : de nombreux sujets souffrent du dos en raison d'une défaillance des muscles vertébraux. La gymnastique du dos est indispensable. Le vieillissement nous fait courber l'échine. Toute notre vigilance doit être apportée à la rectitude du dos et au maintien de la colonne vertébrale en bon état. »

### C. Ski et santé

18. L'exercice physique pratiqué à la montagne pendant la saison d'hiver est particulièrement bénéfique. Il ajoute aux bienfaits de l'exercice, ceux d'un séjour climatique d'altitude : air pur, soleil, action stimulante de la neige et du froid ;

19. Les modalités les plus bienfaitantes sont celles du ski de fond et du ski de promenade. Ils mettent en mouvement et développent l'ensemble de la musculature. Ils améliorent le fonctionnement cardiorespiratoire et contribuent à brûler les excès de sucre et de graisses qui encombrant l'organisme ;
20. La randonnée en ski ou en raquettes est une source de joies renouvelées au contact de la nature. Elle comporte toutefois des risques particuliers liés au froid, à l'altitude, aux caprices de la nature (avalanches, intempéries, relief aux pentes imprévisibles) et à l'éloignement des secours. Elle exige donc un entraînement plus poussé, une résistance suffisante, et ne doit pas être pratiquée sans le concours de spécialistes avertis ;
21. Le ski alpin et le snow-board sont des activités très ludiques, qui se pratiquent volontiers en famille et en groupe, dans la joie et la détente. Ils demandent aussi un entraînement plus poussé et une forme physique suffisante. Aussi convient-il de s'y préparer par des exercices d'assouplissement et de musculation à domicile, et par des exercices d'endurance, notamment la marche ou le ski de fond. Il faut veiller à la qualité de l'équipement : bonnes chaussures, skis appropriés et bien réglés ; emporter avec soi sur la neige coiffure, gants ou moufles, lunettes de soleil, casse-croûte en cas de fringale. Il faut aussi savoir s'arrêter à temps, et ne pas faire « la descente de trop » quand survient la fatigue.

### La pratique des sports

Quand l'exercice physique est pratiqué selon des règles, lorsque sa finalité comporte un élément de jeu ou de compétition, il devient un sport. Le sport peut se pratiquer selon 3 grandes modalités :

#### 1. Le sport de plaisir et de santé

Ce sont ceux que nous venons d'envisager. Rappelons leurs principaux caractères :

1. Ils constituent des exercices dynamiques, sans blocage de la respiration, sans efforts brutaux ;
2. Ce sont des exercices d'endurance, comportant un effort physique prolongé, mais à un rythme modéré ;
3. Ce sont des exercices pratiqués de façon régulière, si possible 3 fois par semaine, de préférence à l'air libre, pendant ½ heure au moins ;
4. Ce sont des exercices qui excluent tout esprit de compétition ou de record.

Leurs principales modalités sont la marche, la course à pied, la natation, le vélo, la gymnastique, le ski de fond. Il est souhaitable de pratiquer plusieurs de ces sports à la fois.

## 2. Le sport de compétition, pour amateurs.

Ces sports, demandant un effort physique plus grand, doivent être pratiqués sous surveillance médicale.

Les sports d'équipe offrent l'opportunité d'épanouissement personnel, de solidarité, de convivialité ils forment à la maîtrise de soi, au respect des autres.

Le rôle des animateurs est essentiel. Ceux-ci doivent avant tout être des éducateurs, par l'exemple, par la parole, par l'esprit qu'ils impriment à leur club, subordonnant le résultat à la joie de la rencontre.

## 3. Le sport de haut niveau est réservé à des athlètes spécialement entraînés, à la recherche de la performance. Il est de plus en plus le fait de professionnels du sport. Ceux-ci offrent à un public de plus en plus large un spectacle de haute qualité. Le résultat y tient la plus grande place. Ce sport de haut niveau est malheureusement, à l'heure actuelle, trop souvent gâché par le chauvinisme des spectateurs, le déchaînement d'une violence imbécile, et dangereuse, sur le terrain et dans les tribunes, la primauté de l'argent et du gain, le recours au dopage, au détriment de la santé des athlètes.

### *Hygiène et diététique du sport*

L'eau joue un rôle majeur au cours de tout effort physique. C'est l'eau qui évite la déshydratation provoquée par la transpiration et une respiration plus fréquente, chargée de vapeur d'eau. Par l'urine, elle élimine les toxines produites par l'effort musculaire. Par la sueur, elle assure le refroidissement de l'organisme échauffé par le travail des muscles. Il faut donc boire avant l'effort pour constituer des réserves : thé, café, bouillon de légumes. Il faut boire régulièrement pendant l'effort, et boire après l'effort pour remplacer les pertes d'eau et éliminer les toxines de fatigue. Il ne faut pas attendre d'avoir soif pour se réhydrater : un footing d'une heure fait perdre en moyenne 1 litre ½ d'eau. Jamais d'alcool, poison du muscle et du système nerveux.

La ration alimentaire doit être équilibrée et comporter des protides sous forme de viande, de poisson, d'œuf, de laitages ou de fromages, des lipides, dont on diminuera la proportion, notamment en graisses saturées, des glucides, en n'abusant pas des sucres rapides. Ces glucides doivent comporter une part suffisante de glucides à combustion lente : céréales, pain, légumes secs, pâtes, riz.

On tiendra compte du besoin accru en vitamines (légumes, fruits) et en fer.

La suralimentation fatigue, et ne favorise pas l'effort musculaire.

L'effort sera précédé d'un solide petit déjeuner, riche en amidon (pain, céréales). Le repas qui suit l'effort a aussi pour but de faciliter l'élimination des toxines de fatigue. Il sera très riche en eau et en boissons liquides (potages), pauvres en protides, normal en glucides et en lipides. La gastronomie est un auxiliaire précieux, en évitant toutefois les préparations trop grasses ou indigestes, et les aliments trop riches en acide urique et oxalique.

Le sportif doit acquérir la maîtrise de sa respiration. Le muscle clé de la respiration est le diaphragme. A l'inspiration, l'abdomen se gonfle et le diaphragme s'abaisse ; à l'expiration, c'est l'abdomen qui s'abaisse tandis que le diaphragme remonte. En même temps, les côtes s'écartent à l'inspiration et se rapprochent à l'expiration.

La respiration doit être contrôlée et rythmée pendant l'effort.

La décontraction fait partie du geste sportif harmonieux et efficace. Apprendre à se décontracter, à se décontracter, est un temps essentiel de la préparation sportive.

L'exercice sportif favorise un sommeil de qualité, riche en phases de sommeil profond, réparateur. Par contre, avant la pratique de l'exercice physique, il faut commencer par rendre ses dettes de sommeil.

Le tabac est l'ennemi du sportif. Il diminue la capacité pulmonaire, réduit les échanges gazeux, encrasse les voies respiratoires et les alvéoles pulmonaires. Il réduit l'apport en oxygène à tous les muscles, y compris le muscle cardiaque. La cigarette après l'effort présente des dangers particulièrement graves. Elle favorise le déclenchement de spasmes des artères coronaires et constitue un facteur de mort subite.

Comme le rappelle le Comité National Contre le Tabagisme, la cigarette que l'on fume dans les vestiaires un fois la performance accomplie est la plus dangereuse, car, dans la phase de récupération, l'organisme a un besoin d'oxygène accru, et les risques cardiovasculaires sont alors multipliés.

A l'inverse, le sport est un antidote idéal du tabac. Les effets négatifs du tabac se font rapidement sentir sur la qualité des performances et sur le rendement de tout effort physique. L'organisme met 5 jours à éliminer l'ensemble des produits toxiques inhalés par l'appareil respiratoire à la suite de la fumée d'une seule cigarette

### *Le sport et l'enfant*

Les bienfaits de l'exercice physique et du sport sont particulièrement manifestes chez l'enfant et l'adolescent.

#### 4. Bienfaits physiques d'abord :

1. La pratique du sport permet un développement harmonieux de la musculature et des fonctions cardiovasculaires et pulmonaires ;
2. L'exercice physique favorise la croissance. Il permet à l'enfant d'acquérir un capital osseux élevé ;
3. L'absence ou l'insuffisance d'activité physique est un facteur essentiel d'obésité chez l'enfant. L'exercice régulier favorise la combustion des sucres et des graisses en excès. Il faut privilégier à cet égard chez le jeune la pratique d'un exercice régulier et prolongé, qui brûle les graisses en excès, dans le sang et les tissus. La randonnée pédestre, le ski de fond, le footing, le vélo, la natation sont particulièrement recommandés. Il convient de privilégier les exercices de plein air, notamment les jeux. Le sport est d'autant mieux pratiqué et efficace qu'il est désiré et choisi par l'enfant.

#### *Bienfaits éducatifs d'autre part :*

La pratique du sport est une excellente école pour acquérir maîtrise de soi, respect des règles et respect des autres. Le sport doit aussi apprendre à accepter l'échec, et à se montrer beau joueur vis à vis de l'adversaire.

L'enfant découvre dans le sport le prix de l'effort ; il développe sa volonté. Il apprend aussi à vaincre sa timidité. C'est aussi l'occasion d'inculquer une bonne diététique et de combattre les méfaits de l'alcool et du tabac. Si l'enfant acquiert dès le jeune âge le goût de l'activité physique et du sport, il gardera plus facilement à l'âge adulte l'habitude de la pratique du sport et la poursuivra pendant toute sa vie, en adaptant le choix des exercices à son âge et à son état de santé. C'est souligner l'intérêt des clubs sportifs et des animateurs de qualité. Ceux-ci n'ont pas d'abord pour but de former des champions en herbe, mais de contribuer au développement harmonieux de la personnalité de l'enfant, sur le plan physique, moral et intellectuel. L'éducation d'un enfant est un tout, où développement physique, moral, intellectuel et spirituel sont liés.

### *La femme et le sport*

Egales, mais différentes

L'organisme féminin dispose d'un certain nombre d'avantages pour la pratique du sport :

1. Leurs articulations sont plus souples ;
2. Leurs réserves lipidiques plus importantes, ce qui représente un facteur très favorable aux exercices d'endurance et à la lutte contre le froid.
3. L'entraînement leur permet d'atteindre plus vite et plus facilement un taux de consommation maximale d'oxygène plus élevé.

Par contre, leur squelette est plus fragile, du fait d'une réserve de calcium inférieure de 50% à celle des hommes.

Leur cœur est plus rapide et leur taux de globules rouges moindre ; leur musculature est moins développée et plus fatigable.

Les sports de prédilection pour la femme sont donc les sports d'endurance : montagne, natation, marathon, cyclisme, et tous les sports faisant appel à la souplesse (gymnastique) et aux qualités artistiques (danse, patinage artistique, natation synchronisée...)

La pratique régulière de l'exercice est la meilleure prévention de l'ostéoporose chez la femme.

#### *Le sport après 40 ans*

Ce n'est plus le temps de la performance et de l'exploit.

Le sport est un facteur de joie de vivre, d'hygiène physique et mentale. Il ne demeure vraiment bénéfique à cet âge que s'il est pratiqué sans excès. « Il faut casser le chronomètre » et éliminer les sports de compétition.

Le but de l'activité sportive est de se maintenir en bonne santé, d'entretenir la fonction cardiorespiratoire, d'oxygéner les tissus, de garder des articulations souples et un bon souffle.

Il faut choisir des exercices d'endurance, en respiration libre. (Marche, randonnée, footing, sortie cycliste, ski de fond et de promenade, longueur de bassin de natation).

Les exercices de gymnastique, quotidiens, ou 3 fois par semaine, contribuent à entretenir la souplesse des articulations, ainsi que la force musculaire.

Quelques règles doivent être respectées après 40 ans :

Faire preuve de modération ; éviter le surmenage, s'astreindre à un entraînement progressif et à une période d'échauffement avant l'effort. Choisir une activité sportive qui ne surmène pas les tendons : ceux-ci sont fragiles après 40 ans. C'est l'âge électif de la rupture du tendon d'Achille.

« Le sport permet de comprendre ce qu'est la vraie liberté : non de faire n'importe quoi, mais de se soumettre à une discipline qui permet de conduire sa vie et non pas de la soumettre au hasard »

#### Exercices de la vie quotidienne

Il est possible d'avoir une activité physique en faisant de l'exercice quotidiennement, chez soi lors des trajets pour le travail, à son bureau....

Ménage, bricolage, jardinage, cuisine, vaisselle, jeux de société sont des activités physiques qui participent au bien-être.

4. Penser à marcher le plus possible environ 30 minutes chaque jour
  1. Faire travailler ses abdominaux ;
  2. Faire travailler ses fessiers ;
  3. Au travail sur un siège.
    1. Monter les escaliers
4. Penser à marcher le plus possible environ 30 minutes chaque jour ;
5. Marcher chaque jour constitue un des meilleurs exercices d'endurance quotidien et régulier ;
6. Prendre l'habitude de faire ses courses à pied, s'arrêter un ou deux arrêts de bus ou de métro plus tôt, promener son chien, ne pas prendre sa voiture systématiquement pour des trajets de 5 ou 10 minutes.

#### Faire travailler ses abdominaux

1. Marcher le dos bien droit et contracter ses muscles abdominaux une dizaine de fois ;
2. Relâchez les muscles pendant une durée identique ;
3. Répétez ce mouvement 5 fois de suite ;
4. Faire travailler ses fessiers ;
5. Marcher en appuyant sur la pointe des pieds ;
6. Au travail sur un siège
7. Se tenir bien droit sur sa chaise, le dos et les épaules bien droites, en tenant sa chaise avec ses mains ;
8. Relever et tendre ses jambes, les placer parallèlement au sol et rester 10 secondes avant de les reposer ;

9. Refaire l'exercice plusieurs fois et augmenter progressivement.

### **Monter les escaliers**

10. Prenez l'habitude de prendre l'escalier au lieu de prendre l'ascenseur ;
11. Profitez-en pour faire quelques mouvements ;
12. Faites travailler vos bras en montant les escaliers et en les tournant successivement vers l'intérieur ou l'extérieur.

### **Devant son ordinateur ou sa télé**

13. Profitez du nombre d'heures passées devant un ordinateur ou devant la télévision pour faire quelques mouvements ;
14. Placer son dos bien droit, coudes sur la table avec les épaules parallèles au sol ;
15. En expirant, contracter ses abdominaux tout en levant un genou sous la table, puis relâcher en inspirant ;
16. Alternier avec chaque jambe environ 10 fois.

### **Dans la chambre**

La chambre est également un lieu où il est possible de faire quelques mouvements.

17. Se mettre debout, le dos bien droit et les pieds un peu écartés et parallèles aux épaules ;
18. Placer les mains sur les reins, doigts vers le sol ;
19. Rapprocher doucement les coudes l'un de l'autre, en forçant un peu jusqu'à sentir un étirement ;
20. Maintenir une minute puis relâcher ;
21. Répéter l'exercice régulièrement 5 fois.

### **B. 5.4. Lutte contre l'hypertension artérielle**

L'hypertension, appelée aussi élévation de la pression sanguine, est un problème de santé publique mondial.

Elle contribue à la charge de morbidité par maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux (AVC) et insuffisance rénale et à la survenue de décès prématurés et d'incapacités. Elle touche de manière disproportionnée les populations des pays à revenu faible ou intermédiaire où les systèmes de santé sont peu développés.

L'hypertension à ses débuts cause rarement des symptômes tangibles, de sorte que beaucoup de sujets ne sont pas diagnostiqués. Ceux qui le sont n'ont pas toujours accès à un traitement et peuvent ne pas réussir à maîtriser le problème sur le long terme.

Les avantages sur le plan économique et de la santé d'une détection précoce, d'un traitement adéquat et d'une bonne maîtrise de l'hypertension sont très importants. En effet, le traitement des complications de l'hypertension nécessite des interventions coûteuses comme des pontages coronariens, des interventions de chirurgie carotidienne ou des dialyses, ce qui représente une lourde charge pour le budget des patients et celui des États.

En s'attaquant à des facteurs de risque comportementaux comme la mauvaise alimentation ou l'usage nocif de l'alcool ou encore la sédentarité, on peut aider à prévenir l'hypertension. La consommation de tabac accroît le risque de complications de l'hypertension. Si aucune mesure n'est prise pour réduire l'exposition à ces facteurs de risque, l'incidence des maladies cardiovasculaires, y compris l'hypertension, augmentera.

Les initiatives visant à réduire l'apport de sel peuvent apporter une contribution majeure à la prévention et à la maîtrise de l'hypertension. Toutefois, les programmes verticaux axés uniquement sur la lutte contre l'hypertension ne sont pas d'un bon rapport coût/efficacité.

Des programmes intégrés de lutte contre les maladies non transmissibles mis en œuvre au niveau des soins de santé primaires sont pour les pays un moyen peu coûteux de s'attaquer de manière durable à l'hypertension.

La prévention et la maîtrise de l'hypertension est un problème complexe qui nécessite une collaboration de toutes les parties concernées, y compris les gouvernements, la société civile, les milieux universitaires et l'industrie agroalimentaire. Compte tenu de l'énorme bénéfice qu'apporterait sur le plan de la santé publique une meilleure maîtrise de la tension artérielle, le moment est maintenant venu d'entreprendre une action concertée.

Comment définit-on l'hypertension ?

La pression sanguine est mesurée en millimètres de mercure (mmHg) et consignée sous forme de deux chiffres que l'on écrit habituellement l'un -au-dessus de l'autre. La valeur supérieure est celle de la pression sanguine systolique – qui correspond à la pression la plus élevée dans les vaisseaux sanguins enregistrée au moment où le cœur se contracte. La valeur inférieure est celle de la pression sanguine diastolique – qui correspond à la pression la plus faible dans les vaisseaux sanguins enregistrée entre les battements du cœur, au moment où le muscle cardiaque

se relâche. La pression sanguine normale chez l'adulte est définie comme étant une pression systolique de 120 mmHg et une pression diastolique de 80 mmHg.

Toutefois, sur le plan cardio-vasculaire, on considère comme normales des valeurs pouvant descendre jusqu'à 105 mmHg pour la pression systolique, et 60 mmHg pour la pression diastolique. L'hypertension est définie comme une pression systolique égale ou supérieure à 140 mmHg et/ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mmHg. Des valeurs normales tant pour la pression systolique que pour la pression diastolique sont particulièrement importantes pour le bon fonctionnement d'organes vitaux comme le cœur, le cerveau et les reins, et pour le maintien général de la santé et du bien-être.

Panorama mondial de l'hypertension | L'hypertension : données de base | II 17

Les causes de l'hypertension

Facteurs de risque comportementaux

Plusieurs facteurs de risque comportementaux interviennent dans l'apparition d'une hypertension (Figure 9), y compris :

1. La consommation d'aliments contenant trop de sel et de graisses. et un régime trop pauvre en fruits et légumes ;
2. Niveaux excessifs de consommation d'alcool ;
3. La sédentarité et le manque d'exercice physique ;
4. Une mauvaise gestion du stress.

Ces facteurs de risque comportementaux sont fortement influencés par les conditions de vie et de travail des individus.

Facteurs socio-économiques

Panorama mondial de l'hypertension | L'hypertension : données de base

Facteurs socio-économiques

Des déterminants sociaux de la santé comme le revenu, l'éducation et le logement, ont un effet négatif sur les facteurs de risque comportementaux et peuvent favoriser par ce biais l'apparition d'une hypertension. Par exemple le chômage ou la peur de perdre son emploi peut avoir un impact sur les niveaux de stress, lesquels contribueront à leur tour à une élévation de la pression sanguine. Les conditions de vie ou de travail peuvent aussi retarder la détection d'une

hypertension et sa prise en charge en temps utile, en raison du manque d'accès à des services de diagnostic et de traitement, et peuvent également faire obstacle à la prévention des complications.

Une urbanisation rapide et sauvage tend aussi à faire le lit de l'hypertension, par suite de la création d'environnements malsains qui encouragent le recours à la restauration rapide, la sédentarité, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool. Enfin, le risque d'hypertension augmente avec l'âge en raison du durcissement des vaisseaux sanguins, bien que le vieillissement de ces derniers puisse être ralenti par l'adoption de modes de vie sains, y compris une alimentation équilibrée et une réduction de la consommation de sel.

#### Autres facteurs

Dans certains cas il n'y a pas de cause connue à l'hypertension. Les facteurs génétiques peuvent jouer un rôle et lorsqu'une hypertension apparaît chez des sujets de moins de 40 ans, il est important d'exclure une cause secondaire telle qu'une maladie rénale, une maladie endocrinienne ou des malformations des vaisseaux sanguins.

Le pré-éclampsie est une hypertension qui survient chez certaines femmes durant leur grossesse. Elle disparaît généralement après la naissance de l'enfant, mais peut parfois durer et les femmes qui en souffrent sont davantage susceptibles de présenter une hypertension plus tard au cours de leur vie.

Il arrive parfois que lorsqu'on mesure la tension artérielle, celle-ci soit plus élevée qu'elle ne l'est ordinairement. Chez certaines personnes, l'anxiété suscitée par le fait de voir un médecin peut faire augmenter temporairement la pression sanguine (ce que l'on appelle « l'effet blouse blanche »). On peut vérifier si tel est le cas en mesurant plutôt la tension artérielle à domicile, en utilisant un appareil permettant d'effectuer plusieurs mesures par jour ou en répétant plusieurs fois l'examen au cabinet du médecin.

Des déterminants sociaux de la santé comme le revenu, l'éducation et le logement, ont un effet négatif sur les facteurs de risque comportementaux et peuvent favoriser par ce biais l'apparition d'une hypertension. Par exemple le chômage ou la peur de perdre son emploi peut avoir un impact sur les niveaux de stress, lesquels contribueront à leur tour à une élévation de la pression sanguine. Les conditions de vie ou de travail peuvent aussi retarder la détection d'une hypertension et sa prise en charge en temps utile, en raison du manque d'accès à des services de

diagnostic et de traitement, et peuvent également faire obstacle à la prévention des complications.

Une urbanisation rapide et sauvage tend aussi à faire le lit de l'hypertension, par suite de la création d'environnements malsains qui encouragent le recours à la restauration rapide, la sédentarité, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool. Enfin, le risque d'hypertension augmente avec l'âge en raison du durcissement des vaisseaux sanguins, bien que le vieillissement de ces derniers puisse être ralenti par l'adoption de modes de vie sains, y compris une alimentation équilibrée et une réduction de la consommation de sel.

#### *Autres facteurs*

Dans certains cas il n'y a pas de cause connue à l'hypertension. Les facteurs génétiques peuvent jouer un rôle et lorsqu'une hypertension apparaît chez des sujets de moins de 40 ans, il est important d'exclure une cause secondaire telle qu'une maladie rénale, une maladie endocrinienne ou des malformations des vaisseaux sanguins.

Le pré-éclampsie est une hypertension qui survient chez certaines femmes durant leur grossesse. Elle disparaît généralement après la naissance de l'enfant, mais peut parfois durer et les femmes qui en souffrent sont davantage susceptibles de présenter une hypertension plus tard au cours de leur vie.

Il arrive parfois que lorsqu'on mesure la tension artérielle, celle-ci soit plus élevée qu'elle ne l'est ordinairement. Chez certaines personnes, l'anxiété suscitée par le fait de voir un médecin peut faire augmenter temporairement la pression sanguine (ce que l'on appelle « l'effet blouse blanche »). On peut vérifier si tel est le cas en mesurant plutôt la tension artérielle à domicile, en utilisant un appareil permettant d'effectuer plusieurs mesures par jour ou en répétant plusieurs fois l'examen au cabinet du médecin.

#### Le diagnostic de l'hypertension

Divers dispositifs de mesure électroniques, à mercure et anéroïdes sont utilisés pour mesurer la pression sanguine (14). L'OMS recommande l'utilisation de tensiomètres électroniques fiables et d'un coût abordable offrant l'option d'une « lecture manuelle » (14,15). Les appareils semi-automatiques permettent de faire une lecture manuelle lorsque les piles ou batteries sont à plat, un problème assez récurrent dans des environnements où les ressources sont limitées. Compte tenu de la toxicité du mercure, il est recommandé d'abandonner progressivement les dispositifs à mercure au profit de tensiomètres (14). Des appareils anéroïdes, comme les

sphygmomanomètres, ne doivent être utilisés que s'ils peuvent être calibrés tous les six mois et si les utilisateurs ont été formés à la mesure de la pression sanguine à l'aide de ces instruments, et si leurs capacités ont été vérifiées.

Les mesures de la pression sanguine doivent être enregistrées plusieurs jours d'affilée avant de pouvoir poser un diagnostic d'hypertension. La pression sanguine devra être mesurée deux fois par jour, idéalement le matin et le soir. On procèdera à deux mesures consécutives à au moins une minute d'intervalle, le patient devant être assis. On laissera de côté les mesures effectuées le premier jour et on prendra la valeur moyenne de l'ensemble des autres mesures pour confirmer le diagnostic d'hypertension.

La détection précoce, le traitement et l'auto-prise en charge de l'hypertension présentent de grands avantages. Si l'hypertension est détectée précocement, il est possible de réduire les risques d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque ainsi que d'accident vasculaire cérébral et d'insuffisance rénale. Tous les adultes devraient contrôler leur tension artérielle et savoir à quel niveau elle se situe. De petits tensiomètres à affichage digital permettent de le faire en dehors du cadre médical. Si une hypertension est constatée, les personnes concernées devraient demander l'avis d'un agent de santé. Pour certaines personnes, un changement de mode de vie n'est pas suffisant pour maîtriser l'hypertension et il est nécessaire de leur prescrire un médicament approprié.

Les médicaments antihypertenseurs agissent de différentes manières, par exemple en aidant le corps à éliminer l'excès de sel et de liquide (surcharge hydrosodée), en ralentissant le rythme cardiaque et en relaxant et en dilatant les vaisseaux sanguins.

L'autosurveillance de la pression sanguine par les patients est recommandée pour la prise en charge de l'hypertension lorsqu'il existe des appareils de mesure d'un prix abordable.

Comme pour les autres maladies non transmissibles, cette auto-prise en charge peut faciliter la détection précoce de l'hypertension, l'observance du traitement et l'adoption de comportements sains et aider à mieux maîtriser le problème et à faire prendre conscience de l'utilité de demander un avis médical si nécessaire. L'auto-prise en charge est importante pour tous, mais elle l'est tout particulièrement pour les personnes qui ont un accès limité aux services de santé pour des raisons géographiques, physiques ou économiques.

La lutte contre l'hypertension nécessite une volonté politique de la part des gouvernements et des responsables politiques. Les agents de santé, les chercheurs, la société civile, le secteur privé

et les familles et les individus ont tous un rôle à jouer en la matière. Seul un effort concerté de toutes ces parties prenantes peut permettre de mettre en œuvre les techniques de mesure et les traitements disponibles pour prévenir et maîtriser l'hypertension et, ainsi, retarder ou prévenir ses complications potentiellement mortelles.

#### Gouvernement et responsables politiques

Le problème de l'hypertension doit être pris en compte dans la politique de santé publique, car il s'agit d'une cause majeure de morbidité. Les interventions doivent être d'un coût abordable, efficaces et pouvoir être maintenues dans la durée. Il s'ensuit que des programmes verticaux qui sont uniquement centrés sur l'hypertension ne sont pas recommandés. Des programmes visant à s'attaquer aux risques cardio-vasculaires dans leur ensemble doivent faire partie intégrante de la stratégie nationale de lutte contre les maladies non transmissibles.

Les systèmes de santé qui se sont avérés les plus efficaces pour promouvoir à la fois la santé et l'équité sont organisés autour du principe de la couverture sanitaire universelle. Ils encouragent des actions au niveau des soins de santé primaires qui ciblent tous les déterminants sociaux de la santé, réalisent un équilibre entre prévention, promotion de la santé et interventions curatives et mettent l'accent sur le premier niveau de soins avec des mécanismes de coordination appropriés.

Même dans les pays où les services de santé sont accessibles et d'un prix abordable, les gouvernements ont de plus en plus de difficultés à faire face aux besoins de santé grandissants de leur population et au coût croissant des services de santé. La prévention des complications de l'hypertension est un élément crucial pour contenir les coûts des soins de santé. Tous les pays peuvent en faire plus pour améliorer l'état de santé des patients atteints d'hypertension en renforçant la prévention, en élargissant la couverture des services de santé et en réduisant les difficultés occasionnées par le niveau élevé des sommes restant à la charge des usagers dans les services de santé (16-18).

L'hypertension ne peut être effectivement combattue que dans le cadre de systèmes renforçant toutes les composantes de l'action de santé : gouvernance, financement, information, ressources humaines, prestation des services et accès à des médicaments génériques peu coûteux et de bonne qualité et à des technologies de base. Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les personnes aient un accès équitable aux services de santé préventifs, curatifs et de réadaptation dont elles ont besoin pour éviter de développer une hypertension artérielle et ses complications

Dans toute initiative nationale visant à lutter contre l'hypertension,- six éléments sont importants :

1. Un programme intégré au niveau des soins de santé primaires
2. Le coût de la mise en œuvre de ce programme
3. Des produits diagnostiques et des médicaments de base ;
4. La réduction des facteurs de risque dans la population ;
5. Des programmes de bien-être sur le lieu de travail ;
6. Le suivi des progrès réalisés.

Les caractéristiques d'un programme intégré au niveau des soins de santé primaires

Pour lutter contre l'hypertension, des programmes intégrés doivent être mis en place au niveau des soins de santé primaires. Dans la plupart des pays, il s'agit du niveau du système de santé le moins solide. Il existe un traitement très efficace pour lutter contre l'hypertension et prévenir ses complications. Les personnes ciblées doivent en particulier être celles qui présentent un risque moyen à élevé de développer un infarctus du myocarde, un AVC ou une insuffisance rénale. Pour ce faire, les patients atteints d'hypertension doivent bénéficier d'une évaluation du risque cardio-vasculaire, notamment faire l'objet de tests pour rechercher le diabète sucré ainsi que d'autres facteurs de risque. L'hyper tension et le diabète sont étroitement liés, et il est impossible de prendre en charge correctement l'un sans tenir compte de l'autre. L'objectif d'un programme intégré est de réduire le risque cardiovasculaire total afin de prévenir les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les insuffisances rénales et d'autres complications du diabète et de l'hypertension. L'adoption de cette approche globale permet de garantir qu'un traitement médicamenteux est fourni à ceux qui présentent un risque moyen ou élevé. Il permet aussi de ne pas traiter inutilement les personnes dont l'hypertension est limitée et le risque cardio-vasculaire faible. Une chimiothérapie inappropriée expose inutilement les patients à des effets nocifs et accroît le coût des soins : il faut éviter ces deux inconvénients. En outre, il existe des médicaments peu coûteux et très efficaces pour lutter contre l'hypertension dont la marge de sécurité est tout à fait satisfaisante. Ils doivent être utilisés chaque fois que cela est possible et des protocoles de l'OMS sont disponibles pour fournir les conseils requis.

Les outils tels que les tableaux de prévision des risques mis au point par l'OMS/l'International Society of Hypertension (ISH) (Figure 10) (18) sont conçus pour faciliter l'évaluation des risques. Ces tableaux sont disponibles pour toutes les sous-régions de l'Organisation mondiale de la Santé. Des lignes directrices reposant sur des bases factuelles sont également disponibles

pour la prise en charge des patients souffrant d'hyper tension moyennant des programmes intégrés, même dans les régions où les ressources sont rares (19-22). Les outils établis par l'OMS fournissent aussi des indications factuelles sur l'utilisation appropriée des médicaments, afin que les coûts inutiles liés à la chimiothérapie puissent être évités pour garantir la viabilité à long terme des programmes. Au moins 30 pays à revenu faible ou intermédiaire utilisent désormais ces outils pour lutter contre l'hypertension de manière à la fois abordable et durable.

Bien que des interventions d'un bon rapport coût/- efficacité soient disponibles pour lutter contre l'hypertension, il existe des lacunes importantes dans leur application, en particulier dans les lieux où les ressources font défaut. Il est essentiel de trouver rapidement des moyens de combler ces lacunes, notamment par l'intermédiaire de la recherche opérationnelle : les énormes avantages de la lutte contre l'hypertension pour la santé publique sont une excellente raison d'agir (23).

#### Produits diagnostiques et médicaments

Les technologies diagnostiques de base nécessaires pour lutter contre l'hypertension comprennent notamment des dispositifs de mesure de la tension artérielle, des balances, des bandelettes pour détecter l'albumine dans l'urine, des tests de glycémie à jeun et des tests de cholestérol sanguin.

Les patients chez qui une hypertension est diagnostiquée ne nécessitent pas tous un traitement, mais ceux pour lesquels le risque est moyen à élevé auront besoin de l'un ou de plusieurs des huit médicaments essentiels permettant de réduire le risque cardio-vasculaire (un diurétique thiazidique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, un inhibiteur calcique à longue durée d'action, un bêtabloquant, la metformine, l'insuline, une statine et l'aspirine).

#### Réduction des facteurs de risque dans la population

La probabilité d'une maladie cardio-vasculaire augmente régulièrement au fur et à mesure que le niveau d'un facteur de risque comme l'hypertension progresse, sans qu'il n'existe aucun seuil limite naturel. La plupart des maladies cardio-vasculaires dans la population surviennent chez les personnes dont le niveau de risque est intermédiaire, du fait qu'elles constituent la majeure partie de la population. Bien qu'un niveau de facteur de risque très élevé corresponde à un risque accru de développer une maladie cardio-vasculaire chez l'individu, le nombre de cas dans ce groupe est relativement faible du fait de la proportion relativement limitée de personnes appartenant à ce groupe dans la population. L'approche à l'échelle de la population repose ainsi

sur l'observation selon laquelle une réduction efficace des taux de maladies cardio-vasculaires dans la population nécessite généralement des changements à l'échelle de la communauté dans les comportements préjudiciables à la santé ou la diminution des niveaux de facteur de risque moyens. En conséquence, ces interventions sont essentiellement axées sur des changements généraux de comportement. Dans l'approche à l'échelle de la population, les interventions ciblent la population, les communautés, les lieux de travail et les écoles dans le but de modifier les déterminants sociaux et environnementaux.

En conséquence, un programme à la fois efficace et économique doit inclure, outre le renforcement des systèmes de santé, des interventions à l'échelle de la population visant à modifier le schéma de répartition de l'hypertension dans l'ensemble de la population afin qu'il corresponde à un modèle sain. Les interventions à l'échelle de la population visant à réduire l'hypertension artérielle sont semblables à celles qui s'attaquent à d'autres grandes maladies non transmissibles. Elles requièrent des politiques publiques visant à réduire l'exposition de l'ensemble de la population aux facteurs de risque tels qu'une mauvaise alimentation, le manque d'activité physique, l'usage nocif de l'alcool et le tabagisme (24-27), et axées en particulier sur les enfants, les adolescents et les jeunes.

### **Réduction de la consommation de sel**

La consommation de sel dans l'alimentation est un facteur qui contribue à l'hypertension.

Dans la plupart des pays, l'apport moyen en sel par personne est trop élevé et se situe entre 9 et 12 grammes par jour (28). Les études scientifiques ont régulièrement démontré qu'une réduction modeste de l'apport en sel permet de réduire la pression sanguine chez les personnes souffrant d'hypertension comme chez les personnes dont la pression sanguine est normale, dans tous les groupes d'âge et dans les groupes ethniques, bien qu'il existe des variations dans l'ampleur de la réduction. Plusieurs études ont montré qu'une réduction de l'apport en sel est l'une des interventions présentant le meilleur rapport coût/efficacité pour réduire les maladies cardiaques et les AVC à l'échelle de la population mondiale.

L'OMS recommande aux adultes de consommer moins de 2000 mg de sodium, soit 5 grammes de sel, par jour (27,29). Les aliments transformés ont une teneur en sodium élevée, notamment le pain (environ 250 mg/100 g), les viandes transformées telles que le bacon (environ 1500 mg/100 g), les aliments consommés en dehors des repas tels que les bretzels, les feuilletés au fromage ou le popcorn (environ 1500 mg/100 g), ainsi que les condiments tels que la sauce soja (environ 7000 mg/100 g) et les cubes de bouillon (environ 20 000 mg/100 g).

Les aliments riches en potassium contribuent à réduire la pression sanguine (30). L'OMS recommande aux adultes de consommer au moins 3510 mg de potassium par jour. Parmi les aliments riches en potassium, on trouve : les haricots et les pois (environ 1300 mg de potassium pour 100 g), les fruits à coques (environ 600 mg/100 g), les légumes tels que les épinards, le chou et le persil (environ 550 mg/100 g), et les fruits tels que les bananes, les papayes et les dattes (environ 300 mg/100 g). La transformation réduit la teneur en potassium de nombreux produits alimentaires.

Pour réduire l'apport en sel dans la population, il convient d'agir à tous les niveaux, y compris au niveau du gouvernement, de l'industrie agroalimentaire, des organisations non gouvernementales, des professionnels de santé et du public. Une réduction modeste de l'apport en sel peut être obtenue en limitant volontairement ou en réglementant la teneur en sel des aliments et des condiments emballés. L'industrie agroalimentaire peut largement contribuer à la santé de la population si elle entreprend de réduire progressivement et durablement la quantité de sel qui est ajoutée aux aliments pré-emballés. En outre, il faut des campagnes régulières dans les médias pour encourager les ménages et les communautés à réduire leur consommation de sel.

Plusieurs pays ont mis en place avec succès des programmes de réduction de la consommation de sel qui ont permis de faire baisser l'apport en sel. Par exemple la Finlande a adopté une stratégie systématique visant à réduire l'apport en sel à la fin des années 1970 moyennant des campagnes dans les médias, la coopération avec l'industrie agroalimentaire et l'application d'une législation sur l'étiquetage relatif à la teneur en sel. La réduction de l'apport en sel s'est accompagnée d'une baisse de la pression sanguine, à la fois systolique et diastolique, de 10 mmHg au moins. Cette réduction de l'apport en sel a contribué à la réduction de la mortalité par maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux en Finlande au cours de cette période. Le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, les États-Unis d'Amérique et plusieurs autres pays à revenu élevé ont aussi mis en place avec succès des programmes de limitation volontaire de l'apport en sel en collaboration avec l'industrie agroalimentaire. Plus récemment, plusieurs pays en développement ont également lancé des initiatives visant à réduire la consommation de sel au niveau national.

L'OMS estime que les programmes de santé sur le lieu de travail sont l'un des moyens les plus efficaces et les plus économiques pour lutter contre les maladies non transmissibles, en particulier l'hypertension.

La Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui s'est tenue en 2011, a appelé le secteur privé à « promouvoir et créer un environnement propice à des comportements sains chez les travailleurs, en prenant notamment des mesures de sécurité et d'hygiène pour faire des lieux de travail des espaces non-fumeurs, sans danger et sains, y compris, le cas échéant, en instaurant une bonne culture d'entreprise et en établissant des programmes pour le bien-être au travail et des plans d'assurance maladie ».

Les programmes de bien-être sur le lieu de travail devraient s'attacher à promouvoir la santé des travailleurs moyennant la réduction des comportements individuels à risque tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'usage nocif de l'alcool, le manque d'activité physique et d'autres comportements à risque pour la santé. Ils peuvent permettre d'atteindre une proportion importante des adultes ayant un emploi et de dépister à un stade précoce l'hypertension ainsi que d'autres maladies.

À tous les niveaux de soins, les agents de santé qualifiés et ayant reçu une formation adaptée sont indispensables au succès des programmes de lutte contre l'hypertension. Les agents de santé peuvent contribuer à une meilleure sensibilisation des différents groupes de population au problème de l'hypertension : depuis les campagnes de mesure de la tension artérielle jusqu'aux programmes d'éducation sanitaire sur le lieu de travail, en passant par un dialogue avec les responsables politiques afin de les informer de la manière dont les conditions de vie et les comportements peu sains influent sur les niveaux de la tension artérielle.

Cette formation des agents de santé devrait être institutionnalisée dans le cadre des programmes de formation des médecins, des infirmières et des agents de santé associés. La majorité des cas d'hypertension peuvent être pris en charge de manière efficace au niveau des soins primaires.

Les médecins exerçant dans les centres de soins primaires ainsi que les agents de santé non-médecins ayant reçu une formation adaptée peuvent jouer un rôle très important pour dépister et prendre en charge l'hypertension. L'OMS a élaboré des lignes directrices et plusieurs instruments pour aider les agents de santé à prendre en charge l'hypertension de manière économique et efficace dans le cadre des soins primaires. Davantage d'informations sur la manière dont les agents de santé devraient prendre en charge les personnes atteintes d'hypertension sont disponibles en ligne, notamment sur la manière de mesurer la pression sanguine, les appareils de mesure à utiliser, la façon de conseiller les patients sur le changement de mode de vie et l'opportunité de la prescription de médicaments (14-16, 19-21).

Les institutions de la société civile, en particulier les organisations non gouvernementales (ONG), les milieux universitaires et les associations professionnelles, ont un rôle majeur à jouer dans la lutte contre l'hypertension et plus globalement dans la prévention des maladies non transmissibles et dans la lutte contre ces maladies, à la fois aux niveaux national et mondial.

Les institutions de la société civile sont particulièrement bien placées pour remplir plusieurs rôles. Elles contribuent à renforcer les capacités à prévenir les maladies non transmissibles au niveau national. Elles sont bien placées pour rallier un soutien politique et mobiliser la société afin que les interventions visant à lutter contre l'hypertension et d'autres maladies non transmissibles fassent l'objet d'un large soutien. Dans certains pays, les institutions de la société civile sont des dispensateurs importants des services de prévention et de soins et comblent fréquemment les lacunes existantes dans les services et la formation fournis aux secteurs public et privé.

L'action de la société civile est particulièrement importante pour lutter contre les facteurs de risque courants que sont le tabagisme, une mauvaise alimentation, le manque d'activité physique et l'usage nocif de l'alcool, des éléments complexes d'ordre commercial, politique et social entrant en jeu. Les partenariats entre les ONG et les milieux universitaires peuvent rassembler les compétences et les ressources nécessaires pour renforcer à la fois les capacités des agents de santé et les connaissances des individus, des familles et des communautés. L'International Society of Hypertension, la Ligue mondiale contre l'hypertension, la Fédération mondiale du Cœur et l'Organisation mondiale contre l'Accident vasculaire cérébral ont une longue histoire de collaboration avec l'OMS et travaillent en particulier dans le domaine de l'hyper tension et des maladies cardio-vasculaires (32-35).

Le secteur privé – à l'exclusion de l'industrie du tabac – peut contribuer de manière significative à la lutte contre l'hypertension de plusieurs manières.

Outre sa contribution aux programmes de bien-être sur le lieu de travail, le secteur privé peut activement participer à la mise en œuvre de l'ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, qui a été approuvé par la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010 (36). Il a été démontré que l'exposition à la publicité influence les préférences alimentaires, les demandes d'achat et les schémas de consommation des enfants. La publicité et les autres formes de commercialisation des aliments à l'intention des enfants sont largement répandues dans le monde. La plupart des techniques de commercialisation ont trait à des aliments à teneur élevée

en sel, graisses et sucre. Au niveau national, les recommandations nécessitent la collaboration du secteur privé afin de mettre en place les moyens nécessaires pour réduire l'impact de la commercialisation transfrontières des aliments à teneur élevée en graisses saturées, acides gras Trans sucre ou sel.

En outre, le secteur privé a la capacité de contribuer à la prévention de l'hypertension et d'autres maladies non transmissibles et à la lutte contre celles-ci, moyennant la mise au point de technologies et d'applications sanitaires de pointe, et la fabrication de produits de santé à des prix abordables.

D'autres moyens pour le secteur privé de contribuer à la lutte contre l'hypertension sont présentés dans le projet de plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 (9).

Bien que chez certaines personnes l'hypertension apparaisse avec l'âge, il ne s'agit pas d'un signe de vieillissement en bonne santé. Tous les adultes devraient connaître le niveau de leur tension artérielle et devraient aussi savoir si un de leurs parents proches a ou avait de l'hypertension étant donné que cela pourrait les exposer à un risque accru.

Les risques de voir sa tension artérielle augmenter et les conséquences néfastes qui lui sont associées peuvent être minimisés par :

1. Une alimentation saine :

1. En favorisant un mode de vie sain, en mettant l'accent sur une nutrition appropriée pour les nourrissons et les jeunes gens ;
2. En réduisant l'apport en sel à moins de 5 grammes de sel par jour ;
3. En consommant cinq portions de fruits et légumes par jour ;
4. En réduisant l'apport en acides gras et l'apport total en graisses ;
5. Activité physique :
  - En pratiquant une activité physique régulière et en favorisant l'activité physique chez les enfants et les jeunes gens. L'OMS recommande de pratiquer une activité physique pendant au moins 30 minutes par jour, 5 jours par semaine ;
  - En veillant à conserver un poids corporel normal.

Les individus qui souffrent déjà d'hypertension peuvent participer de manière active à la prise en charge de leur état :

1. En adoptant les comportements favorables à la santé décrits ci-dessus ;
2. En surveillant leur tension artérielle à domicile si cela est faisable ;
3. En vérifiant leur taux de glycémie, leur cholestérol sanguin et l'albumine dans leur urine ;
4. En sachant évaluer leur risque cardio-vasculaire en utilisant un outil d'évaluation des risques ;
5. En suivant les conseils d'un médecin ;
6. En prenant régulièrement les médicaments qui leur ont éventuellement été prescrits pour abaisser leur tension artérielle.

Le rôle confié à l'OMS dans le domaine de la santé mondiale englobe le droit à la santé, la justice sociale et l'équité pour tous. Depuis 2000, l'OMS a joué un rôle directeur essentiel dans les efforts visant à lutter contre les maladies non transmissibles, y compris l'hypertension, dans le cadre d'une démarche de santé publique (7,9,10). En tant que principal organisme de santé publique au niveau mondial, elle assure le suivi de la charge mondiale de morbidité, conçoit des politiques reposant sur les données factuelles, définit des normes et des critères et apporte un soutien technique aux pays pour promouvoir la santé et lutter contre les maladies. L'OMS fournit un appui aux pays pour qu'ils conçoivent, dans une perspective durable, leur système de financement de la santé afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle (17,18). Elle a mis au point des recommandations factuelles et des outils de mise en œuvre pour aider les pays à lutter contre l'hypertension moyennant une combinaison d'interventions axées sur les individus (14, 16,17-22) et l'ensemble de la population (24-30). À présent, l'OMS, en consultation avec les États Membres et d'autres partenaires, coordonne l'élaboration d'un plan d'action mondial pour lutter contre les maladies non transmissibles (9) et d'un cadre mondial de suivi. Combinés, ils fourniront une feuille de route pour appliquer les engagements de la Déclaration politique de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et pour poursuivre les travaux entrepris dans le cadre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris l'hypertension.

Les systèmes d'information sanitaire et de surveillance au niveau national doivent être renforcés pour assurer le suivi de l'impact des mesures visant à lutter contre l'hypertension et d'autres facteurs de risque des maladies non transmissibles.

La surveillance des maladies non transmissibles consiste à recueillir de manière systématique et permanente et à analyser les données afin de fournir des informations sur le fardeau des maladies non transmissibles dans un pays. Les systèmes de suivi doivent recueillir des informations fiables sur les facteurs de risque et leurs déterminants, la mortalité et la morbidité dues aux maladies non transmissibles. Ces données sont essentielles pour l'élaboration des politiques et des programmes. Toutefois, dans certains pays, les données de surveillance de l'hypertension et d'autres facteurs de risque font toujours défaut.

L'importance de la surveillance et du suivi a été soulignée dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, dans laquelle il était demandé à l'OMS de mettre au point un cadre mondial de suivi, comprenant des indicateurs et des cibles qui pourraient être appliqués dans différents lieux, aux niveaux régional et national, avant la fin de 2012. L'OMS a achevé ses travaux sur le cadre global mondial de suivi comprenant des indicateurs et une série de cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les maladies non transmissibles en novembre 2012, lors d'une consultation officielle à laquelle ont participé les représentants de 119 États Membres et d'organisations partenaires. La consultation a abouti à un cadre mondial de suivi comprenant 24 indicateurs et 9 cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les maladies non transmissibles (Tableau 3). Le Directeur général de l'OMS présentera le cadre mondial de suivi à la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2013, pour examen et adoption.

Il est nécessaire de disposer d'une combinaison d'interventions ciblant l'ensemble de la population et en particulier les groupes à haut risque pour atteindre ces cibles mondiales ambitieuses. En renforçant les approches dans la population visant à réduire l'exposition aux facteurs de risque, il sera possible de réduire la prévalence de l'hypertension (cible 6). Le renforcement des systèmes de santé pour fournir des programmes intégrés, en particulier au niveau des soins primaires, permettra d'améliorer le traitement des personnes présentant un risque élevé de complications et de réduire la mortalité évitable (cibles 1, 8 et 9). Par exemple la cible 8 consiste à fournir à au moins 50 % des personnes présentant un risque modéré à élevé d'infarctus du myocarde ou d'AVC une chimiothérapie et des conseils (y compris le contrôle de la glycémie). Pour ce faire, les technologies de base et les médicaments génériques essentiels doivent être disponibles dans les établissements de soins- primaires.

La liste indispensable comprend :

1. Technologies : un appareil de mesure de la tension artérielle, une balance, des dispositifs de mesure de la glycémie et des bandelettes pour détecter l'albumine dans l'urine ;
2. Médicaments : un diurétique thiazidique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, un inhibiteur calcique à longue durée d'action, un bêtabloquant, la metformine, l'insuline, une statine et l'aspirine.

Il convient d'apporter une aide aux pays pour définir les données de référence et les cibles nationales. Ce faisant, tous les pays peuvent contribuer de manière significative aux neuf cibles volontaires mondiales (9). Celles-ci incluent des cibles directement liées à la lutte contre l'hypertension et ses conséquences.

Afin d'assurer le suivi des progrès accomplis et d'atteindre les cibles mondiales, la capacité des pays à recueillir, analyser et communiquer les données doit être renforcée, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

## **B. 5. 5. LUTTE CONTRE LE DIABETE**

### **INTRODUCTION**

La République Démocratique du Congo (RDC), comme tous les pays émergents, paie le lourd tribut des conséquences dues aux maladies non transmissibles. Pour faire face à ces pandémies grandissantes, la Direction de la Lutte contre la Maladie commence par organiser la lutte contre le diabète. Son expérience servira de porte d'entrée à toutes les autres maladies non transmissibles.

Ainsi, après avoir rédigé le document d'analyse verticale du diabète sucré de type 2, voici le document des normes et directives de la prise en charge du diabète de type 2 qui permettra de standardiser les actions de la lutte contre le diabète sur l'ensemble du pays. Ce document est destiné en première intention aux personnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes), et en seconde intention aux étudiants.

Vue la nécessité et l'urgence de la question, le présent document n'a pas abordé toutes les facettes du diabète. Il s'est plus intéressé au diabète sucré de type 2 et à ses complications, car prépondérant dans nos milieux. Il aborde aussi le diabète gestationnel quoi que cet aspect n'est pas directement lié au diabète de type 2. Parmi les co-morbidités, seule l'hypertension a été développée.

Un accent particulier a été mis sur la prévention, car bien conduite elle réduit de façon considérable l'incidence du diabète dans la population. Un effort a été fourni pour que seule la théorie utile soit mentionnée ici, tout en accordant plus de l'importance aux aspects pratiques de

la prise en charge, à l'échelon primaire de la pyramide sanitaire. Sont aussi énumérés dans ce documents, les petits matériels nécessaires pour rendre fonctionnel une unité de la prise en charge du diabète dans une formation sanitaire, la liste des examens (bilan minimum) par niveau, ainsi que la liste des médicaments génériques retenus.

Enfin des orientations sur les mécanismes de coordination sont indiquées (détaillés) et en annexe sont insérés les outils de récolte des données nécessaires avec leurs manuels de remplissage.

## **1. EPIDEMIOLOGIE DU DIABETE**

Dans la lutte contre la maladie (DLM), un des grands défis du XXIème siècle est de réduire la charge mondiale des Maladies Non Transmissibles (MNT) car, depuis des années, cette charge ne cesse d'augmenter. Parmi les MNT, le diabète joue un rôle non négligeable en termes de morbidité et de la charge sociale imposée aux malades et constitue de ce fait une maladie coûteuse pour le patient, les familles et la société. Le diabète sucré de type 2 est devenu une épidémie, dont l'évolution est associée à un risque cardiovasculaire élevé, à divers handicaps, et à un impact socio-économique important.

En effet, le monde entier en général et les pays en voie de développement en particulier assistent à une transition épidémiologique<sup>1</sup> qui est un des facteurs déterminants de l'apparition des MNT. L'OMS estime que 347 millions des personnes sont atteintes du diabète dans le monde. En 2004, l'OMS estimait que 3,4 millions de personnes étaient décédées des conséquences d'une glycémie élevée à jeun. De tous ces décès, 80% sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [12]. Et plus de la moitié de la mortalité des MNT se sont produites chez des personnes de moins de 70 ans [10].

En 2005, l'OMS déclarait que les MNT étaient une cause de pauvreté et qu'elle freinait le développement des pays. Une réduction de 2 % de la charge des MNT sur les 10 années à venir contribuerait à sauver 36 millions des décès à l'horizon 2025 [4,10]. En plus, selon les prévisions, c'est surtout parmi les populations pauvres et défavorisées que l'incidence de ces maladies augmente rapidement, creusant encore les écarts sanitaires entre les pays et dans les pays. Les MNT étant en grande partie évitables, il est possible de réduire considérablement le nombre de décès prématurés si une action est menée contre les facteurs de risque modifiables [10].

La prévalence mondiale du diabète était estimée à 2,8 % en 2000, avec des projections à 4,8 % en 2030. Selon la projection faite en 2000, le nombre total de personnes atteintes passerait de 171 millions en 2000 à 366 millions en 2030. Malheureusement en 2011, cette projection était déjà atteinte et si rien n'est toujours fait, on atteindra plus de 552 millions des diabétiques dans

le monde en 2030 [3]. Plus de 50% des malades ne sont pas diagnostiqués et parmi ceux qui sont suivis par un corps médical, environ 70% ne sont pas pris en charge correctement [2]. La comparaison faite en 2011, confirme qu'à lui seul le diabète a atteint 336 millions des personnes alors que mise ensemble, le VIH/SIDA (33,3 M), le Paludisme (225 M) et la Tuberculose (13,7 M) ont atteint environ 272 millions des personnes [3]. Ceci devrait interpeller les décideurs à l'égalité dans les allocations des fonds et dans la lutte contre les maladies

En RD Congo, les données épidémiologiques du diabète existent et émanent du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), des enquêtes et des structures hospitalières : L'enquête STEP Wise réalisée dans la ville de Kinshasa en 2005 par le Ministère de la Santé Publique révèle une prévalence de 16% dont 14% chez l'homme et 17% chez la femme. Les diabétiques suivis dans les 50 formations médicales du bureau Diocésain des œuvres (BDOM) sont passés de 1.732 en 1994 à 5.033 en 2007 (données non publiées). La clinique diabétique du Mont Amba à Kinshasa, de mai 2003 à mars 2008, a enregistré 5362 malades parmi lesquels 337 nouveaux cas (5%) [14].

Il existe aussi des données de prévalence et d'incidence issues des études réalisées sur les populations des certaines villes et cités de la RDC : En 2009, Kasiam et al, dans une étude de prévalence réalisée à Kinshasa et au Bandundu en 2005 ont trouvé une prévalence de 12,1% et de 18% respectivement avec la glycémie à jeun et la glycémie postprandiale dans une population des personnes âgées de  $\geq 12$  ans [6]. Muyer et al trouvent en 2007 une prévalence de 4,8% en milieu semi rural de Kisantu [8]. Katchunga et al trouvent en 2008, une prévalence de 4% en milieu urbain et 1,7% en milieu rural au Sud Kivu [7].

Par ailleurs, la prise en charge du diabète exige un coût élevé. Certains malades consultent les cliniques privées pour une prise en charge correcte et d'autres se font soigner à l'étranger, surtout pour les complications, généralement irréversibles.

Ceci démontre que le diabète sucré est un problème de santé publique dans le monde, particulièrement dans les pays en développement dont la République Démocratique du Congo.

## 2. ASPECTS CLINIQUES DU DIABÈTE DE TYPE2

### **Définition**

Le diabète sucré est une maladie métabolique caractérisée par une élévation chronique de la glycémie résultant soit d'un déficit de sécrétion de l'insuline, soit d'une résistance à son utilisation, et soit de deux.

Les états qui précèdent ce diabète sont classiquement l'intolérance au glucose (IGT) et la

glycémie à jeun anormale (IFG). Ils constituent des états pré diabétiques.

## **Classification**

Il existe 4 types de diabète à savoir :

1. Le diabète de type 1 ;
2. Le diabète de type 2 ;
3. Le diabète gestationnel ;
4. Le diabète des autres causes spécifiques.

Le contenu du présent document est consacré au diabète du type 2 à cause de son importance épidémiologique et de l'existence des moyens de prévention. Dans le monde, le diabète de type 2 représente 80 à 90 % des cas des diabètes tous types confondus [1]. A Kinshasa, en 2009, une proportion de 92% a été retrouvée [6].

## **Clinique du diabète sucré de type 2**

Le diabète sucré de type 2 intéresse en grande partie le patient âgé de 40 ans et plus. Mais sa prévalence augmente de plus en plus chez les jeunes [13]. Son mode d'installation est insidieux, dû au fait que même si son fonctionnement est perturbé, le pancréas continue à produire de l'insuline à un niveau plus élevé (hyperinsulinisme), compensant ainsi l'insulinorésistance incriminée. C'est pour quoi dans la plus grande majorité des cas, le diabète sucré de type 2 peut rester longtemps asymptomatique. A la découverte de l'état diabétique, plusieurs scénarii peuvent se présenter :

1. Dans forme classique : le patient présente les signes de décompensation métaboliques: polyurie, polydipsie, polyphagie, asthénie physique et amaigrissement. Les 3 premiers sont les plus rencontrés ;
2. Certains patients par contre sont admis dans un tableau de coma inaugural souvent déclenché par des événements tels que la Septicémie, le paludisme grave, corticothérapie ;
3. Il n'est pas étonnant de découvrir l'affection au cours d'un dépistage systématique qui s'oriente à partir des autres facteurs de risque voire même les susceptibilités infectieuses, mycosique ou bactériennes ;
4. Pour un autre groupe des malades, c'est plutôt une complication chronique qui amène le patient à consulter pour la 1<sup>ère</sup> fois le médecin. On peut citer les troubles visuels liés à la rétinopathie, les douleurs et les sensations neuropathiques et les troubles cardiovasculaires.

## **Les facteurs de risque du diabète sucré de type 2**

Certains facteurs ont été identifiés comme prépondérants dans la survenue du diabète sucré de type 2, notamment l'obésité et le surpoids, la consommation d'alcool, la consommation du tabac et la sédentarité. Le tableau suivant indique les états nutritionnels en fonction de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) [12].

L'hypertension artérielle (HTA), l'antécédent (ATCD) de faible poids à la naissance, l'âge supérieur à 45 ans, l'ATCD du diabète gestationnel, l'ATCD d'accouchement d'un enfant macrosome ou un ATCD familial du diabète sucré sont aussi cités parmi les facteurs de risque du diabète sucré de type 2.

## **Les complications du diabète sucré de type 2**

Deux grands groupes des complications existent dans la pathologie diabétique :

### **Les Complications Aigues (métaboliques)**

Elles sont représentées par:

Le coma acidocétosique dans le diabète de type 2 ;

Le coma hyperosmolaire et acidolactique dans le diabète de type 2 ;

L'hypoglycémie et le coma hypoglycémique sont la conséquence d'une prise inadéquate d'antidiabétique oral ou d'une injection des doses inadaptées d'insuline.

Les deux premières complications aiguës surviennent souvent sur un terrain infectieux (urinaire, respiratoire et cutané). Ceci parce que le diabète entraîne une immunodépression relative, et l'hyperglycémie constitue un milieu de culture permanent.

### **Complications chroniques**

Elles sont de 2 types :

Les microangiopathies résumées par le trépied Rétinopathie-Neuropathie-Néphropathie.

Les macroangiopathies dues à l'Athéromatose diabétique souvent aggravées par les autres facteurs de risque cardiovasculaires. Ces complications sont responsables des événements cardiovasculaires suivants : AVC, cardiopathies ischémiques et l'artérite des membres inférieurs (A<sub>0</sub>MI).

## **3. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE / STRUCTURE DE LUTTE**

Jadis, le Programme de Lutte Contre le Diabète était peu fonctionnel. Plusieurs privés, confessionnels (Armée du salut, catholique) et associations se sont consacrés dans la prise en charge des malades diabétiques. Au niveau opérationnel, spécialement à Kinshasa, la prise en charge a été et continue à être principalement organisée au sein d'un réseau (réseau de soins de

santé primaires), créé par Dr De Clerck. Il a débuté en 1974 à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa (HPGRK), et s'est étendu dans les centres du BDOM, de l'Armée du Salut et au CH Mont Amba. Cette structure a été copiée dans toutes les provinces où s'organise la prise en charge des malades diabétiques.

Aujourd'hui, les normes et directives ordonnent que la prise en charge des malades diabétiques dans le système de santé de la RDC soit intégrée dans le Paquet Minimum d'Activité (PMA) des Centre de santé (CS), le Paquet Complémentaire d'Activité (PCA) dans les hôpitaux de référence (HGR) secondaires et tertiaires.

Son organisation sera faite de manière suivante :

Au niveau central : il existe la Division des Maladies Non Transmissibles avec un bureau chargé du Diabète. Ce dernier a pour mission d'élaborer les stratégies, normes et directives de la lutte contre le diabète et de mobiliser les fonds pour la mise en œuvre effective. Il travaille en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Diabète (PNLD) chargé de l'organisation de la lutte et de l'application des stratégies, normes et directives édictées.

Au niveau provincial : bien qu'à ce niveau aucune, activité de lutte contre le diabète n'ait été décrite, l'Equipe Cadre Provinciale (ECP) accompagne et appuie le niveau périphérique dans la mise en œuvre de la lutte contre le diabète. Il centralise et analyse les données reçues des Zone de Santé (ZS) avant de les transmettre au niveau central.

Au niveau périphérique : les Bureau Centrale de la Zone de Santé (BCZ) supervisent et accompagnent les formations médicales, et toutes les parties qui prennent en charge les diabétiques.

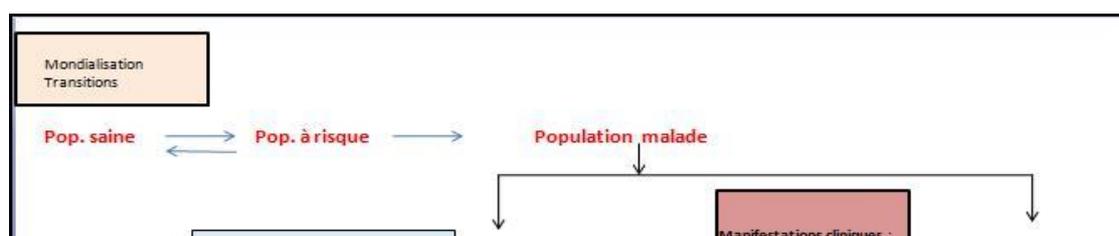
Etant donné que la stratégie veut que la prise en charge du diabète soit intégrée dans le PMA, il n'est pas judicieux de développer des centres spécialisés uniquement pour la prise en charge du diabète. L'IDF recommande que des cliniques des diabètes soient créées partout où elles n'existent pas, et qu'elles soient intégrées au système de santé.

## 1. PREVENTION

### *Modèle épidémiologique du diabète de type 2*

La prévention du diabète de type 2 aurait des avantages considérables du point de vue de la santé publique, car elle contribue à la réduction de sa morbidité et de ses complications.

**Figure n°1:** modèle épidémiologique communautaire du diabète type 2



Les interventions proposées dans ce document sont fonction des 4 types de prévention tels que présentés dans le rapport de l'analyse verticale<sup>2</sup> du diabète de type 2 [5].

1. Prévention primordiale : action qui consiste à freiner et/ou supprimer la production des facteurs d'environnement<sup>3</sup> ;
2. Prévention primaire : action visant à empêcher l'apparition de l'insulinorésistance
3. Prévention secondaire : action visant à empêcher l'expression de l'insulinorésistance (phase des manifestations cliniques) ;
4. Prévention tertiaire : action visant à empêcher l'apparition des complications cardiométabolique.

Les principales actions suivantes doivent être menées par niveau pour concrétiser la prévention du diabète de type 2 :

### **PREVENTION PRIMORDIALE**

Il s'agit d'arrêter la présence et la survenue des facteurs de risque. En ce qui concerne le diabète il est donc question de prévenir dans la population la survenue des facteurs tels que l'obésité, la sédentarité, la consommation exagérée d'alcool et de tabac, la suralimentation en particulier chez l'enfant, etc.

Concrètement cette prévention consistera à :

1. **Sur le plan politique** : la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) sera chargée d'amorcer les actions de plaidoyer auprès du pouvoir public en faveur de l'adoption des

projets de loi au Parlement, se rapportant à la lutte contre les MNT en général et le diabète en particulier. Il sera question de :

1. réviser et voter les nouvelles lois sur les importations et la production des produits tels que des boissons alcooliques, du tabac, des sucreries et des aliments riches en graisses saturées ;
  2. Interdire l'achat/la vente du tabac aux moins de 20 ans;
  3. Le pouvoir publique doit mettre en place des dispositions facilitant/stimulant l'exercice physique : multiplication des espaces et salles de sport, augmentation du nombre d'heures d'éducation physique à l'école, appui aux activités sportives, publicité éducative radiotélévisée, etc.
2. **Sur le plan socio-économique** : la DLM sera chargée de :
1. Faire le plaidoyer auprès du gouvernement, leaders d'opinion, opérateurs économiques, les industriels pour réduire ou supprimer la production des graisses saturées et des sucreries ;
  2. Majorer la taxation sur les cigarettes, les boissons alcooliques ;
  3. Interdire de fumer dans les endroits publics et les milieux de travail ;
  4. Réduire les espaces fumeurs: lieu public ;
  5. Sensibiliser les fumeurs ;
  6. une forte sensibilisation des jeunes contre l'usage du tabac.

## **PREVENTION PRIMAIRE**

Elle cible la population non diabétique et consistera à prévenir la survenue du diabète auprès des porteurs des facteurs de risque. Par exemple en promouvant la réduction de l'obésité, de la consommation des cigarettes, etc.

Les interventions intensives et structurées de la prévention doivent être axées sur la modification de style de vie, pouvant produire chez les obèses une perte de poids d'environ 5 % par rapport au poids initial comme trouvé dans deux études [1,2]. Ces mêmes interventions ont réduit de 58 % le risque de la progression de l'intolérance au glucose vers le diabète de type 2 au bout de 4 ans [3]. L'administration de la metformine aux patients prédiabétiques réduit de 31 % le risque de progression vers le diabète de type 2 [3].

Il s'agit de :

1) Promouvoir une alimentation saine et équilibrée, tout en l'adaptant à chaque patient : riche en fibres, fruits et légumes, mais, pauvre en graisses saturées d'origine animale, sel et sucres ;Le Personnel de santé et nutritionniste doivent recommander un régime alimentaire équilibré pauvre en graisse et riche en fibres à toute la communauté, Les Relais communautaires (Reco), les associations des malades diabétiques, les églises, les troupes théâtrales, les écoles, etc. doivent sensibiliser la communauté à un régime alimentaire équilibré, une alimentation locale saine et adaptée lors des visites à domicile, à toute autre occasion par la sensibilisation de la communauté à travers l'Information et la Communication ;

2) Réduire la consommation du tabac :

Personnel de soins et nutritionniste sont appelés à recommander la suppression de la consommation du tabac auprès des personnes à risque.

Les Relais communautaires / les associations des malades diabétiques, les églises, les troupes théâtrales, les écoles doivent décourager la prise du tabac en vulgarisant ses méfaits dans la communauté :

1. Réduire la consommation de l'alcool :
2. Le personnel de soins et nutritionniste doivent proscrire la consommation de l'alcool dans la communauté et chez les individus avec facteurs de risque par des conseils appropriés aux personnes avec facteurs de risque ;
3. Les Relais communautaires / les associations des malades diabétiques, les églises, les troupes théâtrales, les écoles... doivent décourager la prise de l'alcool dans la communauté à chaque occasion ;
4. Lutte contre la sédentarité en encourageant la pratique de l'activité physique régulière depuis le jeune âge :
  - Les professionnels de santé doivent éduquer et sensibiliser la population lors des campagnes de masse ;
  - Les Relais communautaires et les associations des malades diabétiques, doivent sensibiliser la communauté à l'activité physique ;
  - Augmentation du niveau d'activité physique. Celle-ci (comme la marche à pas vif) doit durer au moins 30 minutes et être pratiquée au moins trois fois par semaine.

## **2. PREVENTION SECONDAIRE**

Cette prévention vise la détection précoce du diabète en vue d'une prise en charge prompte.

Ainsi les interventions de la prévention secondaire consistent essentiellement au dépistage et à

la mise en traitement. En effet, Il faudra promouvoir chez les personnes avec facteurs de risque une alimentation saine, la pratique de l'activité physique régulière, la réduction de la consommation de tabac et de l'alcool.

Les autres actions seront évoquées dans le chapitre consacré au dépistage et à la prise en charge.

### **3. PREVENTION TERTIAIRE**

Il est question ici de prévenir la survenue des complications auprès des malades diabétiques. Elle consiste à la prise en charge correcte des cas, le dépistage précoce des complications en vue de leur prise en charge et des séquelles. Le Personnel de soins et nutritionniste sont appelés à :

1. La prise en charge correcte des diabétiques ;
2. Le dépistage du syndrome métabolique en vue d'une prise en charge précoce ;
3. Le traitement précoce de la personne atteinte du syndrome métabolique ;
4. Suppression de la consommation du tabac auprès des malades diabétiques ;
5. Proscrire la consommation de l'alcool chez les malades et individus avec facteurs de risque par des conseils aux malades et les personnes à risque ;
6. La surveillance des organes-cibles : pied, reins, yeux, etc.

## **4. DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC**

### **1. DEPISTAGE DU DIABETE**

Le dépistage consiste à détecter une maladie jusque-là inapparente chez une personne apparemment en bonne santé, grâce à des tests utilisables rapidement et disponibles.

Un dépistage précoce aide à traiter le diabète plus tôt avec espoir de retarder la survenue ou l'évolution vers les complications [3]. Il est recommandé de mettre en place un programme de dépistage au moment où il existe des tests de dépistage à moindre coût, d'application aisée, acceptable par la population et un programme de prise en charge des malades dépistés. Il est également recommandé de réaliser un test de dépistage chez toute personne à haut risque qui se présente en consultation dans un établissement de soins de santé.

### **Les objectifs du dépistage**

Les objectifs du dépistage sont de:

1. Identifier les individus malades au sein de la population saine ou à risque ;

2. Mettre rapidement sous traitement.

### **La population cible**

Il est souhaitable de se focaliser sur les individus avec facteurs de risque du diabète :

1. Lors de la consultation de routine ;
2. Lors de l'établissement du certificat médical ;
3. Lors de la CPN ;
4. Lors de l'accouchement (femme avec un gros bébé) ;
5. Avant toute perfusion glucosée.

Le risque du diabète est accru chez une personne dont l'âge est supérieur à 40 ans, avec surpoids ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), qui prend excessivement l'alcool et le tabac, avec antécédent de diabète (familial, d'AVC, gestationnel, hypertension, dyslipidémie, et pré diabète). Le risque du diabète est aussi élevé dans les cas d'antécédent d'accouchement d'un gros bébé, de mort in utero et des malformations fœtales.

### **Comment procéder au dépistage**

Pour dépister il faudra combiner l'utilisation d'un questionnaire et des examens de laboratoire.

#### **a. Première étape : le questionnaire**

L'administration d'un questionnaire sert à identifier les individus à haut-risque ( $\geq 17\%$ ) qui doivent faire l'examen biologique. Un modèle du questionnaire est placé à l'annexe n° 1 du présent document.

#### **b. Deuxième étape : Les examens**

Les différents examens à faire sont résumés dans les tableaux ci-dessous. Il reprend les éléments cliniques et les examens biologiques par niveau de la pyramide pouvant servir au dépistage, la catégorie du personnel ainsi que le type de matériel.

1. Le jeûne consiste en aucun apport calorique depuis au moins 8 h ;
2. Casuelle signifie à tout moment de la journée, sans tenir compte du dernier repas ;
3. Pour convertir les mmol en mg, multiplier les mmol par 18 ;
4. Le pré diabète comprend l'AGJ et l'IG. L'AGJ (anomalie de la glycémie à jeun) = glycémie à jeun 110-125 mg/dl et l'IG (Intolérance au Glucose) = glycémie à jeun  $< 126 \text{ mg/dl}$  et glycémie 2 h après 75 g de glucose  $\geq 140 \text{ mg/dl}$  – 199 mg/dl. Le terme

« Pré diabète » est pratique pour désigner AGJ et IG.

En ce qui concerne la recherche du diabète gestationnel chez toute femme enceinte, le dépistage systématique devrait être effectué lors des CPN. Il est recommandé au minimum le dépistage systématique chez toutes les femmes ayant des facteurs de risque à la première consultation prénatale. Ces facteurs de risque sont : antécédent de diabète gestationnel, obésité, âge > 35 ans, antécédent familial de diabète de type 2, antécédents obstétricaux de pré-éclampsie, de mort in utero, de macrosomie, de malformation fœtale. Si le dépistage est négatif à la première consultation, reprendre la recherche du diabète gestationnel à la consultation du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse, soit entre la 24-28 semaine d'aménorrhée(SA), puis entre 30 et 32 SA.

Chez les gestantes n'ayant aucun facteur de risque, le dépistage se fera à la consultation prénatale du 6<sup>ème</sup> mois (24 et 28 SA) par un dosage de la glycémie.

#### Critères [1]

Le diagnostic de diabète gestationnel est confirmé si la glycémie à jeun est  $\geq 7,8$  mmol/l (140 mg%). Si cette glycémie est comprise entre 110 et 140 mg/dl, on fait le Test simplifié de O Sullivan. Glycémie 1 h après 50 g glucose per os quelle que soit l'heure du dernier repas ou de la journée :

1. Si  $G \geq 200$  mg/dl (11 mM) : diagnostic certain ;
2. Si  $G \geq 130$  mg/dl (7,2 mM) : diagnostic probable (sensibilité \_ 100 %), dans ce cas il faut faire HGPO pour confirmer le diagnostic ;
3. HGPO : 100 g glucose per os, sur 3 h, sans modifier l'alimentation spontanée les jours précédents :

Diagnostic si au moins 2 valeurs  $\geq 0,95$  g (5,3 mM) à jeun

1. 1,80 g (10,1 mM) à 1 h ;
2. 1,55 g (8,7 mM) à 2 h o 1,40 g (7,8 mM) à 3 h

En présence d'un diagnostic de diabète gestationnel il faudrait réévaluer la tolérance au glucose, au moyen de HGPO 75 g dans le post-partum pour confirmer un diabète de type 2. Entre la 6<sup>ème</sup> semaine et la 12<sup>ème</sup> semaine du post-partum en utilisant les tests précédemment décrits sauf HbA1C [1,2].

Si le diabète sucré n'est pas confirmé, il est recommandé de contrôler cette femme tous les 3 ans.

L'annexe n°2 explique les procédures pour les différents examens.

## **DIAGNOSTIC DU DIABÈTE**

La confirmation du diagnostic est essentielle dans la prise en charge pratique d'un malade. Il faut distinguer le diagnostic clinique (d'orientation) et le diagnostic biologique (confirmation).

Le diagnostic clinique

Dans le diabète de type 2, deux situations conduisent au diagnostic :

1. Soit le malade se présente avec les signes classiques : polyurie, polydipsie, polyphagie, amaigrissement, fatigue, infection ;
2. Soit il se présente dans un tableau de complications chroniques du diabète. Cependant, certains malades peuvent rester longtemps sans signes cliniques évocateurs du diabète.

Le diagnostic biologique.

On parlera du diabète lorsque la glycémie plasmatique à jeun (depuis au moins 8 h)  $\geq 126$  mg/100 ml (7 mmol /L). Ou si en présence de signes cliniques nets, la glycémie à n'importe quel moment de la journée  $\geq 200$  mg/100ml (11mmol/L). Ou encore si la glycémie dans le plasma veineux, faite 2 heures après administration de glucose selon les critères stricts de l'hyperglycémie provoquée avec 75 g de glucose oral  $\geq 200$  mg/100 ml (11mmol/L).

Remarque importante

L'OMS et l'IDF font remarquer qu'il faut répéter la glycémie une ou deux fois avant de poser le diagnostic définitif, sauf si les chiffres sont très élevés ou que les symptômes sont nets.

Il est souhaité que cette glycémie de répétition soit faite au plus tôt à partir du jour suivant avec l'une des approches suivantes: deux glycémies à jeun (le matin) ou occasionnelles ou l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale à 75g de glucose.

Compte tenu de l'accessibilité limitée et de la difficulté de standardisation, le dosage de l'hémoglobine glyquée n'a pas été retenu comme élément de diagnostic [4].

## **PRISE EN CHARGE DU DIABETE SUCRE TYPE 2**

### **STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE**

La stratégie de prise en charge varie selon que le diabète est compliqué ou non. Elle vise :

1. L'éducation sur l'autogestion
2. La surveillance de la glycémie, du poids et de la Pression Artérielle (P.A) ;
3. Le traitement des cas ;
4. Prévention des complications.

L'instauration du traitement initial chez un diabétique est l'apanage du médecin généraliste ou

de l'infirmier formés dans le diabète. Le recours à des infirmiers bien formés est indispensable surtout dans les zones de santé rurales.

La prise en charge du diabète de type 2 se fait par paliers :

Le premier c'est le *traitement non-médicamenteux* qui consiste à la prise en charge diététique, à l'activité physique et l'hygiène de vie.

Le deuxième c'est le traitement médicamenteux fait des antidiabétiques non insuliniques (oraux et les analogues des Incrétines), ainsi que l'insuline.

Le passage d'un palier à un autre est conditionné par la non-atteinte d'un des objectifs thérapeutiques.

La modification du régime alimentaire et l'activité physique doivent constituer les premières étapes de la prise en charge des diabétiques de type 2 nouvellement diagnostiqués, et doivent être maintenues tout au long du suivi.

Le diabète simple doit être pris en charge au niveau du CS, alors que toute complication doit être référée à l'HGR.

Il est recommandé que le suivi de la prise en charge dans les centres de santé soit conduit par des infirmiers formés. En cas de problème complexe, la référence au médecin ou au spécialiste se fera en toute urgence et dans les meilleures conditions.

Le rôle du médecin est plutôt de superviser les consultations régulièrement, de former les infirmiers en cours d'emploi et de prendre en charge les cas compliqués référés.

### **OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE**

La prise en charge optimale du diabète de type 2 doit aboutir à normaliser les indices cliniques et biologiques du malade. Elle vise la normalisation de la glycémie, la gestion des facteurs de risque cardiovasculaires, le traitement des complications et la suppression des facteurs de déséquilibre éventuels.

Un bon traitement du diabète doit être préventif et précoce, organisé et accessible, multidisciplinaire, visant la protection cardiovasculaire.

Ceci nécessite la formation du personnel, l'éducation des personnes vivant avec le diabète, la disponibilité des médicaments et des réactifs de laboratoire.

Les objectifs d'un bon contrôle fournissent des valeurs qui sont à considérer comme un idéal.

Dans le traitement du patient diabétique, il faut tenir compte des circonstances dans lesquelles le patient se trouve, c'est à dire :

1. Son niveau socio-économique ;
2. Son âge : un sujet âgé doit être traité avec plus de prudence et les objectifs seront plus simples éviter les complications aiguës, les hypoglycémies, les complications au niveau

des pieds ;

3. La distance qu'il parcourt pour accéder à une assistance médicale ;
4. Les motivations du patient et son désir de se soigner correctement ;
5. Les complications du diabète ou les autres pathologies associées.

Surtout chez les patients de milieu aisé qui ne se livrent pas beaucoup à l'activité physique la recherche des troubles du métabolisme des lipides est nécessaire. Des mesures diététiques sont nécessaires et parfois des médicaments qui feront baisser le taux de cholestérol.

Il n'est pas facile de faire comprendre au patient que le diabète peut à tout moment se décompenser. C'est la raison pour laquelle on demande une surveillance continue même lorsque tout semble aller fort bien.

## **TRAITEMENT**

### **TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX**

Prise en charge diététique

Principes :

1. Il est nécessaire d'intégrer un nutritionniste dans l'équipe médicale de prise en charge du diabète ;
2. Renforcer les capacités en nutrition et connaissances diététiques du reste du personnel ;
3. Tenir compte du contexte (disponibilité alimentaire) dans le conseil diététique à assurer au patient ;
4. Donner des démonstrations sur les aliments en étant aussi concret que possible ;
5. Assurer le suivi du patient en le pesant régulièrement.

#### *Alimentation*

L'alimentation équilibrée est le premier objectif à atteindre. La modification du régime alimentaire est l'un des piliers de la prise en charge du diabète, et se fonde sur le principe de

l'alimentation saine<sup>4</sup> dans le contexte des influences sociales, culturelles et psychologiques des choix alimentaires.

Un régime hypocalorique sera prescrit aux obèses. Il vise à réduire la consommation d'aliments riche en graisses saturées (graisses animales) et en sucre à index glycémique élevée (résorption rapide, effet hyperglycémiant global de l'aliment par rapport au glucose qui est l'élément de référence [1]). Augmenter la consommation des fibres (légumes).

La modification du régime alimentaire et l'activité physique doivent constituer les premières étapes de la prise en charge des diabétiques de type 2 nouvellement diagnostiqués, et doivent être maintenue tout au long du suivi.

### *Activité physique*

Principes généraux pour l'activité physique au cours du diabète de type 2

Une évaluation physique minutieuse cardiovasculaire, rénale et de l'état des pieds y compris neurologique, doit être entreprise avant de débiter un programme d'exercice physique.

1. Les programmes d'activité physique prescrits doivent être adaptés à l'âge du patient, son statut socio-économique(en annexe), sa condition physique, son mode de vie et le niveau de contrôle glycémique ;
2. La glycémie doit être surveillée (au moyen des bandelettes et lecteurs de glycémie) avant et après une activité physique intense programmée ;
3. Il faut toujours être convenablement chaussé : port des pantoufles avec chaussettes en coton propres. Éviter les babouches et chaussures en plastique ;
4. L'activité physique doit être régulière (~3jours/semaine) et durer au moins 20-30 minutes par séance ;
5. Elle doit être au moins du type activité modérée ;
6. Pour éviter l'hypoglycémie liée à l'effort physique, les doses d'insuline ou de sécrétagogues d'insuline (stimulants de la sécrétion d'insuline) comme les sulfamides hypoglycémiantes : exemple glibenclamide, gliclazide,...) peuvent être réduites avant et/ou du sucre consommé aux alentours de la période d'effort.

L'activité et les exercices physiques sont à encourager car c'est l'un des éléments essentiels dans la prévention et la prise en charge du diabète de type 2. L'activité physique régulière améliore le contrôle métabolique, augmente la sensibilité à l'insuline, améliore la santé cardiovasculaire et aide à la perte de poids et sa consolidation autant qu'elle procure une sensation de bien-être.

Il est recommandé de mettre en place des salles de sport, des espaces piétons et pistes cyclables le long des chaussées. Une personne vivant avec le diabète doit avoir au moins 30 à 60 minutes d'exercices physiques plus ou moins intense.

En raison de cela, les patients doivent être encouragés à intégrer l'activité physique dans leur vie quotidienne. Le programme doit encourager le plus possible, l'investissement pour l'acquisition de nouveaux matériels et équipements.

NB :

1. La présence des complications chroniques peut amener à déconseiller certaines formes d'exercices ;
2. L'exercice améliore le contrôle métabolique, mais il peut aussi précipiter les complications aiguës comme l'hypo et l'hyperglycémie ;
3. Ainsi, il n'est pas conseillé de réaliser des exercices vigoureux si la glycémie est >250 mg/dl (14 mmol/l), si le patient a une cétonurie ou une glycémie inférieure à 80 mg/dl (4,5 mmol/l) ;
4. Les activités telles que la marche, la montée des escaliers (au lieu de prendre l'ascenseur) doivent être conseillées ;
5. Pour les diabétiques sédentaires, une introduction graduelle en utilisant les activités de faible intensité comme la marche est indispensable.

*Hygiène de vie et contrôle de stress psychosocial*

Principes généraux pour l'hygiène de vie :

1. Interdire de fumer ;
2. Réduire la consommation des boissons alcoolisées ;
3. Eviter le stress [2].

## **TRAITEMENT MEDICAMENTEUX**

### **Antidiabétique oraux**

En général on prescrira un sulfamidé chez le sujet de poids normal ou un biguanide chez l'obèse. Mais en pratique on doit commencer le traitement avec le biguanide en première intention.

Il est recommandé de débiter par de petites doses et augmenter progressivement en fonction de l'évolution du patient jusqu'à la dose maximale. La surveillance doit être régulière surtout au début du traitement et chez les personnes âgées (à partir de 60 ans).

Les autres antidiabétiques oraux ne sont pas facilement disponibles. Ils sont d'un prix peu abordable pour la majorité des patients diabétiques. On peut tenter un essai

chez le sujet qui ne répond pas aux antidiabétiques oraux courants. De plus, certains groupes d'ADO s'accompagnent d'effets secondaires qui en limitent l'usage.

### **Insulinothérapie**

Au bout d'un certain nombre de mois ou d'années de vie avec le diabète de type 2, il arrive que le pancréas s'épuise et que le recours à l'insuline devienne nécessaire.

Le passage à l'insuline est également indispensable en cas de complications infectieuses, d'un stress anormal, d'une intervention chirurgicale, d'une diarrhée, d'une crise de malaria. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à modifier le traitement tout en sachant qu'une fois l'épisode passé on pourra (souvent) reprendre le traitement initial et diminuer progressivement la dose d'insuline. Mais au préalable, un bilan minimum de retentissement (Fond d'œil, HbA1c, bilan rénal et lipidique) doit être réalisé. Le recours à l'insuline se fait dans les circonstances ci-après :

1. Au début de la prise en charge, si la glycémie à jeûn ou en postprandiale (2 H après un repas) est  $\geq 200$  mg/dl ( $HbA1c \geq 8,5\%$ ), en présence des corps cétoniques ou de complications infectieuses ;
2. Lors de l'échec du traitement aux antidiabétiques oraux (ADO) ;
3. Lors des contre-indications aux ADO ;
4. Prise en charge adéquate chez la femme diabétique enceinte ;
5. Intervention chirurgicale majeure.

Le recours à l'insuline se fera sous surveillance rapprochée. La dose physiologique d'insuline est au total de 0,6 UI à max 1 UI par kg et par jour. Ainsi, il est conseillé de débiter par des petites doses journalières ( $< 0,6$  UI/Kg/J) réparties en deux ou trois prises et augmenter progressivement.

Mais il faut toujours avoir à l'esprit que ce traitement doit souvent être temporaire dans Il faut toujours contrôler l'évolution du poids corporel. Un malade obèse ou de poids normal au départ qui grossit encore traduit qu'il reçoit trop d'insuline. Si la glycémie reste élevée au-delà du traitement de l'épisode initial, il faut renforcer les mesures hygiéno-diététiques (traitement non-médicamenteux) plutôt que d'augmenter la dose d'insuline.

Les protocoles et doses d'insuline varient d'un patient à l'autre.

Le diabète de type 2. Une fois la glycémie normalisée, il est très souvent possible de diminuer progressivement les doses d'insuline et les supprimer.

### **TRAITEMENT DE SUPPLEMENTATION:**

Insuline NPH administrée à 22h00 en prise unique. La dose journalière totale est calculée

par la formule : poids corporel en Kg x 0,2 UI d'insuline (patient de 70 kg = 14 UI d'insuline).

Les ADO doivent être maintenus (moitié de la dose maximale de sulfonylurée et 2g/jour pour la metformine) et la glycémie surveillée (quand c'est possible).

### **TRAITEMENT DE SUBSTITUTION:**

Les ADO sont arrêtés (sauf chez les patients obèses chez qui la metformine doit être maintenue) et une insuline mixte est administrée à la dose de 0,2 UI/kg de poids et répartie de façon à ce que les 2/3 soient administrés le matin et les 1/3

### **LA PRISE EN CHARGE AU CENTRE DE SANTE**

#### **Prise en charge par l'infirmier**

La conduite de l'infirmier se fera selon que le malade est traité avec l'insuline ou sans insuline. Les tâches de l'infirmier au centre de santé sont catégorisées en journalières, hebdomadaires et mensuelles. La tenue à jour de la fiche de suivi du patient et l'emploi d'un protocole de traitement sont essentiels dans les centres de santé.

#### **A la première visite**

1. Identifier les plaintes du malade ;
2. Faire l'examen physique:
  - Taille et Poids (IMC) ;
  - Tour de taille et hanches ;
  - Tension artérielle ;
  - Examen minutieux des pieds ;
  - Inspection des dents ;
  - Examen des yeux.
3. Faire les examens biologiques suivants :
  - La glycémie ;
  - Glycosurie ;
  - Acétonurie ;
  - Protéinurie.
4. Assurer l'éducation sur les mesures hygiéno-diététiques et sur l'autogestion du diabète ;
5. Fournir les explications sur les médicaments prescrits ;
6. Montrer comment soigner les petites blessures, et faire régulièrement une glycosurie ;

7. Demander les examens complémentaires ;
8. Tenir à jour le registre des diabétiques ;
9. Remettre au malade un carnet dûment rempli ;
10. Etablir la fiche de suivi du malade.

### **TACHES JOURNALIERES**

1. Rechercher les signes de décompensation du diabète ;
2. S'assurer de la disponibilité du repas ; si précarité, réduire la dose d'insuline et noter la raison sur le carnet ;
3. Vérifier les flacons d'insuline : le type d'insuline et surtout la concentration : il existe des insulines à 40 UI par ml et à 100 UI par ml. Employer la seringue adaptée au type d'insuline ;
4. Administrer correctement le traitement : Changer souvent le site d'injection (bras, cuisse, abdomen) et Injecter assez profondément. Eviter les endroits où se forment un bourrelet ou une dépression ;
5. Éduquer le malade et/ou ses membres de famille proches sur l'administration de l'insuline à domicile ;
6. Tenir à jour la fiche de suivi du malade ;
7. Vérifier et tenir à jour le carnet : inscrire le type d'insuline injecté et la dose, vérifier les absences ainsi que leurs causes pour remédier à la situation ;
8. Chercher les signes d'hypoglycémie après l'injection d'insuline ;
9. Si hypoglycémie après injection d'insuline, diminuer la dose d'insuline ou conseiller démanger un peu plus si le malade est maigre ;
10. Et si l'état général du malade est mauvais, référer auprès du médecin pour rechercher une autre cause ;
11. Assurer l'éducation des patients à l'autogestion du diabète.

### **TACHES HEBDOMADAIRES**

1. Faire pratiquer au moins une fois par semaine quelques examens de contrôle (glycémie, glycosurie) ;
2. Si la glycosurie est fortement positive, faire l'acétonurie et chercher les causes (malade irrégulier, régime inadéquat, pauvreté, ...) ;
3. Rechercher la présence de corps cétoniques (même si elle est rare).
4. Réajuster le régime en fonction de l'évolution du malade ;

5. Faire l'examen des pieds à la recherche des anomalies (neuropathies, plaie même minime ; mal perforant : lésion arrondie aux endroits de pression de la plante du pied plantaire, mycoses interdigitales ou athlet's foot, fissures aux talons, le frottement qui cause une phlyctène,) ;
6. Inspecter la vulve des femmes si elles se plaignent de prurit vulvaire.
7. Assurer l'éducation des patients à l'autogestion du diabète.

### **TACHES MENSUELLES**

Faire le contrôle prévu chaque semaine, mais en plus

1. Prélever la TA, le pouls, le poids ;
2. Si vous voyez des lésions de candidose soignez-les à la polyvidone iodée ;
3. Rechercher l'infection urinaire et soignez-la.

### **SITUATIONS PARTICULIERES**

#### **1. Le transfert au médecin est urgent dans les cas suivants :**

1. Respiration ample et rapide avec odeur fruitée de l'haleine qui est le signe de la présence de corps cétoniques dans le sang ;
2. Conscience obnubilée ;
3. Vomissements, déshydratation grave ;
4. Une surinfection sur une maladie de la peau ;
5. Plaie au pied avec les signes de gravité suivants :
  1. Le mal perforant plantaire infecté ;
  2. Plaie surinfectée à la suite de l'extraction d'une chique sans précautions d'asepsie ;
  3. Plaie pénétrante à la suite d'une marche sur un clou ou du tesson de verre ;
  4. Les plaies infectées et abcès ;
  5. Les plaies du pied avec coloration noirâtre surtout chez le sujet âgé (>65 ans) et si elles intéressent les orteils ou la plante du pied.

#### **1. En attendant le transfert, observer les attitudes suivantes :**

- Placer un abord veineux avec le liquide salin à 0,9%, si le malade est déshydraté ou vomit ;
- Faire une glycémie ;
- Rechercher les corps cétoniques dans les urines : en présence de corps cétonique, donnez 10 UI d'insuline rapide en IM de suite, puis 5 UI toutes les heures jusqu'au transfert du malade, tout en surveillant la glycémie ou la glycosurie.

Le suivi d'un diabète avec acidose est expliqué plus loin.

## 2. Traitement des problèmes particuliers :

1. L'hypoglycémie.
2. Si le malade est lucide : donner sans tarder du sucre à résorption rapide (une boisson sucrée, sucre de canne, ...)
3. Si le malade est en coma : donner du glucosé à 50% en IV direct 25 à 50 ml à répéter si nécessaire, pour obtenir le réveil ;
4. Au-delà de 50 ml Si le malade ne se réveille pas ou que d'autres signes apparaissent, référer immédiatement à l'hôpital [3] ;
5. Après la crise, rechercher la cause. ;
6. Lésions du périnée :

Il s'agit de candidose caractérisée par une excoriation cutanée avec un enduit blanchâtre,

- Prescrire des bains de siège avec permanganate de potasse dilué.

Recommander de sécher bien la région avec un linge propre.

- Prescrire le badigeonnage avec de la polyvidone iodée ou isobetadine. A défaut le violet de gentiane.

1. Les plaintes courantes non liées au diabète :

Elles peuvent être traitées comme chez tout autre malade. Eviter cependant les injections intramusculaires dans la mesure du possible.

### Prise en charge par le médecin

La prise en charge au centre de santé implique un partenariat d'une part entre le médecin et son malade, et d'autre part entre le médecin et l'infirmier responsable du diabète. Ceci se construit progressivement.

#### *Tâches:*

1. Réaliser l'examen clinique complet ;
2. Demander la glycémie ;
3. Initier le traitement pour le nouveau cas ;
4. Demander un bilan minimum de retentissement (sédiment urinaire, fond d'œil, albuminurie, urée, créatinine, HbA1c) ;
5. Explorer la fiche de suivi pour les diabétiques connus (ancien cas) et réajuster le traitement ;
6. Référer à l'hôpital tous les cas nécessitant un suivi rapproché ou une hospitalisation ;
7. Surveiller les paramètres suivants : le poids, la taille, le pouls et la TA.

## **PRISE EN CHARGE A L'HOPITAL**

### **La prise en charge initiale**

#### **Remarques préliminaires**

Il s'agit probablement d'un patient qui se présente en mauvais état général ou en coma. Il s'agira soit d'un nouveau cas de découverte fortuite au stade de complication, soit encore d'un ancien cas référé du CS, ou soit enfin d'un ancien cas chez qui le suivi n'est pas respecté.

La prise en charge doit être rapide et implique la mise en place d'un processus accéléré d'admission.

Il faut aussi disposer d'un minimum d'équipement et de médicaments afin de commencer le traitement, même si la famille n'a pas de quoi payer au départ.

Ce minimum comprend ceci pour les premières 24 heures:

1. Insuline rapide et seringue à insuline adaptée ;
2. Perfusion de liquide salin 0,9 % ;
3. Sérum glucosé 5% ;
4. Sérum glucosé 50% ;
5. Un tensiomètre ;
6. Un glucomètre ;
7. Des bandelettes pour mesurer la glycémie, la glycosurie, l'acétonurie.

#### **Tâches à accomplir**

1. Réaliser l'examen clinique complet ;
2. Confirmer ou infirmer le diagnostic du diabète pour le nouveau cas : Contrôler la glycémie ;
3. Initier le traitement pour le nouveau cas ;
4. Explorer le carnet de suivi et instaurer le traitement adapté à la cause de la référence pour les anciens cas ;
5. Demander un bilan minimum de retentissement (sédiment urinaire, fond d'œil, albuminurie, urée, créatinine, HbA1c) ;
6. Contre-référez au CS tous les cas stabilisés pour un suivi de proximité.

#### **Traitement des complications**

##### *Hypoglycémie*

- Administrer du sérum glucosé hypertonique à 50% en IV direct 25 à 50 ml à répéter si nécessaire, jusqu'à obtenir le réveil et faire le relais avec du sérum glucosé à 10% si nécessaire, pendant 24 heures ;
- Donner un repas riche en sucre d'action lente, au réveil ;

- Prolonger la perfusion de glucosé (5-10%) pendant 24 heures si HYPOGLYCEMIE est secondaire aux sulfonylurées de longue durée d'action, à l'insuline intermédiaire, à l'insuline d'action prolongée ou à l'alcool ;
- Si la voie intraveineuse (IV) est inaccessible, donner du glucosé par voie rectale ou par sonde nasogastrique.

Au réveil, il faut identifier la cause de l'hypoglycémie et la traiter.

Si le malade ne se réveille pas, faire le diagnostic différentiel (le neuro-paludisme, la méningite, l'accident vasculaire cérébral, etc.) par des investigations approfondies et instaurer un traitement étiologique [3].

*Hyperglycémie avec ou sans acidocétose*

**Réhydrater le malade en administrant une Perfusion de salin 0,9 % :**

- Le premier litre administré dans les 2 premières heures, puis ;
- Un litre toutes les 4 à 6 heures ;
- Adapter la quantité et le débit selon le degré d'hydratation et l'âge.

**Donner l'insuline :**

1. l'insuline ordinaire ou actrapid à l'admission 10 U IM (IV dans la trousse de perfusion) puis 5 U IM toutes les heures jusqu'à une glycémie  $\leq 200$  mg / dl. Puis passer au schéma à 4 injections d'insuline Ordinaire ou actrapid® pendant 72 heures ;
2. Oul'insulineactrapid 10U IM toutes les deux heures jusqu'à une glycémie  $\leq 200$  mg/dl. Puis passer au schéma à 4 injections d'insuline ordinaire ou actrapid® pendant 72 heures.

**NB :** Au moment où la glycosurie commence à baisser, ou que la glycémie est  $\leq$  à 200mg/100 ml remplacer la perfusion de liquide salin, soit par 1 litre de perfusion du sérum glucosé à 5% en 8 heures soit par l'administration régulière des boissons légèrement sucrées. En même temps continuer l'insuline à faible dose en se basant sur les glycémies faites régulièrement.

1. sanguin, PH sanguin, Réserve alcaline, bilan lipidique et hémoglobine glyquée.

Liquides

Dès que possible faire boire de l'eau ou d'autres liquides.

Si le malade est trop faible pour boire, continuer les perfusions : donner un litre de sérum glucosé à 5% avec 10 à 15 UI d'insuline rapide injectée dans le baxter à perfuser en 8 heures.

Si la TA est normale faire suivre par un litre de liquide salin à 0,9% en 8 heures. Veiller à ce que la diurèse de 1500 ml au moins par jour soit obtenue.

Insuline

Les besoins en insuline sont très variés d'un sujet à l'autre. Cela dépend autant de la glycémie,

que du métabolisme, du poids, de la taille, de l'âge, des hormones hyperglycémiantes, du stress, d'une infection intercurrente.

Le seul moyen de donner une dose adaptée est de surveiller de près le malade. Tant qu'il ne mange pas, vous donnez 10 UI d'insuline rapide diluée dans un litre de sérum glucosé à 5%.

1. La présence de corps cétoniques est toujours un signe de gravité chez le diabétique. La recherche des corps cétoniques est donc essentielle. Vous pouvez employer des bandelettes réactives ;
2. L'examen se fait toujours au lit du malade et non en laboratoire. Tant que dure la présence de corps cétoniques le malade a besoin d'hospitalisation ou de soins de réanimation de jour ;
3. Soyez prudent chez les enfants, chez les vieillards, les sujets en mauvais état général. Par contre les sujets bien nourris et surtout les obèses ont souvent besoin d'une plus grande quantité d'insuline. On parle chez ces derniers de résistance à l'insuline, qu'il faudra vaincre par un régime adapté ou par des fortes doses d'insuline ;
4. Chaque injection est accompagnée d'un repas léger ou d'une boisson légèrement sucrée.

Administrer l'insuline retard habituellement isophane (NPH) qui est souvent donnée deux fois par jour avec les principaux repas. Commencer très progressivement par des doses relativement faibles comme 10 UI d'insuline retard isophane pour un adulte de poids moyen de plus de 50 kg. Le soir, donner 8 à 10 UI d'insuline isophane.

Vous pouvez alors augmenter progressivement la dose en surveillant la glycosurie et la glycémie. Veillez toujours à ce que le malade mange en même temps. Ne pas dépasser 20 UI le matin et 10 à 15 UI le soir.

Il faut beaucoup de prudence.

Si le malade mange régulièrement vous pouvez ajouter une petite quantité d'insuline rapide avant chaque repas : 5 à 6 UI selon l'importance du repas.

Ne donnez jamais d'insuline sans vous assurer que le malade connaît les signes de l'hypoglycémie et ce qu'il doit faire lorsque ces signes surviennent. Veillez aussi au repas qui doit être disponible.

L'obésité comme telle est une cause de résistance à l'insuline et il faut souvent donner plus au début de la maladie. Par contre, dès que l'urgence est passée efforcez-vous d'expliquer au malade obèse comment il doit s'y prendre pour maigrir et suivre son régime. Un régime permet souvent de passer peu à peu d'insuline. Une des erreurs les plus communes dans le traitement est de prescrire de très grosses doses d'insuline aux obèses en espérant «équilibrer leur diabète» ceci sans s'occuper de la prescription et du suivi du régime adapté.

Le résultat le plus clair de cette manière de faire est une augmentation rapide du poids sans que la glycémie se modifie beaucoup.

## **Prise en charge après urgence**

Lorsque l'urgence est passée, assurez-vous que le malade et la famille savent où s'adresser pour la prise en charge du diabète en ambulatoire. Il ne sera pas admis de voir des malades bien soignés à l'hôpital, qui soient livrés à eux-mêmes avec une vague prescription d'insuline et aucun encadrement pour la surveillance du traitement.

Référer le malade à un CS qui a intégré dans son PMA la prise en charge du diabète. Un document de sortie clair sera délivré au malade : il indique le diagnostic, les examens pratiqués, les médicaments administrés, la suite de traitement et les éléments clés du suivi.

Selon l'IDF Afrique, le tableau suivant indique ce qui devrait être fait en dehors de l'urgence.

## **DIABETE GESTATIONNEL**

### **Définition**

C'est une intolérance au glucose de degré variable diagnostiquée pour la première fois chez une femme enceinte. Sa prévalence varie de 1 à 14 % sur l'ensemble des grossesses, suivant la population étudiée et la nature du test utilisé.

Il s'agit d'un problème particulièrement important car deux vies sont en jeu : celle de la mère et celle de l'enfant qui va naître. Le suivi d'une femme enceinte atteinte de diabète est particulièrement exigeant tant pour le médecin que pour la femme.

Nous ne pouvons indiquer ici que les grandes lignes de cette prise en charge.

Il est important de le dépister parce qu'il expose à des risques non négligeables [2].

Chez l'enfant :

1. Avortement spontané ;
2. Mort in utéro ;
3. Macrosomie fœtale pouvant conduire à un traumatisme obstétrical, détresse respiratoire (hypoxie chronique), hypoglycémie,... ;
4. infections urinairespré éclampsie ;
5. traumatisme des parties molles ;
6. diabète permanent avec ses complications.

Ce type de diabète doit être systématiquement dépisté car 30 à 50 % des femmes atteintes n'ont pas de facteurs de risque évidents.

### **Quand et comment dépister le diabète gestationnel**

Se référer au chapitre du « dépistage et diagnostic ».

La grossesse produit des substances anti-insulines (HPL, progestérone, cortisol) en grande

quantité, favorisant l'insulino-résistance, surtout après la 28<sup>ème</sup> semaine. C'est en cela qu'elle est dite diabéto-gène.

La majeure partie de complications ovulaires dont les malformations congénitales, le polyhydramnios et la souffrance fœtale chronique (la grande tueuse à partir de la 36<sup>ème</sup> semaine de grossesse) provient de l'hyperglycémie maternelle.

## **Traitement du Diabète gestationnel**

### **Objectifs du traitement**

Glycémie à jeun < 95 mg/dl (5,3 mM) ou bien

1. Glycémie PP 2 h < 120 mg/dl (6,8 mM)

### **Traitement pendant la grossesse [1,8]**

Une fois le diagnostic du diabète gestationnel confirmé, il faudra

Pendant une semaine :

Équilibrer son régime alimentaire.

Conseils diététiques simples : petits repas fréquents, éviter les sucres à action rapide, manger beaucoup de légumes, de fruits et de protéines. Le régime amaigrissant sera proscrit, pendant la grossesse.

Encourager la femme à des habitudes d'activité physique régulière

Auto surveillance de la glycémie (pré et postprandiale : 6/jours)

La surveillance rapprochée de la patiente est indispensable: on mesurera les glycémies le plus souvent possible et on tentera d'obtenir des chiffres aussi proches de la normale. L'autocontrôle est indispensable pour obtenir des résultats parfaits. Il faut des moyens financiers mais surtout une réelle motivation de la part de la femme.

La TA est surveillé de même que les signes de toxémie gravidique. L'hypertension n'est pas rare chez ces femmes et elle doit être soignée.

Le volume fœtal est relativement facile à surveiller par l'échographie si on en dispose [4].

Dans le cas contraire, la mesure de la hauteur utérine donne une certaine approximation du volume fœtal.

Administrer l'Insuline si les objectifs ne sont pas atteints.

Le meilleur schéma de traitement comporte deux ou trois injections d'insuline à faible dose.

Les résultats sont meilleurs en augmentant la fréquence des injections plutôt que la dose unitaire. Une ou deux injections d'insuline retard peuvent être accompagnées d'une petite quantité d'insuline rapide avant les repas principaux [6,13] (calculée en fonction de la quantité d'hydrate de carbone consommée).

Les besoins en insuline augmentent le plus souvent jusqu'à la 30<sup>ème</sup> semaine puis restent relativement stables pour diminuer de suite après la naissance.

Il faut à tout prix éviter les grossesses prolongées car c'est dans ces cas que l'on déplore le plus de morts in utero. Souvent un accouchement provoqué vers la 38<sup>ème</sup> semaine est conseillé.

Si le développement du fœtus semble anormal il faut discuter les indications de l'accouchement provoqué ou de la césarienne un peu avant le terme [10].

Les indications de la césarienne se discutent surtout dans les cas suivants :

- 1) Primipare âgée ;
- 2) Multipare dont l'histoire obstétricale est anormale disproportion fœto-pelvienne ;
- 3) Toxémie gravidique ;
- 4) Présentation anormale.

### **Traitement au moment de l'accouchement**

Si la femme est en travail à l'admission, on la gardera à jeun dans l'hypothèse d'une intervention possible.

On administrera une perfusion de glucose à 5% avec 10 UI d'insuline rapide à couler en 6 heures. Si la glycémie est supérieure à 200 mg par 100 ml on donne en même temps un peu d'insuline ordinaire 10 UI en S/C ou en IM ou en bolus IV.

La surveillance de la glycémie se fait toutes les heures et on donne ensuite 5 UI d'insuline rapide par heure si la glycémie est supérieure à 200 mg/100 ml.

En cas de césarienne, on évite de donner trop d'insuline. La surveillance pendant l'intervention est indispensable pour éviter une hypoglycémie.

La patiente boit et mange le jour même de l'accouchement, ou le lendemain. Elle peut prendre des boissons légèrement sucrées et recevoir l'insuline à une dose qui sera le plus souvent légèrement inférieure à celle qu'elle recevait avant l'accouchement. Les besoins ont souvent beaucoup diminué et il faut une grande attention pour prescrire à ce moment.

### **Surveillance de l'enfant (bébé)**

L'enfant né d'une femme qui a eu pendant toute sa grossesse une glycémie déséquilibrée, qui est mal nourrie et a eu des épisodes d'acidose, est souvent petit et hypotrophique.

Par contre, l'enfant né d'une mère obèse ou ayant eu des glycémies plus ou moins équilibrées (de 150 à 200 mg/100 ml) sans acidose ni présence de corps cétoniques risque d'être trop gros. Dans les deux cas, la maturation pulmonaire est souvent déficiente. L'enfant sera placé sous surveillance intensive : la réanimation respiratoire sera souvent nécessaire.

On détermine la glycémie chez l'enfant. L'hypoglycémie est relativement fréquente et doit être traitée par une administration de glucose à 10 % en IV (environ une ampoule de 10 ml de sérum glucose à 10 %; lentement en plusieurs minutes, suivie en général d'une perfusion lente de glucose à 5% pour donner 5 mg de glucose par kg et par minute, soit environ 0,3 ml par minute pour un enfant de 3.000 kg.

Il faut évidemment disposer du matériel adéquat pour mesurer ces volumes.

### **Le postpartum et l'allaitement**

L'allaitement au lait maternel n'est pas une contre-indication en cas de diabète.

Il faut tenir compte que l'allaitement exige un apport calorique environ de 500 calories par jour. La femme doit donc manger plus et si possible en petites quantités répétés car elle peut faire plus facilement une hypoglycémie.

### **Les médicaments administrés à la mère pendant l'allaitement**

On retourne aux doses de médicaments avant la grossesse. La surveillance de la mère est rapprochée.

#### *Insuline*

Ne passe pas dans le lait maternel.

Le traitement se conduit comme d'habitude sans modifications, tout au plus une légère diminution de l'insuline car la résistance à l'insuline durant la grossesse est supprimée.

#### *Metformine*

Deux études mentionnent que l'on détecte de petites quantités de metformine dans le lait, mais qu'on n'a pas décelé d'effets indésirables sur l'enfant [7].

Moins de 1% de la dose passe dans le lait maternel.

#### *Sulfamidés hypoglycémiantes*

Peu d'études existent mais l'une d'elle mentionne que ni le glyburide ou glibenclamide ni glipizide ne passent de manière significative dans le lait maternel [6]. Les avis sont cependant partagés et en cas de besoin on surveille une hypoglycémie éventuelle chez le bébé.

#### *Les hypotenseurs*

Habituellement une hypertension durant la grossesse s'abaisse après l'accouchement. Mais ce n'est pas toujours le cas.

Il peut arriver que des œdèmes importants exigent une ou deux doses faibles de Furosémide, rarement plus.

Les médicaments considérés comme sans danger sont des bêtabloquants comme la bêtalol et propanolol et les inhibiteurs calciques comme nifédipine retard (éviteratenolol - bisoprololcarvedilol).Les thiazides sont permis à condition de veiller à lutter contre la déshydratation par des boissons en quantité suffisante.

## **LE PIED DIABETIQUE**

### **Définition**

Toute affection du pied, ouverte ou non, directement liée aux complications du diabète.

Les facteurs de risque du pied diabétique sont

1. La neuropathie périphérique avec perte de la sensibilité ;
2. L'artériopathie des membres inférieurs ;
3. L'hyperpression plantaire ;
4. La baisse de la mobilité de la première articulation métatarso-phalangienne

La physiopathologie du pied diabétique repose sur le trépied suivant :

#### a) Neuropathie périphérique

1. Sensitive : La non perception des agressions mécaniques (traumatisme), thermiques, chimiques pouvant entraîner des ulcérations ;
2. Motrice : l'atrophie musculaire responsable des déformations du pied et des orteils créant des zones d'hyperpression pouvant conduire aux ulcérations ;
3. Autonome : qui se manifeste par une peau sèche cause des fissures et des ulcérations.
  - ✓ Angiopathie : responsable d'une ischémie distale pouvant entraîner une gangrène ;
  - ✓ Infection : se greffant sur les ulcérations.

### **Classification**

Il existe plusieurs classifications. Pour le présent document normatif, nous retenons celle dite de « WAGNER ».

#### *Classification de Wagner*

**GRADE 0** : Pas de lésion ouverte, mais présence possible d'une déformation osseuse ou d'hyperkératose.

**GRADE 1** : Ulcère superficiel sans pénétration dans les tissus profonds.

**GRADE 2 :** Extension profonde vers les tendons, os et les articulations.

**GRADE 3 :** Tendinite, ostéomyélite, abcès ou cellulite profonde.

**GRADE 4:** Gangrène d'un orteil ou de l'avant pied le plus souvent associé à une infection plantaire.

**GRADE 5 :** Gangrène massive du pied associé à des lésions nécrotiques et à une infection de tissus mous.

#### **a. Orientations diagnostiques**

Penser aux troubles trophiques devant :

1. Paresthésies, dysesthésies des membres inférieurs ;
2. Claudication intermittente ;
3. Pieds secs, ongles cassants ;
4. Diminution du pannicule adipeux plantaire en regard des têtes métatarsiennes ;
5. Hyperkératose en regard des points d'appui anormaux ;
6. Déformations : orteils en marteau, en griffes.
7. Affirmer le diagnostic en présence de :
8. Neuropathie des membres inférieurs : diapason gradué 125 Hz ; marteau à réflexes ; monofinalement de Semmes-Weinstein ; EMG uniquement dans les cas douteux ou atypiques ;
9. Artériopathie des membres inférieurs : examen clinique (artères périphériques rigides, pouls abolis) ; Index pression systolique cheville- bras (IPS) <0,9 ; radiographie ; Doppler artériel des membres inférieurs ;
10. Facteurs déclenchant : chaussures et orthèses, points d'appui anormaux, mycose, soins de pédicure, brûlures, traumatismes.

#### **Prise en charge**

La prise en charge préventive et curative des lésions du pied chez les diabétiques est complexe et multidisciplinaire. Un accent particulier est mis sur la prévention. Toutefois, cette prise en charge passe par le bon équilibre métabolique.

#### **Prévention**

Au patient diabétique :

1. Choisir toutes ses chaussures : taille et longueur adaptées (de préférence fin journée) ; éviter les coutures, les aspérités à l'intérieur, les semelles rigides, le talon plat ou trop haut ;
2. Entretenir ses pieds : avec ciseaux à bout rond et pommade hydratante, secouer les chaussures avant de les porter ;

3. Eviter de marcher pieds nus, la bouillote ainsi que les objets blessants ;
4. Demander conseils en cas d'anomalies.

Au soignant:

1. Examiner les pieds à la recherche d'une hyperkératose, d'une mycose, des signes de frottement ou des plaies.

### **Traitement du pied diabétique**

Le traitement du pied diabétique repose sur trois principes à savoir : la prise en charge générale, le contrôle métabolique et le traitement local.

#### **Prise en charge générale**

Elle consiste à la :

2. Prévention du tétanos ;
3. Prévention des thromboses veineuses profondes par l'héparinothérapie;

Lutte contre une hypo albuminémie (albuminémie < 30 g/l) par la prise des mesures diététiques hyper protidique.

#### **Contrôle métabolique**

1. Il faut un équilibre strict du diabète ;

En présence des plaies superficielles, non infectées et si l'équilibre est parfait, on garde

2. Le traitement hypoglycémiant habituel (même ADO).

Insulinothérapie dans les autres cas même en cas de diabète de type 2.

#### **Traitement local**

##### **Pied non chirurgical:**

**Le traitement conservateur est préconisé dans cas de Wagner grade 0, 1, 2 et 3.**

Plaie non infectée et non ischémique, grade I de la classification de WAGNER.

Les soins locaux par le débridement de la plaie au bistouri doivent être réalisés par un personnel (médecin ou infirmier) entraîné.

Le pansement doit se limiter à des antiseptiques et ne doit pas être agressif pour les tissus, ni masquer leur aspect (Pas de colorant, pas d'antibiotiques locaux, pas de sparadraps qui colle sur la peau...). Aucun topique n'a fait la preuve de son efficacité.

La mise en décharge est indispensable à obtenir en cas de plaie plantaire. Elle est assurée par le port de chaussures à appui partiel.

Le traitement des mycoses fait appel aux antifongiques locaux (Amycor, Pevaryl, Loceryl,

Mycoster) ou parfois généraux (Lamisil).

### **Pied chirurgical infecté:**

#### **Le traitement non conservateur est préconisé en cas de Wagner grade 4 et 5.**

Mise à plat rapide et large de tous les tissus touchés;

Une antibiothérapie précoce, associant au moins deux molécules répondant aux critères suivants:

1. Spectre large couvrant les germes aérobie et anaérobie;
2. Diffusion tissulaire et osseuse élevée.

Adapter l'antibiothérapie dans un deuxième temps en fonction de l'évolution clinique et des données de l'antibiogramme. Sa durée est déterminée par l'extension de l'infection et notamment l'atteinte osseuse qui peut faire poursuivre ce traitement durant plusieurs mois.

### **Pied chirurgical ischémique:**

Il faut discuter d'une revascularisation possible, avant toute exérèse.

Lorsqu'un geste apparaît possible en fonction des données de l'exploration vasculaire, l'indication doit être portée précocement. Qu'il s'agisse:

Angioplastie transluminale (Surtout pour les lésions proximales et courtes);

Pontages distaux utilisant de préférence la veine saphène.

Une amputation peut s'imposer devant des lésions évoluées et putrides, une douleur difficile à maîtriser, une aggravation rapide des lésions ou de l'état général.

### **Prise en charge podologique**

Une consultation auprès du médecin podologue doit être programmée dès la cicatrisation obtenue en vue de permettre un bilan des 2 pieds pour adapter le chaussage (Orthèses – chaussures).

### **Le suivi après intervention**

Toutes les statistiques sont unanimes : un patient qui a subi une intervention ou une amputation a beaucoup plus de risques de devoir subir une seconde intervention ou amputation. La prévention est essentielle mais elle est difficile. Les cicatrices sont généralement fragiles. Il faut éduquer le patient à une marche bien adaptée avec des béquilles ou des cannes anglaises. Il devra peut-être se déplacer en chaise roulante. On évitera les métiers et les activités nécessitant la station debout trop prolongée, ou des déplacements à grande distance.

On trouve heureusement sur le marché local des types de chaussures adaptées en matériaux synthétiques doux et souples. Beaucoup se ferment avec des pattes en Velcro adaptables et ont une empeigne suffisamment large. Les patients ayant un pied déformé peuvent s'en

accommoder. Les jeunes peuvent utiliser des chaussures de sport employées pour la marche ou le jogging. L'intérieur est souvent bien matelassé, mais le port de chaussettes en coton est indispensable.

## **L'HYPERTENSION ARTERIELLE ET LE DIABETE SUCRE**

En pratique, le diabète sucré est souvent associé à l'hypertension artérielle. Le traitement précoce et efficace de l'hypertension artérielle chez un diabétique prévient sensiblement les complications cardiovasculaires (cœur, rein et vaisseaux), réduit la morbidité et la mortalité.

### **Principe de traitement**

Intégrer la prise en charge de l'hypertension et du diabète en commençant par l'éducation, les changements des comportements (Exercices physiques, régime alimentaire, perte de poids) et la définition des objectifs.

Surveillance régulière de la TA

Considérer les chiffres de  $\geq 130/80$  mmHg comme hypertension

Évaluer cliniquement, tout cas d'hypertension associée au diabète, dans le but d'exclure une cause secondaire. Si suspicion de cause secondaire, référer le patient auprès d'un médecin pour un diagnostic précis.

Cette évaluation consistera à :

1. Déterminer le stade d'évolution de l'hypertension artérielle

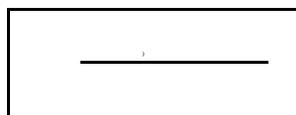
Le régime alimentaire chez les diabètes de type 2 hypertendus doit être pauvre en sel, en sucre, en graisses animales et en huile végétale saturée; et riche en fruits, en légumes et poisson d'eau douce et en huile végétale insaturée.

Les modifications appropriées doivent être apportées au mode de vie dès le diagnostic.

Si elles sont insuffisantes, une monothérapie doit être installée ; en cas d'inefficacité les associations peuvent être nécessaires pour obtenir un contrôle optimal de la tension artérielle.

On considère l'altération de la fonction rénale si la créatinine  $> 133 \mu\text{mol/L}$  ou si la clairance de la créatinine (Cl) est  $< 90$  ml/minute.

$$1 \mu\text{mol/L} = 0,113 \text{ mg/dl}$$



1. Prendre en compte les problèmes potentiels que posent certains antihypertenseurs :
2. Les diurétiques à doses élevées inhibent la sécrétion d'insuline ;
3. Les bêtabloquants peuvent masquer les symptômes d'hypoglycémie et exacerber les angiopathies ;
4. Les diurétiques et les bêtabloquants peuvent aggraver les dyslipidémies ;
5. Les faiblesses sexuelles et l'hypotension orthostatique peuvent être précipitées ou aggravées par les alpha-bloquants et les antihypertenseurs centraux (ex. méthyl dopa) ;
6. Les inhibiteurs des enzymes de conversion (IEC) peuvent induire une hyperkaliémie, une insuffisance rénale, une toux persistante et des taux de glycémie bas.

Personnaliser le traitement antihypertenseur. Les associations médicamenteuses sont très souvent nécessaires pour obtenir un bon contrôle de la tension.

### **Traitement de l'HTA associé au diabète sucré de type 2**

Si les mesures hygiéno-diététiques demeurent identiques pour tous les risques cardiovasculaires, les médicaments sont par contre utilisés selon, les complications :

1<sup>er</sup> choix :

- ✓ Inhibiteur d'Enzyme de Conversion (IEC) ou Enalapril.

2<sup>ème</sup> choix :

- ✓ Si tachycardie, coronaropathie ou anévrisme :  $\beta$ - bloquants ;
- ✓ Si AVC : Inhibiteur calcique puis IEC ou inhibiteur des récepteurs d'angiotensine (IRA), si seulement si PAS  $\geq$  180/110 mmHg en phase aiguë ;
- ✓ Si néphropathie majeure, éviter les IEC ;
- ✓ Si pas d'ionogramme d'abord administrer un Anti calcique ou  $\beta$ -bloquants ;
- ✓ Si grossesse : anticalcique ou antihypertenseurs centraux.

Surveiller la créatinine et la kaliémie au moins une fois par an sinon plus en cas d'altération avérée de la fonction rénale.

### **Le suivi**

Jour 0

1. Mesure de la Pression Artérielle ;
2. Recherche des FR par l'anamnèse et bilan minimum ;
3. Recherche des signes des Complications à l'examen clinique ;

4. Calcule des risques cardiovasculaires ;
5. Prise en charge selon le risque.

#### Jour 7

1. Mesure de la PA ;
2. Résultats du bilan mineur et général ;
3. Calcule des risques cardiovasculaires ;
4. Prise en charge selon le risque.

#### Jour 14

1. Idem puis aux Jour 30, Jour 60 et Jour 120

## **COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LE DIABETE**

### **OBJECTIFS**

#### *Objectif général*

L'objectif général est d'améliorer l'organisation des activités de la lutte contre le diabète afin de freiner et d'inverser l'incidence du diabète.

#### *Objectifs spécifiques*

1. Déterminer le niveau de mise en œuvre des directives et normes de prise en charge du diabète à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, tel que repris dans le présent document ;
2. Déterminer le degré de la réduction de l'incidence et des complications liées au diabète ;
3. Évaluer les performances des activités de la lutte contre le diabète.

## **MECANISME DE COORDINATION**

### **Collecte de l'information sanitaire**

#### **Niveau périphérique**

##### *Communauté*

Elle joue un rôle très important dans la détection des cas. En effet les Reco formés sont chargés à ce niveau de sensibiliser les membres de la communauté à adopter les attitudes qui diminuent et éviter la survenue des facteurs des risques. Ils sont aussi utilisés pour le suivi des malades irréguliers au rendez-vous de contrôle. Ils travaillent en collaboration avec les personnels de santé de l'aire de santé.

### *Formation sanitaire*

L'information initiale est produite au niveau des formations sanitaires (CS et HGR) où les personnes vivant avec le diabète entrent en contact avec le système de santé. Au premier contact, comme tout malade, le patient est enregistré dans le registre général des malades qui consulte la formation sanitaire. Lorsque le diagnostic de diabète est établi, son nom sera inscrit dans le registre des diabétiques de la formation médicale (qui attribue à chaque malade diabétique un numéro unique), il lui sera remis un carnet de diabétique dûment rempli. Ensuite une fiche follow up en son nom sera ouverte (complétée) et classée dans la formation médicale. Un numéro unique lui sera attribué selon les instructions de remplissage en annexe. Ces sont les informations contenues dans les registres du diabète des FoSa qui seront utilisées pour remplir le SNIS soins de santé primaires de l'A.S

### *Bureau de la zone de santé*

A ce niveau, le travail consistera à faire une synthèse de tous les malades de la ZS sur base de ce qui remonte des formations sanitaires. Cette synthèse est inscrite dans le registre du diabète de la ZS. De ces données produites par les A.S (foSa), les informations utiles à transmettre au niveau provincial au moyen du SNIS soins de santé primaires de la ZS seront récoltées.

### **Niveau intermédiaire**

Le niveau provincial ne fait que compiler les informations des ZS pour en faire une synthèse provinciale en matière de la gestion des diabétiques. À ce niveau un fichier informatique unique sera généré et géré. Ces informations seront traitées, analysées serviront à remplir le SNIS soins de santé primaires provincial à transmettre au secrétariat général et à la DLM.

### **Niveau central**

Les informations en provenance des provinces sont centralisées pour en faire une synthèse pays à partager avec les partenaires, au besoin.

La communauté où se trouvent les malades représente la source d'information épidémiologique. Cette information arrive au niveau des structures de santé à partir du moment où les malades consultent. Toutefois, la majorité des malades ne consultant pas les structures médicales pour diverses raisons (inaccessibilité économique, géographique, culturel le ...), la surveillance à base communautaire est souvent organisée pour récupérer l'information.

Les formations médicales (Hôpitaux, Centres de Santé) rapportent chaque mois le cumul des cas et décès de diabète au Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS), qui transmet à son tour au District Sanitaire (DS) et à la Division provinciale de la santé (DPS). La DPS transmet à son tour le cumul des données de tous les DS à la Direction de lutte contre la maladie (DLM).

A chaque niveau du circuit d'information, les données épidémiologiques doivent être traitées, analysées et interprétées pour la prise d'actions de lutte contre les maladies, avant d'être transmises à l'échelon suivant.

La circulation de l'information se fait dans les deux sens d'un niveau à l'autre. En effet, les données notifiées doivent en retour obtenir la retro-information.

### **Supervision**

Cette supervision est orienté vers un processus qui guide, aide et appui les prestataires de soins à remplir les tâches qui leur sont assignées dans le différentes composantes du PMA et PCA. Elle vise à améliorer la performance du personnel supervisé.

#### *a) Méthodologie*

La fréquence de supervision varie d'un mois à un semestre en fonction de la structure sanitaire à superviser.

#### *b) Outil de supervision*

Comme outil de supervision, le programme se servira

1. D'un calendrier de supervision ;
2. D'un canevas de supervision (liste de contrôle ou vérification, check-List) adapté à chaque niveau de la pyramide en fonction de ses problèmes et priorités.

Rapport de supervision : qui mentionne les progrès constatés au cours de la visite. Le superviseur doit donner le feed back au supervisé.

### **Suivi**

Le suivi servira au responsable de la structure à surveiller, de façon continue et permanente, le bon déroulement des activités.

#### *a) La méthodologie*

Le suivi va consister en la collecte, au traitement et à l'analyse permanente des données recueillies au niveau des structures :

#### *b) Outils*

Comme outil de suivi le responsable de la structure de santé se servira

1. Du carnet de patients ;
2. Du dossier médical du diabétique ;
3. Du registre des malades diabétiques.

*c) Indicateurs de suivi*

Il faudra pour ce faire définir, identifier les sources de vérification, définir des collectes de données, la fréquence de cette collecte des données, et répartir les responsabilités.

## **Evaluation**

Il sera question en ce qui concerne l'évaluation de relever les forces et les faiblesses dans la prise en charge du diabète afin d'orienter la prise des décisions sur la poursuite ou non des activités ou projets. L'évaluation va concerner le processus, les résultats immédiats à moyen et long terme au regard des objectifs fixés dans le présent document.

*a) Méthodologie*

Nous utiliserons les données primaires (recueillies dans la surveillance de routine, des enquêtes dans le cadre de la mise en œuvre) et sur les données existant en dehors du programme qui seront comparées sur base d'une triangulation des données.

*b) Outils*

Un protocole devra être défini pour chaque évaluation. Il devra contenir les informations sur les indicateurs, une définition détaillée de données, ses sources, les méthodes, les calendriers de la collecte, les personnes responsables, la population cible et l'utilisation des données.

*c) Indicateurs*

Les indicateurs sont les mêmes que ceux du suivi

## **B. 5. 6. Lutte contre les cancers**

### **CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

Les cancers du col de l'utérus et du sein constituent la cause principale de morbidité et de mortalité par cancer chez les femmes en Afrique et en RDC. Ces cancers sont potentiellement évitables et des programmes de dépistage bien conçus et bien structurés peuvent réduire de manière significative leur morbidité et mortalité.

Malheureusement, le manque de politique, des stratégies, des programmes efficaces de dépistage et de traitement explique en grande partie la prévalence et le taux de mortalité élevé liés aux cancers du col de l'utérus et du sein dans plusieurs pays. Ces cancers ne sont diagnostiqués qu'à un stade avancé, alors que les traitements font presque totalement défaut ou

sont onéreux et inaccessibles à un grand nombre des femmes. Ce qui entraîne des conséquences dévastatrices sur le plan physique, psychologique et social chez les malades, leurs familles et la communauté.

En Afrique, les données exactes sur la morbidité et la mortalité par cancer du col de l'utérus et du sein sont rares et reposent généralement sur des données hospitalières et des estimations. Ceci est dû à la faiblesse du système de santé en général et du système national d'information sanitaire en particulier. Les registres des cancers basés sur la population sont rares ou produisent des données parcellaires.

Dans la quasi-totalité des pays de la Région africaine, les populations et les prestataires de soins manquent d'information sur les méthodes de prévention et de prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein. Les professionnels de santé adoptent parfois des protocoles thérapeutiques inappropriés utilisant de manière inefficace les ressources déjà limitées. De plus, les femmes ne connaissent pas les services de lutte contre les cancers disponibles quand ils existent. Dans certaines communautés, l'ignorance et le manque d'information concernant la maladie sont également des obstacles à la prévention.

L'OMS a proposé aux pays africains lors de la 60<sup>ème</sup> session du Comité régional à Malabo, du 30 août au 3 septembre 2010, d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col utérin, fondés sur une politique clairement définie. Cette lutte doit s'effectuer dans le cadre d'un programme national de lutte contre le cancer et s'intégrer aux services existants des soins primaires de santé génésique et sexuelle. L'OMS recommande aussi pour de nombreux pays à revenus faibles ou intermédiaires, confrontés au double fardeau du cancer du col utérin et du sein, de mettre en œuvre des programmes combinés de lutte. Ces programmes sont d'un bon rapport coût-efficacité et abordables pour lutter contre ces deux maladies que l'on peut aisément prévenir.

Ainsi, le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) de la République Démocratique du Congo (RDC), pour mettre en œuvre la 9<sup>ème</sup> composante de sa politique basée sur la lutte contre le cancer, a sollicité l'appui de l'OMS pour la rédaction de cette stratégie combinée de lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein. Cet appui va contribuer aux efforts du pays pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, liés à l'amélioration de la santé maternelle. Et c'est en réduisant le fardeau de morbi-mortalité causée par ces deux affections pratiquement négligées, mais dont le poids devient plus important au niveau national.

## **SITUATION ACTUELLE DE LA LUTTE CONTRE LES CANCERS DU COL UTERIN ET DU SEIN**

### **Situation de la lutte contre les cancers en RDC**

En RDC, il existe un programme spécifique de lutte contre le cancer qui n'est pas fonctionnel. Cependant quelques initiatives isolées au niveau des différentes structures hospitalières et mêmes des Organisations privées tentent de mener quelques activités de lutte notamment : la Société Congolaise des Gynécologues Obstétriciens (SCOGO), Société Congolaise des Pathologistes (SCOPATH), la Ligue Nationale Contre le Cancer (LINAC), Association Internationale de lutte contre le Cancer du col et du sein (ASSICAS), Association de lutte contre le cancer du col (ALCC), Nouvel Espoir. Et pourtant, la prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital tels que le cancer du col de l'utérus, figure parmi les neuf composantes de la santé de la reproduction retenues à l'issue de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenu au Caire en 1994. Cette neuvième composante n'a pas encore été développée jusqu'à ce jour. Il sied de noter qu'il n'existe pas encore de stratégie de lutte contre le cancer, ni des normes et directives orientant les activités de lutte. Les activités de dépistage des cancers du col utérin et du sein ne se déroulent qu'occasionnellement sur impulsion de ces quelques organisations à des occasions bien précises. Le pays ne dispose que de peu d'outils de collecte des données sur les cancers, tant sur la morbidité et la mortalité que sur les activités de prévention.

La mise en œuvre des activités de lutte contre le cancer nécessite un éventail d'équipements et de matériel devant être disponibles aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, ce qui n'est pas le cas dans notre pays. Aussi, le personnel œuvrant dans les différentes formations sanitaires est à peine formé sur la mise en œuvre des activités de lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein. Pourtant ces affections sont faciles à prévenir, mais difficiles à soigner. La vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), principal facteur connu de la survenue du cancer du col utérin, n'est toujours pas introduite en RDC. Toutefois, lors de la dernière révision du PPAC, le pays a fait allusion à cette vaccination, mais sans déterminer l'année qu'il compte l'introduire.

### **Situation des cances du col utérin et du sein dans le monde et en RDC**

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer chez la femme au monde et le septième dans la population générale. Selon les estimations de l'OMS en 2008, 530 000 nouveaux cas ont été dépistés au monde (soit 9% de l'ensemble des cancers de la femme), parmi lesquels 85% sont survenus dans

les pays en voie de développement. Il a été responsable de près de 275 000 décès en 2008, dont 88% dans les pays en développement. C'est le plus important cancer de la femme en Afrique avec un taux de létalité environnant 52%.

Le cancer du sein est de loin le plus important cancer de la femme au monde (soit 23% de l'ensemble des cancers de la femme), et le deuxième plus important dans la population entière (soit 11% de l'ensemble des cancers de toute la population). Selon les estimations de l'OMS, plus de 1,38 millions de nouveaux cas ont été enregistrés en 2008, dont les taux d'incidences les plus élevés, se retrouvent dans les pays développés. Mais la létalité est plus élevée dans les pays en développement, ceci est lié au dépistage le plus souvent tardif ou inexistant. Par contre la mortalité par cancer de sein est meilleure dans les pays développés grâce au dépistage/diagnostic précoce et au traitement.

Plusieurs études menées en RDC sur les cancers gynécologiques ont montré que contrairement aux données des pays occidentaux, le cancer du col utérin est le premier cancer gynécologique et le cancer du sein occupe la deuxième place.

Une collecte des données des maladies non transmissibles réalisée par le Ministère de la santé dans 25 hôpitaux de Kinshasa et 3 du Bas Congo, de 2008 à 2010, appuyé par l'OMS, a révélé 646 cas des cancers. Les cancers du col de l'utérus et du sein occupent la deuxième et troisième place de l'ensemble des cancers rapportés dans toute la population avec respectivement 19% et 18%, après le cancer de la prostate (28%). La mortalité par ces deux cancers est très élevée en RDC, à cause du diagnostic toujours tardif et du déficit important des moyens thérapeutiques.

Problèmes identifiés dans la lutte contre les cancers du col utérin et du sein en RDC.

*1. Problèmes liés à la gouvernance et au leadership,*

1. Absence de stratégie nationale, de normes et directives appropriées orientant les activités de lutte contre le cancer.
2. Programme national de lutte contre le cancer non fonctionnel ;
3. Absence des cancers sur la liste des maladies, affections et événements prioritaires sous surveillance ;
4. Faible coordination des acteurs de lutte contre les cancers

*1. Problèmes des Ressources Humaines pour la Santé,*

1. Insuffisance du personnel formé dans la prise en charge ;
2. Répartition inéquitable du personnel formé.

*1.1. Problèmes du financement de la Santé,*

- Insuffisance de ressources financières pour la lutte ;
- Faible contribution financière du Gouvernement et des PTF dans la lutte ;
- Faible accessibilité financière aux soins de santé appropriés.

*1.2. Problèmes liés aux médicaments et intrants spécifiques,*

- Besoins en médicaments et intrants spécifiques non quantifiés ;
- Difficulté d'approvisionnement en médicaments et intrants spécifiques

*1.3. Problèmes liés aux infrastructures, équipements/matériels, laboratoires et nouvelles technologies,*

- Insuffisance des infrastructures, équipements, matériels

*1.4. Problèmes liés à l'information sanitaire,*

- Insuffisance d'outils de gestion des données ;
- Insuffisance des données sur les cancers du col utérin et du sein ;
- Absence de base de données sur les cancers

*1.5. Problèmes liés à la prestation des services de santé et des soins.*

- Dépistage tardif des cas de cancer du col utérin et du sein ;
- Insuffisance des structures de prise en charge ;
- Faible mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le cancer.

## **CADRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL UTERIN ET DU SEIN EN RDC**

La lutte contre ces cancers se fait par le Ministère de la Santé Publique à travers le PNSR sous la coordination de la Direction de santé de la famille et des groupes spécifiques.

### **1. Mandat du PNSR**

La République Démocratique du Congo par le biais du Ministère de la santé Publique a fixé pour le PNSR les missions ci-après :(Arrêté Ministériel n°1250/CAB/MIN/S/AJ/KIZ/009/2000 du 09/12/2001) :

1. Elaborer, vulgariser et faire approprier la Politique Nationale, le plan directeur, le cadre organique et les normes en santé de la reproduction par la population congolaise ainsi que par tous les partenaires intervenant dans ce domaine ;

2. Assurer la coordination, le suivi, la supervision et l'évaluation de toutes les activités de santé de la reproduction en veillant à l'utilisation des outils de collecte des données autorisés par le Ministère de la Santé Publique ;
3. Mobiliser les ressources en vue d'appuyer les maternités et les unités de naissances désirables (UND) en matériels gynéco – obstétriques, en médicaments essentiels et en contraceptifs, en vue d'améliorer la qualité des soins ainsi que la formation du personnel et la promotion de la recherche en santé de la reproduction.

La mission assignée au PNSR est essentiellement d'ordre normatif, de coordination des activités de SR et de plaider pour la mobilisation des ressources en vue de l'amélioration de la qualité de soins , de la formation et de la promotion de la recherche en SR.

Ainsi le PNSR, en tant qu'institution Publique et en sa qualité d'organe spécialisé du Ministère de la santé en matière de SR exerce les rôles suivants :

1. D'élaborer et diffuser à travers le pays pour chaque composante SR les normes en vigueur en matière de prestation des services et de soins en faveur de la population. La population congolaise, les prestataires et les partenaires intervenants dans ce domaine sont les principales cibles visées. Le respect des normes de SR par tous constitue une exigence qui garantit la qualité et la sécurité des soins de SR offerts.
2. D'assurer la coordination, le suivi, la supervision et l'évaluation de toutes les activités de SR organisées et menées dans le pays. Cela suppose que le PNSR développe les activités lui permettant d'obtenir de toutes les parties prenantes les rapports réguliers de leur activité, de les analyser et d'évaluer correctement le niveau et la qualité de leur exécution.
3. De faire le plaider auprès de tous les partenaires bilatéraux et multilatéraux, des autorités nationales et de la population pour obtenir l'accroissement des ressources en vue de rendre accessible à tous, les soins de SR de qualité
4. Mission du PNSR

Son rôle est stratégique. Il est l'organe régulateur, normatif et concepteur de toutes les activités en rapport avec la SR. A ce titre, sous la supervision du Secrétaire général et la coordination de la direction de la santé de la famille et des groupes spécifiques, le PNSR a la mission de :

1. Elaborer, assurer la vulgarisation, faire approprier et veiller à l'application de la politique nationale, du plan stratégique et des normes en SR à tous les niveaux et par tous les partenaires ;
2. Coordonner, superviser, suivre et évaluer les activités de SR sur toute l'étendue du pays ;

3. Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du gouvernement central, de la société civile et des partenaires

En outre, la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD), avait défini 9 composantes de Santé de la Reproduction suivantes :

1. Maternité à moindre risque : soins prénatals, accouchement sans risque, soins essentiels en cas de complications obstétricales, soins aux nouveau-nés, soins post-natals et allaitement maternel ;
2. Information et services en matière de Planification familiale ;
3. Prévention et prise en charge de la stérilité et des dysfonctionnements sexuels tant chez l'homme que chez la femme ;
4. Prévention et prise en charge des complications de l'avortement.
5. Information des hommes en vue de leur implication dans la santé de la reproduction et leur co-responsabilisation pour améliorer le rôle et le statut de la femme ;
6. Prévention et prise en charge des infections génitales, notamment des infections sexuellement transmissibles (IST) y compris des infections à VIH et du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ;
7. Promotion d'un développement sexuel sain à partir de pré adolescence, des rapports sexuels sans danger et responsables durant toute la vie et de l'égalité entre les sexes ;
8. Elimination des pratiques néfastes telles que la mutilation sexuelle féminine, le mariage précoce, la violence au foyer et la violence sexuelle à l'encontre des femmes ;
9. Prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital, tels que la fistule génitale, le cancer du col de l'utérus, les complications des mutilations sexuelles féminines et les problèmes de santé de la reproduction associés à la ménopause et à l'andropause.

## STRATEGIE

### VISION DE LA STRATEGIE

La santé étant un droit fondamental de tout être humain, notre rêve est d'avoir une nation congolaise où les cancers du col de l'utérus et du sein ne seront plus considérés comme une calamité, nation où chaque fille sera immunisée contre le VPH avant ses premiers rapports sexuels, où toute femme bénéficiera d'un dépistage et d'un diagnostic précoce, suivis d'un traitement adéquat des lésions détectées et où la mortalité liée au cancer du col de l'utérus et du sein sera négligeable.

La concrétisation de cette vision suppose un certain nombre de conditions, à savoir, la stratégie et des programmes efficaces de prévention et de contrôle des cancers du col de l'utérus et du sein.

## OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE

### **Objectif général**

Contribuer à la réduction de la morbidité et de mortalité liée aux cancers du col utérin et du sein.

### **Objectifs spécifiques**

1. Améliorer les connaissances, les attitudes et pratiques de la communauté sur les cancers du col de l'utérus et du sein ;
2. Donner les orientations et directives sur la prévention, prise en charge et contrôle des cancers du col de l'utérus et du sein ;
3. Déterminer les mécanismes de renforcement des capacités institutionnelles et du personnel pour la lutte contre les cancers ;
4. Définir les mécanismes de renforcement de la gestion de l'information sanitaire
5. Promouvoir la recherche opérationnelle sur les cancers du col de l'utérus et du sein ;
6. Promouvoir le partenariat avec toutes les parties prenantes dans la lutte contre les cancers du col utérin et du sein ;
7. Mobiliser les ressources en vue de financer les activités de lutte contre le cancer du col utérin et du sein.

## AXES STRATEGIQUES

Les principaux axes retenus dans la stratégie sont :

1. Communication pour le changement des comportements
2. Prestation des services (prévention et prise en charge)
3. Renforcement des capacités des ressources humaines
4. Renforcement de la gestion de l'information sanitaire
5. Recherche opérationnelle

## **B. 5. 7. Lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre**

### 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

En République Démocratique du Congo, presque tous les jours, la presse fait l'écho d'incidents de violences perpétrées sur des femmes, des filles et petites filles et même sur les hommes par des délinquants divers.

La recrudescence des cas de violences basées, particulièrement sur les Violence Armée, violence d'Équipe(de Gang), violence liée à crime organisé, mauvais traitement d'Enfant, violence de la jeunesse (jeune); violence partenaire intime, violence Sexuelle, abus aîné, inquiète de plus en plus les populations, les parents, les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs qui militent pour la promotion des droits humains.

C'est aujourd'hui une situation qui interpelle aussi bien les pouvoirs publics que les décideurs communautaires, les partenaires techniques et financiers, les familles et les individus. Les communautés à la base sont les plus touchées du fait qu'elles sont plus frappées par la pauvreté et éprouvent une plus grande difficulté à accéder à l'information. La violence basée sur le genre est devenue un véritable phénomène social capable d'entraver tous les efforts de développement durable fournis par une Nation car, touchant principalement la majorité de la population constituée par les femmes et les enfants.

Les enfants qui constituent une population vulnérable par définition, sont exposés dans notre pays à des situations de risques et des situations de violations de droit, préjudiciables à leur survie et leur développement harmonieux, dans un contexte d'abord marqué, notamment, par une incidence élevée de la pauvreté, une urbanisation rapide que ne peut suivre l'offre de services sociaux de base, un essoufflement des mécanismes de solidarité communautaire, et un affaiblissement des capacités familiales de protection.

Les enfants ont notamment été associés aux groupes armés au plus fort de la crise, mais continuent également d'être victimes de traite, en particulier traite interne, et d'exploitation de leur force de travail, ou de pratiques culturelles néfastes, tandis que le niveau de violence sexuelle commise à l'encontre des enfants et des femmes est particulièrement préoccupant.

La violence chez les jeunes est un problème de santé publique mondiale. Elle recouvre toute une série d'actes qui vont du harcèlement aux violences physiques, en passant par des violences sexuelles et physiques plus graves pouvant aller jusqu'à l'homicide.

On estime que 250 000 homicides se produisent chaque année dans le monde chez les jeunes âgés de 10 à 29 ans, soit 41% du nombre total d'homicides enregistrés dans le monde chaque année (OMS, août 2011).

L'OMS et ses partenaires collaborent afin de faire baisser la violence chez les jeunes à travers des initiatives qui aident à définir le problème, le quantifier et y répondre.

La réponse en terme de prévention et de protection des enfants reste limitée, aussi bien au niveau de l'Etat, qu'au niveau des services associatifs, des mécanismes communautaires et familiaux. Parmi les facteurs de risques, l'ignorance ou la méconnaissance des populations constitue le facteur majeur : les risques encourus par leurs enfants sont méconnus, le dispositif juridique ne sont pas connus, les recours institutionnels et mécanismes de protection, en vigueur aussi bien au niveau international qu'au niveau national ne sont pas aussi connus. La plupart des interventions de protection des enfants sont restées dispersées, limitant leur impact, pour prévenir et protéger les enfants contre la traite et l'exploitation, les violences basées sur le genre, et toutes les autres formes d'abus et de violence faites aux enfants.

Chaque année, on recense dans le monde plus de 1.972.000 de vols avec violence soit près de 4 chaque minute (Source : UNODC).

Selon l'ONU, chaque jour dans le monde, environ 1500 personnes meurent de mort violente dans des conflits armés ou en tant que victimes du crime organisé ou d'homicide (AFP, Genève, 2011).

Une série de questions ont été envoyée par l'OMS Genève dans le cadre la prévention de violence et sont restées jusqu'à ce jour sans réponse. Ces questions devront être répondues par consensus par diverses organisations en la matière.

La République Démocratique du Congo ne dispose pas d'une base de données pouvant donner des informations toutes ces violences. Ensuite, rien n'a été mis en place pour la prévention de violence.

L'analyse de cette situation de violence démontre que le système de prévention de violence ainsi que la mise en place d'une base de données s'avère indispensable.

C'est ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé en RDC, organise cet atelier dont le but est de répondre aux différentes questions sur la prévention de violences et constituer la base de données afin de transmettre ces derniers à l'OMS/Genève.

## OBJECTIFS

### Objectif général

Contribuer à améliorer la violence faite aux femmes et aux enfants.

### Objectifs spécifiques

1. Collecter de données pour le Statut Global(Mondial)
2. Préparer une mise en place d'une base de données sur les violences ;
3. Proposer des responsables de Données nationaux ;
4. Répondre aux différentes questions de « Global Status Report on Violence Prévention » ;
5. Préparer une réunion d'évaluation et de réplanification des activités de prévention de Violence;
6. Former un task force prévention violence ;
  - Lutte contre les épilepsies ;
  - Lutte contre les troubles mentaux.

### B. 5.8. Les soins palliatifs

#### Introduction

Qu'entend-on par soins palliatifs ?

Les soins palliatifs sont une approche permettant d'améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leurs familles faisant face aux problèmes liés aux maladies potentiellement mortelles, par la prévention et le soulagement de la souffrance au moyen d'un diagnostic précoce, d'une bonne évaluation et du traitement de la douleur et d'autres problèmes. Ils consistent à prévoir et soulager plusieurs types de souffrances – physiques, psychologiques, sociales, ou spirituelles – endurées par les adultes et les enfants atteints de maladies mortelles. Ils mettent l'accent sur la dignité, la qualité de la vie et l'adaptation aux maladies évolutives, et reposent sur les meilleures bases factuelles disponibles.

Les soins palliatifs:

- soulagent les douleurs et autres symptômes pénibles ;
- améliorent la qualité de vie, et parfois aussi influencer l'évolution de la maladie;
- affirment la vie et considérer la fin de vie comme un processus normal;
- intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins dispensés aux patients;

- aident les patients à mener une vie aussi active que possible jusqu'à la mort;
- proposent un système de soutien pour aider la famille à faire face pendant la maladie du patient et pendant le deuil;
- ne précipitent ou ne retardent pas la mort;
- font appel aux principes éthiques, la prise de décisions partagée et planifier d'avance les soins afin d'identifier les priorités et objectifs des patients en vue des soins de fin de vie;
- utilisent l'approche multidisciplinaire et peuvent être prodigués par divers types de prestataires de soins de santé, des travailleurs sociaux et des bénévoles;
- peuvent être administrés dans n'importe quel établissement de santé et à domicile;
- peuvent être dispensés avec efficacité même avec des ressources limitées.

Les soins palliatifs pour enfants sont une spécialité étroitement liée aux soins palliatifs pour adultes. Les soins palliatifs pour enfants consistent en une prise en charge active totale du corps et de l'esprit de l'enfant et comprend également la prestation de soins à la famille. Ils commencent quand la maladie est diagnostiquée et se poursuivent, que l'enfant reçoive un traitement visant la maladie ou non.

Chacun devrait avoir accès à un ensemble de prestations déterminées à l'échelle nationale, indépendamment du niveau de revenu, du type de maladie dont il souffre ou de son âge, y compris les soins palliatifs. Les systèmes de protection financière et sociale doivent prendre en compte le droit humain des groupes de population pauvres et marginalisés aux soins palliatifs.

Comment les individus et les systèmes de santé peuvent-ils tirer profit des soins palliatifs ?

L'introduction à un stade précoce des soins palliatifs dans la prise en charge d'un patient souffrant d'une maladie potentiellement mortelle a plusieurs avantages, pour le patient et pour les systèmes de santé :

- Amélioration de la qualité de vie du patient et de la famille

L'introduction des soins palliatifs à un stade précoce de la maladie peut améliorer la qualité de vie du patient et de sa famille, en prévenant ou en soulageant la souffrance, qu'elle soit physique, psychosociale ou spirituelle. Ils peuvent procurer au patient et à sa famille une meilleure satisfaction, notamment une meilleure qualité de vie des aidants. Le patient qui reçoit des soins palliatifs à un stade précoce de la maladie a deux fois plus de chances de mourir à domicile et il

existe par ailleurs des preuves qui laissent croire que le patient qui reçoit des soins palliatifs à un stade précoce de la maladie peut aussi survivre mieux.

- Réduction des coûts pour les systèmes de santé

Des soins palliatifs appropriés peuvent réduire les coûts, à travers la baisse du nombre d'hospitalisations et de consultations en urgence, une réduction des coûts des lits dédiés aux soins palliatifs, et de meilleures chances de mourir à domicile. Par exemple, la mise en œuvre d'un programme de soins palliatifs en Catalogne a permis de constater que l'introduction d'un système de soins à un stade précoce de la maladie a réduit les coûts pour système régional de santé en diminuant le nombre d'hospitalisations, en raccourcissant la durée des hospitalisations, en diminuant la fréquence des consultations au service d'urgence, et en libérant de précieux lits d'hospitalisation consacrés aux soins palliatifs pour le traitement de maladies aiguës, et en améliorant considérablement l'utilisation des opioïdes au sein de la communauté.

Qui a besoin des soins palliatifs?

Globalement, on estime que les soins palliatifs sont nécessaires dans 40 à 60% de tous les décès. Les soins palliatifs sont nécessaires pour un large éventail de maladies. La majorité des adultes qui ont besoin de soins palliatifs sont atteints de maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires (38,5 %), le cancer (34 %), les maladies respiratoires chroniques (10,3 %), le sida (5,7 %) et le diabète (4,6 %). Les soins palliatifs peuvent être utiles pour plusieurs autres pathologies, notamment l'insuffisance rénale, les maladies chroniques du foie, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la polyarthrite rhumatoïde, les maladies neurologiques, la démence, les malformations congénitales et la tuberculose multirésistante.

Chaque année, environ 40 millions de personnes, dont 78 % vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, ont besoin de soins palliatifs. Chez les enfants, 98 % de ceux qui ont besoin de soins palliatifs vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, dont pratiquement la moitié sur le continent africain. En 2014, selon les estimations, seulement 14 % des personnes qui ont besoin de soins palliatifs de fin de vie, en recevaient. La douleur est l'un des symptômes les plus courants et les plus graves ressentis par les malades qui ont besoin de soins palliatifs. Les analgésiques opioïdes sont essentiels pour le traitement de la douleur et le soulagement d'autres symptômes physiques éprouvants associés à plusieurs pathologies évolutives à un stade avancé. Par exemple, 80 % des malades du sida ou du cancer, et 67 % des malades souffrant de maladies cardiovasculaires ou de pneumopathies obstructives ressentent une douleur aiguë à modérée en fin

de vie. En 2011, 83 % de la population mondiale vivait dans des pays où l'accent aux analgésiques opioïdes est faible ou nul.

Obstacles à surmonter

À travers le monde, des obstacles majeurs doivent être surmontés si l'on veut répondre aux besoins en soins palliatifs.

- Les soins palliatifs ne sont pas souvent intégrés dans les politiques et systèmes nationaux de santé ;
- La formation des professionnels de la santé en soins palliatifs est souvent insuffisante ou inexistante ;
- L'accès de la population aux analgésiques opioïdes est insuffisant et n'est pas conforme aux conventions internationales sur l'accès aux médicaments essentiels ;
- Au nombre des obstacles à l'accès aux soins palliatifs, on peut citer:
  - la méconnaissance des soins palliatifs par les décideurs, les professionnels de la santé et le public, ainsi que des avantages que les patients et les systèmes de santé peuvent en tirer ;
  - les obstacles sociaux et culturels comme les croyances concernant la mort et la fin de vie;
  - les conceptions erronées sur les soins palliatifs, notamment le fait de penser qu'ils sont réservés aux malades du cancer, ou aux dernières semaines de vie;
  - l'idée erronée selon laquelle l'amélioration de l'accès aux analgésiques opioïdes entraînera l'aggravation de l'usage abusif de substances sous contrôle.

Engagements et obligations des pouvoirs publics à fournir les soins palliatifs

En 2014, la résolution WHA67.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé, la toute première sur les soins palliatifs, invitait les États Membres et l'OMS à améliorer l'accès aux soins palliatifs en tant que composante essentielle des systèmes de santé, avec un accent sur les soins primaires, communautaires et à domicile.

Dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) 2013-2020, il est reconnu de manière explicite que les soins palliatifs font partie des services nécessaires au traitement des maladies non transmissibles. Dans la Déclaration politique ayant sanctionné la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles tenue en 2011, les États ont reconnu la nécessité d'améliorer l'accès aux soins palliatifs, et que l'accès aux analgésiques opioïdes fait partie des 25 indicateurs du cadre mondial de suivi pour les MNT.

Les soins palliatifs figurant dans la définition de la couverture sanitaire universelle. La stratégie mondiale de l’OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne sert de cadre pour le renforcement des programmes trans pathologiques de soins palliatifs.

Les médicaments des soins palliatifs, y compris ceux qui soulagent la douleur, font partie de la liste des médicaments essentiels de l’OMS destinés à l’adulte et l’enfant, et doivent être accessibles à tous ceux qui en ont besoin. Ces listes comprennent les analgésiques opioïdes et les non opioïdes, ainsi que les médicaments pour les symptômes les plus répandus en soins palliatifs.

Assurer la disponibilité des soins palliatifs n’est pas simplement une obligation éthique pour les systèmes de santé, mais c’est aussi une obligation qui découle du droit international des droits de l’homme. Le droit aux soins palliatifs et au soulagement de la douleur fait partie du droit à la santé. Dans le cadre des conventions sur le contrôle international des drogues, les pays ont la double obligation d’assurer que les substances réglementées sont disponibles à des fins médicales, et de protéger la population contre la dépendance et l’usage illicite. Malheureusement, les pays ont accordé beaucoup plus d’attention à l’obligation qui leur incombe de prévenir l’usage illicite qu’à celle d’assurer leur disponibilité à des fins médicales.

« La réaction de certains législateurs et responsables à la peur de voir l’usage illicite des drogues se développer ou se répandre a conduit à l’adoption de lois et règlements susceptibles dans certains cas de limiter indûment la disponibilité des opiacés »[traduction].Organe international de contrôle des stupéfiants charge de la douleur et des symptômes communs en soins palliatifs.

En quoi consistent les services de soins palliatifs?

Les soins palliatifs ont pour but d’atténuer par un diagnostic précoce, une bonne évaluation et le traitement de la douleur et d’autres problèmes. Ils ne se limitent pas simplement à soulager la douleur, et incluent de nombreux autres interventions et services, notamment :

- identifier des patients susceptibles de bénéficier de soins palliatifs;
- évaluer et réévaluer les besoins des patients en soins palliatifs et de leurs familles;
- soulager la douleur et d’autres symptômes physiques qui causent la détresse;
- répondre aux besoins spirituels et psychosociaux, notamment clarifier les volontés du patient pour l’avenir.

Les pratiques essentielles en matière de soins palliatifs peuvent être regroupées en quatre catégories : les besoins en soins physiques, les besoins en soins psychologiques/affectifs/spirituels, la planification et la coordination des soins et la communication.

## Identification des patients susceptibles de nécessiter des soins palliatifs

La grande majorité des patients en fin de vie, et une proportion non négligeable des patients atteints de pathologies chroniques potentiellement mortelles ont besoin de soins palliatifs. Il est important de recourir aux soins palliatifs dès que la maladie s'aggrave ou devient potentiellement mortelle, tout en poursuivant les traitements modificateurs. Il existe des moyens permettant de l'identification précoce l'une des caractéristiques des établissements de santé. Les signes cliniques tels que les difficultés à respirer au repos ou la perte fonctionnelle peuvent déclencher cette approche, ou la « question surprise ». C'est la question par laquelle un médecin se demande « serais-je surpris(e) si ce patient venait à mourir l'an prochain » ? Si la réponse est négative, il vaudrait probablement la peine de discuter avec le patient et sa famille pour rechercher les moyens de maximiser la qualité de vie et assurer le moment venu, l'accompagnement dans le deuil « au cas où ».

## Évaluation des besoins des patients et de leurs familles

Les soins palliatifs commencent par une évaluation multidimensionnelle des besoins, valeurs et préférences physiques, affectifs, sociaux, spirituels des patients et de leurs familles.

Des outils de diagnostic rapide validés à la fois pour les milieux pauvres et les milieux riches sont disponibles, comme l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS) et le questionnaire de l'Échelle des résultats palliatifs (POS) tels qu'adaptés par l'Association africaine des soins palliatifs (questionnaire POS africain). Ils figurent aux annexes au présent manuel. Souvent, des questions simples remplacent valablement des questionnaires élaborés et exhaustifs. Par exemple, la question « comment vous sentez-vous aujourd'hui ? » peut servir d'indicateur de la forme physique, et la question « vous sentez-vous déprimé ? » peut être une indication de l'état psychologique. Pour l'état spirituel, une question comme « Êtes-vous en paix avec vous-même ? » peut servir d'indicateur.

Les patients ont par ailleurs des besoins d'information et de communication, et très souvent ils auront besoin, ainsi que leurs aidants, que les soins soient organisés. Ils ont besoin de discuter de leurs priorités et préférences individuelles pour le restant de leur vie. Les dernières volontés et les procurations permanentes peuvent être utiles. Les membres de la famille et les soignants peuvent également avoir besoin d'un soutien affectif et d'aide sociale, et devront être accompagnés dans le deuil après le décès du patient.

Les besoins évoluent. Les patients en soins palliatifs passent à travers différentes phases. Il faut donc régulièrement procéder à la réévaluation des besoins d'un patient tout au long de la maladie.

## Tableau1 - Liste des pratiques essentielles en soins palliatifs en tant que soins primaires

Source: IAHPC (10)

### Prise en charge de la douleur et d'autres symptômes

#### Symptômes courants à traiter

Généralement, les symptômes et problèmes les plus fréquents et les plus pénibles présentés par les patients gravement malades ou en fin de vie ont tendance à être identiques, quelle que soit la cause principale. Par exemple, chez les malades du cancer la plupart des problèmes physiques sont la douleur, la dépression et la fatigue, qui sont aussi es principaux problèmes qui se posent chez les malades du VIH/sida et ceux atteints d'insuffisance cardiaque et respiratoire. Les symptômes les plus courants qui apparaissent à des stades avancés ou en fin de vie pour les affections mortelles les plus répandues sont :

- l'anxiété,
- la perte d'appétit/anorexie,
- les difficultés à respirer,
- la constipation,
- le délire,
- la dépression,
- la diarrhée,
- la sécheresse de la bouche,
- la fatigue/faiblesse,
- les démangeaisons,
- les nausées et vomissements,
- la douleur,
- les sécrétions bronchiques.

La douleur est l'un des symptômes les plus fréquents et les plus graves observés chez les adultes et les enfants qui ont besoin de soins palliatifs. Par exemple, 80 % des patients atteints de sida ou de cancer, et 67 % des patients souffrant de maladies cardiovasculaires ou de broncho-pneumopathies obstructives chroniques éprouvent des douleurs modérées à sévères en fin de vie. La douleur est multidimensionnelle : CicelySaunders a créé le concept de « douleur totale » comprenant des aspects physique, affectif, psychosocial et spirituel qui doivent être traités.

#### Principes généraux

L'objectif du traitement doit être de préserver ou améliorer la qualité de vie et optimiser les niveaux actuels de la capacité fonctionnelle du patient. L'objectif principal est de permettre au patient de conserver une qualité de vie optimale et de bonnes fonctions physique et cognitive jusqu'au moment de la mort, prévenant ainsi toute perte de contrôle tout en préservant, autant que possible, l'autonomie du patient.

La prise en charge efficace et globale de la douleur est soumise à quelques principes de base :

- traitement de la (des) cause(s) sous-jacente (s),
- traitements symptomatiques pharmacologiques et non pharmacologiques,
- prise en compte des besoins et préférences individuels du patient.

Traiter les causes sous-jacentes

Le mécanisme sous-jacent à l'origine du symptôme doit être identifié et traité, si possible. Le traitement peut prendre la forme d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie même à des stades avancés du cancer, étant donné que la réduction de la taille de la tumeur peut atténuer les symptômes. Ce qui exige la recherche d'un équilibre entre les avantages et les effets indésirables de l'intervention.

Traitement symptomatique pharmacologique

Un certain nombre de médicaments de prise en charge de la douleur et d'autres symptômes courants en soins palliatifs font partie de la liste modèle OMS de médicaments essentiels destinés aux enfants et adultes. L'utilisation de ces médicaments peut permettre d'alléger convenablement la plupart des symptômes pénibles ressentis par les patients. Les analgésiques opioïdes sont incontournables dans le soulagement efficace des douleurs modérées à sévères – il n'existe aucune autre classe de médicaments efficace contre la douleur. Les directives de l'OMS pour la prise en charge de la douleur chez l'enfant 2012 affirment que les analgésiques opioïdes forts jouent un rôle capital dans le soulagement des douleurs modérées à sévères chez l'enfant. Les pays doivent revoir, et s'il le faut, amender la réglementation et les politiques nationales afin de garantir que les professionnels de la santé peuvent prescrire la morphine conformément à ces directives.

Traitement symptomatique non pharmacologique

Le traitement pharmacologique peut être administré simultanément avec le traitement non pharmacologique. Il peut consister notamment en soins buccaux à l'aide de fluides ou de glaçons,

soins de la peau avec des pommades et crèmes ou grâce à des procédures de lavage, le drainage lymphatique pour les œdèmes, l'acupuncture ou la digipuncture pour les nausées.

Des soins personnalisés et centrés sur le patient

La prise en charge des symptômes en soins palliatifs doit être adaptée aux préférences et besoins individuels du patient. Les médicaments, les voies d'administration et intervalles entre les doses doivent être décidés en fonction de ces préférences. Le traitement doit mettre l'accent sur les symptômes pénibles. Sinon, les effets indésirables risquent d'entraîner des affections autres que la maladie elle-même.

Le patient (et peut-être ses aidants) doit être impliqué dans la prise de décisions et le plan de prise en charge, étant donné que sa qualité de vie dépendra principalement de sa propre expérience et de ses priorités et besoins individuels. Si le patient n'est pas capable de participer, ses dernières volontés peuvent aider les décideurs à connaître ses préférences, et les mandataires (généralement des membres de la famille proche ou des amis) peuvent être impliqués.

Le patient doit être informé des options de traitement disponibles. Des informations exhaustives sur la maladie, son évolution envisagée et les options de traitement doivent être présentées au patient avec empathie. Ce qui permettra d'atténuer l'anxiété, puisque le patient ne sera plus dans l'inconnu. L'inconnu peut aggraver l'anxiété dont la réalité et les patients pourraient souffrir en prévision des souffrances imaginées à l'avenir, et qui sont pires que tout ce qui pourrait se produire. L'approche centrée sur la personne exige par ailleurs une réévaluation régulière des priorités et besoins du patient.

Répondre aux besoins psychosociaux et spirituels

La prise en charge psychosociale consiste à accorder de l'attention au bien-être psychologique, affectif, social et financier des patients et des membres de leurs familles. Les soins psychosociaux peuvent être dispensés par tous les agents de santé et les travailleurs sociaux au moyen d'une communication habile et l'écoute compatissante. Les besoins psychosociaux doivent être régulièrement évalués et si de nouveaux besoins sont identifiés, le transfert approprié doit être effectué. Les besoins complexes nécessitent une évaluation et des interventions de la part des spécialistes en soins psychologiques, psychiatriques et sociaux.

La détresse spirituelle doit être traitée avec le même niveau d'intensité et de priorité que la détresse psychologique et physique, et la douleur. Le traitement peut consister à transférer le patient vers un spécialiste qualifié du soin spirituel, l'orientation du patient vers d'autres options de traitement,

comme la prise en charge centrée sur la dignité, à savoir la thérapie orientée, la construction de l'héritage, la visualisation guidée, la méditation de pleine conscience, le yoga et d'autres interventions corps et esprit, l'art-thérapie, la tenue d'un journal, entre autres<sup>23-28</sup>. Cela peut nécessiter que l'on des relations avec une personne précise, des rituels spirituels, religieux et culturels, des lectures et des pratiques.

L'accompagnement des personnes en deuil est une composante essentielle des soins palliatifs. Les patients et les membres de leurs familles doivent être accompagnés pour faire face aux pertes associées à la mort et au deuil. Le soutien de la communauté peut être mis à contribution pour normaliser la mort et accompagner la famille endeuillée.

Assister socialement une personne faisant face au poids croissant de la maladie et à la perspective de la mort est tout aussi important que les autres aspects des soins physiques psychologiques et spirituels. Dans les milieux pauvres, des réseaux communautaires plus formels ont eu des effets très positifs en limitant l'isolement et en contribuant à la réponse aux besoins<sup>10</sup>. Pour les personnes qui ne sont plus en mesure de satisfaire leurs besoins financiers et ceux de leurs familles, les dispensateurs de soins palliatifs peuvent leur fournir les informations sur des sources de financement et la façon d'y accéder. Assurer une forme de sécurité financière – lorsque cela est possible – constitue un aspect essentiel de la fourniture de soins complets.

Apporter un soutien psychologique au patient est éprouvant pour les agents de santé, et les politiques internes des organisations devraient encourager les stratégies d'autoprise en charge.

#### Soutien aux familles et aux aidants

Le soutien aux membres de la famille qui prodiguent des soins st un aspect capital des soins palliatifs. Il est essentiel (et fait partie des politiques dans plusieurs pays) que les besoins des membres de la famille qui prodiguent des soins soient évalués et qu'un plan adéquat de soutien soit élaboré et réévalué de temps à autre. Pour de nombreuses raisons, les besoins des membres de la famille qui prodiguent des soins au patient doivent être évalués et ceux-ci doivent bénéficier d'un soutien psychologique. Un résumé de ces raisons figure au Tableau2.

#### Tableau2 - Pourquoi soutenir les aidants familiaux

En général, les aidants familiaux ont des besoins et des problèmes non résolus.

Ils sont exposés à la morbidité physique et psychologique.

- Environ 50 % des aidants ont un niveau de santé physique en-deçà de celui de la population générale,
- Des taux de risque de dépression et d'anxiété se situant entre 30 et 50 % sont signalés.
- Ils s'occupent de nombreuses tâches telles que la prise en charge des symptômes.
- Ils sont en difficultés financières.
- Ils finissent par être isolés sur le plan social ;
- Ils expriment des besoins insatisfaits (généralement liés au manque de connaissances ou savoirs sur le rôle de l'aidant) ;
- Ils ont les mêmes besoins ou des besoins plus importants que ceux des malades.

Les facteurs de confusion ont un impact sur la prise en charge :

- ✓ Les aidants sont susceptibles d'avoir une expérience très insuffisante de la mort et de la fin de vie ;
- ✓ Les aidants n'ont pas souvent accès à l'information et à la planification des soins et se sentent par conséquent mal préparés à jouer leur rôle ;
- ✓ Les aidants ont le potentiel pour produire de bons résultats et des gains positifs ;
- ✓ Ils ont le potentiel (avec un soutien adéquat) pour produire de bons résultats en jouant leur rôle ;
- ✓ Ils jouent un rôle crucial dans l'efficacité des soins à domicile (lieu où beaucoup de patients préfèrent mourir) ;
- ✓ Ils apportent une contribution économique remarquable aux soins de santé ;
- ✓ Avec le soutien adéquat, ils peuvent considérablement améliorer le bien-être des patients.

Certains aidants familiaux assument leur rôle non par choix mais parce qu'ils se trouvent dans l'obligation de le faire. Les besoins et attentes des patients peuvent ne pas correspondre aux compétences de l'aidant ou des aidants. Ce qui ne permet pas aux professionnels des soins et du soutien social de déterminer facilement la personne dont les besoins sont prioritaires. Les aspects culturels et spirituels doivent aussi être pris en compte.

L'approche uniforme du soutien aux aidants familiaux n'est pas la bonne. Toutefois, les aidants s'attendent notamment à:

1. Être informés sur ce à quoi ils doivent s'attendre en tant qu'aidants (par écrit et oralement);
2. Maîtriser les symptômes présentés par les patients;
3. Recevoir de l'aide pour se préparer à la mort du patient;
4. Voir le patient finir ses jours et recevoir des soins dans un lieu de son choix;

5. Voir les décisions concernant la prise en charge respectées;
6. Bénéficiaire d'un soutien apporté avec compassion en tant que des individus uniques;
7. Bénéficiaire de l'accompagnement dans le deuil.

Deuxième partie: Options pour la mise en place de services de soins palliatifs

### **Introduction**

Il existe diverses approches pour mettre en place des services de soins palliatifs. Certaines de ces approches peuvent être utilisées simultanément. En tout état de cause, il faut identifier les services qui prodiguent déjà des soins palliatifs, y compris parmi les ONG, et s'appuyer sur ces structures déjà en place. Le présent chapitre donne un bref aperçu des différents modèles, et des points de départ pour la mise en place de services de soins palliatifs, et met l'accent sur l'intégration des soins palliatifs dans les systèmes de santé existants.

Parmi les points de départ pour la mise en place ou le développement des services de soins palliatifs, on peut citer :

1. la mise en place d'un service de soins palliatifs à domicile ;
2. l'introduction de soins palliatifs au sein de la communauté ;
3. la mise en place de services de soins palliatifs dans un hôpital général ;
4. la création d'un service de soins palliatifs pour enfants (si l'on décide de ne pas le créer en tant que « modèle de service » autonome, on peut mener deux études de cas sur l'introduction de soins palliatifs pour enfants, l'un en tant que partie d'un hôpital, et l'autre en tant que hospice) ;
5. l'adoption d'une approche intégrée dans le cadre d'un district ;
6. la mise en place d'un centre ou d'un hospice autonome de soins palliatifs.

(N.B. Au lieu de consacrer plusieurs parties à la mise en place de services pour les différentes maladies, p.ex., pour la tuberculose multirésistante, le cancer, le VIH/sida, etc., nous proposons d'utiliser plusieurs exemples couvrant chacune de ces trois affections dans d'autres parties du manuel).

### **Mise en place d'un service de soins palliatifs à domicile**

En quoi consistent les soins palliatifs à domicile?

Les soins palliatifs à domicile consistent à dispenser des soins à des patients atteints de maladies évolutives, potentiellement mortelles comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, rénales et

respiratoires en phase terminale, le VIH/sida et les troubles neurologiques chroniques, dans leurs domiciles. Ces soins sont généralement administrés par une équipe pluridisciplinaire formée en soins palliatifs, y compris des médecins, des infirmiers, les agents de santé communautaire et des volontaires.

### Tableau3 - Avantages des soins palliatifs à domicile

Accès facile aux soins pour le patient

Conseils et soutien aux membres de la famille du patient pour les soutenir en tant qu'aidants

L'équipe de soins à domicile peut faciliter le transfert du patient vers d'autres services

Confidentialité préservée

Permet à la communauté de connaître les soins palliatifs

Peut mobiliser les ressources et les réseaux locaux de soutien

Peut permettre de former d'autres prestataires dans la localité

Conditions indispensables à la mise en place d'un service de soins palliatifs à domicile

Un service de soins palliatifs de base peut être mis en place assez facilement. Les conditions minimales essentielles pour la création d'un service de soins palliatifs à domicile sont récapitulées à la figure 1.

- Il faut un patient volontaire et accessible, accompagné dans l'idéal, d'un aidant familial susceptible de prendre soin, autant que possible, de lui. L'environnement du domicile doit être sûr pour l'équipe de soins à domicile ;
- Il faut que le service dispose d'un espace sécurisé pour la conservation des médicaments et des équipements, et discuter des cas des patients, et planifier les visites ;
- Il faut également disposer d'un moyen de transport pour se rendre dans les domiciles des patients, ainsi qu'un téléphone mobile pour garder un contact permanent avec les patients et les familles. Les patients et leurs aidants doivent être en mesure d'entrer en contact avec l'équipe de soins à domicile en dehors des heures de visite ;
- Une équipe de soins à domicile doit comprendre au minimum un infirmier à temps plein et un médecin à temps partiel. L'idéal serait d'avoir une équipe multidisciplinaire composée d'infirmiers, de médecins, de conseillers, d'assistants sociaux et de bénévoles qualifiés. Le

niveau de qualification minimale des membres d'une équipe de soins à domicile est indiqué au Tableau3 ;

- La formation d'une équipe doit tenir compte des aspects théoriques et pratiques. Les aidants familiaux doivent aussi être formés au moyen d'informations écrites sur la prise en charge du patient à domicile ;
- Des formulaires standard doivent être utilisés pour constituer le dossier médical du patient, et dans l'idéal, le patient/la famille doit signer un formulaire de consentement. Il faut tenir un registre de tous les médicaments conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur localement, surtout en ce qui concerne la morphine ;
- Une proposition de liste des médicaments, équipements médicaux essentiels pour le Kit de soins à domicile figure auTableau5.

Figure 1 - Conditions minimales pour la mise en place d'un service de soins palliatifs à domicile

Tableau4 -Normes minimales proposées pour la formation des membres d'une équipe de soins à domicile

Élémentaire Intermédiaire Avancé

Médecins Formation de base

(3 à 10 jours) 6 semaines de formation à plein temps Bourse de perfectionnement de un à deux ans formation diplomate en soins palliatifs

Infirmiers Formation de base

(3 à 10 jours) 6 semaines de formation à plein temps Qu'est-ce qui est proposé ?

Bénévoles 16 heures de théorie + 4 sessions de formation clinique Cours de perfectionnement Compétences pointues en communication et participation à la formation des formateurs

Tableau5 - Échantillon de matériels et médicaments de base pour un kit de soins palliatifs à domicile (voir si cet échantillon peut être utilisé ou s'il faut se référer à la LME de l'OMS figurant à l'annexe)

Fournitures et équipements médicaux de base

Équipements

- Stéthoscope ;

- Tensiomètre ;
- Torche ;
- Thermomètre ;
- Abaisse-langue ;
- Pincés.

### Équipements de soutien

- Sièges à dossier inclinable ;
- Matelas pneumatiques ;
- Matelas à eau ;
- Sondes d'aspiration ;
- Nébulisateurs ;
- Chaises roulantes ;
- Déambulateurs ;
- Chaises de bain ;
- Chaises d'aisance Fournitures ;
- Pansements ;
- Coton ;
- Ciseaux ;
- Pièces de gaze ;
- Bandes de gaze ;
- Plateaux à pansements ;
- Gants ;
- Ruban adhésif microporeux ;
- Matériel de transfusion ;
- Trousses d'injection intraveineuse ;
- Aiguilles intra cathéter et à ailettes ;
- Seringues et aiguilles ;
- Tubes et sacs ;
- Cathéter d'aspirations ;
- Sondes urinaires ;
- Condom cathéters ;
- Collecteurs d'urine ;

- Sondes d'alimentation.

## Médicaments

### Prise en charge de la douleur

- Paracétamol
- Ibuprofène
- Diclofénac
- Phosphate de codéine
- Tramadol
- Morphine
- Gabapentine

### Prise en charge des symptômes gastro-intestinaux

- Métoclopramide
- Dompéridone
- Dexaméthasone
- Bisacodyl
- Lopéramide
- Sels de réhydratation par voie orale
- Ranitidine

### Prise en charge des blessures

- Bétadine lotion et pommade ;
- Métrogyl gel ;
- Péroxyded'hydrogène ;
- Diazépam ;
- Halopéridol ;
- Amitriptyline.

### Prise en charge des symptômes psychologiques

#### Antibiotiques et antifongiques

- Ciprofloxacine
- Métronidazole

- Amoxyxilline
- Fluconazole

#### Suppléments alimentaires

- Suppléments alimentaires à forte teneur en protéines et en calories ;
- Fer, vitamines et suppléments minéraux.

#### Autres produits divers

- Alcool ;
- Lignocaine gel ;
- Éthamsylate ;
- Dériphylline ;
- Médicaments pour la toux.

Source: Directives de l'Association indienne des soins palliatifs pour les services de soins palliatifs à domicile. Comment mettre en place un service de soins palliatifs à domicile. Les différentes de la création d'un service de soins palliatifs à domicile sont décrites à la Figure 2.

#### Figure 2 - Étapes de création d'un service de soins palliatifs à domicile

##### Études de cas de création d'un service de soins palliatifs à domicile

- Il faut un texte court portant sur deux exemples

#### 2.3 Création d'un service de soins palliatifs au sein de la communauté

##### Qu'entend-on par soins palliatifs au sein de la communauté?

Les services de soins palliatifs au sein de la communauté concernent les soins qui sont gérés avec la participation de la communauté. La participation de la communauté renvoie à l'implication des membres d'une communauté dans la recherche des solutions à leurs propres problèmes. Cette participation suppose l'implication de la communauté dans l'évaluation des besoins, la planification, la mise en œuvre, la mobilisation des ressources, la gestion quotidienne, et l'évaluation du programme. Les milieux susceptibles de manquer de moyens financiers peuvent être riches en ressources communautaires. Les services de soins palliatifs au sein de la communauté peuvent être un moyen d'assurer une large couverture des besoins des patients en phase terminale.

La création de services de soins palliatifs au sein de la communauté nécessite à la fois :

1. Des bénévoles communautaires – ils jouent un rôle majeur dans le programme. Leurs activités de soins aux patients et aux familles doivent être soutenues par des professionnels des soins de santé.
2. Des agents de santé – il faut au moins des médecins et des infirmiers rémunérés pour soutenir les bénévoles dans la prestation des soins. D'autres professionnels de la santé peuvent aussi être membres de l'équipe, s'ils sont disponibles.

Tableau6 - Ressources humaines essentielles nécessaires à la création d'un service de soins palliatifs au sein de la communauté

#### Tâches Formation minimale proposée

##### Bénévoles communautaires

Bénévoles non qualifiés sensibilisés Soutenir le service de soins palliatifs (p.ex. transport, nourriture pour patients, collecte de fonds) Cours de sensibilisation (environ 2 heures) sur les fondamentaux des soins palliatifs, des soins à domicile et de la communication

Bénévoles qualifiés Contribuer aux soins dispensés au patient à domicile, en leur apportant :

- un soutien affectif
- des soins infirmiers de base ;
- l'aide à la mobilité Formation des bénévoles en soins palliatifs de base (environ 16 heures de théorie + 4 jours de visite à domicile).

Axés sur les aptitudes à la communication, le soutien affectif, l'évaluation de l'état du patient, les soins infirmiers, les soins à domicile, les fondamentaux de la prise en charge des symptômes.

##### Professionnels de la santé

Infirmiers :Ce sont des professionnels incontournables dans l'équipe qui fournissent des soins infirmiers aux patients à domicile Infirmiers à temps plein ayant une formation de niveau intermédiaire en soins palliatifs (voir tableau 4) soutenus par des infirmiers ou infirmiers auxiliaires ayant reçu une formation de base en soins palliatifs .

Médecin : Apporter un soutien médical au service, y compris lors des visites à domicile. Peut également apporter son soutien au niveau des services de consultation interne et externe.

Médecins spécialisés en soins palliatifs (voirTableau4)

Source : Adapté de(15)

### Comment créer un service de soins palliatifs au sein de la communauté

La mise en place d'un service de soins palliatifs de la communauté comprend les étapes ci-après (récapitulées à la Figure 3):

1. **Sensibilisation:** Partout, des gens sont prêts à aider d'autres. Il faut donc les sensibiliser aux problèmes des patients atteints de maladies incurables et les rassembler autant que possible. La première étape consiste à organiser une réunion de sensibilisation/discussion avec tous ceux qui sont susceptibles d'être intéressés. Assurez-vous que tous les groupes/organisations engagés dans la fourniture de soins de santé/assistance sociale dans la région sont conviés. Dans l'idéal, cette réunion doit être convoquée par un groupe ou une institution locale neutre afin de garantir la participation des divers groupes d'intérêts/organisations de la région. Enregistrez tous ceux qui sont prêts à consacrer quelques heures chaque semaine à ces patients en tant que bénévoles ;
2. **Formation des bénévoles en soins infirmiers, aux techniques de communication et au soutien affectif de base.** Un échantillon de programme de formation des bénévoles de 16 heures figure à l'annexe xx. Demandez aux volontaires qualifiés de recenser les problèmes auxquels es patients atteints de maladies incurables font face dans leur communauté (à l'aide d'un formulaire/modèle standard). Il est important à ce stade de tenir des réunions d'évaluation hebdomadaires des nouveaux bénévoles. Ces réunions d'évaluation peuvent servir de cadre de débat sur les solutions aux problèmes répertoriés par les volontaires. Lancer un programme d'assistance sociale afin de fournir de la nourriture aux familles qui connaissent la faim, apporter un soutien scolaire aux enfants des patients, et du soutien affectif aux patients et aux familles, en mettant à contribution les bénévoles formés, etc. Créer un point de contact pour recueillir et diffuser les informations. Un espace mis à disposition par l'un des bénévoles peut être consacré à cette activité (p.ex. une boutique de la localité, une bibliothèque publique, etc.). Commencer à rassembler les fonds, le personnel et d'autres ressources. Établir des liens avec l'établissement de soins palliatifs le plus proche, s'il en existe un.
3. **Ajouter le volet soins infirmiers au programme.** La mise en place d'un système stable d'assistance sociale et de collecte des fonds pour recruter un infirmier à temps partiel par le groupe local peut nécessiter un à deux mois. La meilleure option dans une perspective à long terme consiste à recruter un infirmier de la localité. Encourager l'infirmier à se former en soins palliatifs. Lancer des programmes de soins infirmiers à domicile. Dans certaines situations,

vous pourriez bénéficier de l'appui d'un infirmier exerçant dans un établissement de soins palliatifs. Utiliser le protocole des infirmiers comme guide de soins infirmiers à domicile. Il est important d'instaurer une culture de documentation et d'évaluation méticuleuses ;

4. Ajouter le volet médical. En général, c'est la partie la plus difficile en raison de la « rareté » de médecins qualifiés. L'une des possibles solutions consiste à solliciter l'aide d'un médecin de la localité sur les questions médicales. On peut faciliter l'autoformation du médecin en lui fournissant régulièrement des documents à lire. Encourager le médecin à se former en soins palliatifs ;
5. Penser à ajouter un service de soins ambulatoires, une fois que le service de soins à domicile est mis sur pied. La disponibilité d'un médecin et d'un infirmier qualifiés est un préalable. Rappelez-vous que la création d'un service de soins ambulatoires coûte plus cher que la mise sur pied d'un service de soins à domicile. Ce service peut très souvent être rattaché à un hôpital local ;
6. Établir un système d'évaluation et de suivi réguliers. La population locale exprime généralement sa gratitude pour tout soin palliatif ou service de soutien reçu. Il faut toujours essayer d'identifier les domaines susceptibles d'être améliorés ;
7. Continuer avec les étapes 1 et 2.

Source : Adapté de(15)

Etoffer cet exemple

Afrique du Sud

Le Modèle intégré de soins à domicile fournit des soins palliatifs au patient à domicile en utilisant des prestataires de soins communautaires formés et travaillant sous la supervision d'un infirmier qualifié dans le cadre d'un solide réseau d'organisations communautaires, notamment la clinique et l'hôpital de district de la localité. Ce modèle permet de former les membres de la famille et les voisins à prendre soin des patients à domicile soulageant ainsi le système de santé du fardeau des soins.

Demander à Suresh Kumar d'étoffer cet exemple afin d'aborder dans plus de détail deux aspects spécifiques :

1. Exemple de mobilisation de ressources ;
2. Des exemples montrant comment nouer des liens avec le gouvernement Inde

Le Kerala Neighbourhood Network in Palliative Care (NNPC) est une initiative communautaire qui tient compte de la nécessité d'un nouveau modèle de prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques et incurables par opposition aux maladies aiguës. La couverture, c'est-à-dire l'accès suffisant aux soins palliatifs à domicile, et la qualité sont assurés. Des médecins et des infirmiers dispensent les soins cliniques aux patients et des volontaires formés leur apportent un soutien psychologique. La communauté s'est aussi approprié financièrement cette initiative, certains de ses membres faisant de temps en temps don de quelques roupies et plaçant des boîtes de collecte de fonds dans les commerces et les stations d'autobus. Ce programme bénéficie d'un bon soutien médiatique et politique. L'expérience du NNPC a suscité l'intérêt de services de soins palliatifs britanniques et ce modèle a été adapté pour être mis en œuvre au Weston Hospice Care à Somerset, au Royaume-Uni.

#### 2.4 Comment créer un service de soins palliatifs en milieu hospitalier

Il existe plusieurs modèles de prestation de soins palliatifs qui se complètent pour satisfaire les divers besoins des patients et de leurs familles à différents stades de l'évolution de la maladie. Comment créer un service de soins palliatifs au sein d'un hôpital général suivant l'un de ces modèles.

En général, tous les hôpitaux qui prennent en charge des malades du cancer doivent disposer d'un service de soins palliatifs. Toute formation hospitalière prenant en charge des patients souffrant d'autres maladies chroniques comme le VIH/sida, les maladies respiratoires chroniques, l'insuffisance rénale et les maladies rénales chroniques doivent également penser à se doter d'un service de soins palliatifs. Toutefois, il peut ne pas être possible de dispenser immédiatement les soins à tous les patients qui en ont besoin.

#### Tableau7 - Avantages d'un service de soins palliatifs basé dans un hôpital

##### Transition des soins en douceur

- Contribue à assurer la continuité des soins aux patients passant de soins curatifs aux soins palliatifs ;
- Adaptation minimale pour les patients et les familles ;
- Transfert plus aisé des patients vers d'autres prestataires de soins de santé.

##### Une équipe plus efficace

- La disponibilité de diverses spécialités dans un hôpital permet d'offrir des soins plus complets ;
- Favorise le respect des principes de soins palliatifs reposant sur des bases factuelles ;
- La mise en commun des ressources et de l'expertise permet de partager les coûts ;
- Les procédures diagnostiques et thérapeutiques peuvent être plus facilement appliquées

Favorise les soins palliatifs en milieu hospitalier

- Aide les agents de santé travaillant dans d'autres disciplines à mieux connaître les soins de fin de vie et la prise en charge de la douleur ;
- Permet à davantage de personnes de voir les effets positifs des soins palliatifs ;
- Renforce les soins palliatifs en tant qu'aspect essentiel des soins de santé de routine

Options de mise en place d'un service de soins palliatifs en milieu hospitalier

Un service de soins palliatifs en milieu hospitalier peut prendre l'une des formes ci-après :

1. Clinique externe de soins palliatifs ;
2. Service de consultations en soins palliatifs pour patients hospitalisés ;
3. Hôpital de jour de soins palliatifs ;
4. Unité de soins palliatifs aux patients hospitalisés ;
5. Service de soins palliatifs de proximité/à domicile.

Tableau8: Options de prestation de soins palliatifs en milieu hospitalier

Clinique externe de soins palliatifs

- Peut dispenser des soins à faible coût à un grand nombre de patients Constitue le meilleur modèle si les ressources et les fonds de démarrage sont limités (de même que le service de consultations en soins palliatifs pour patients hospitalisés), et peut être étendu plus tard ;
- Les patients doivent être mobiles ;
- Soins susceptibles d'être dispensés par un infirmier, un assistant social ou un médecin (ou, dans l'idéal, une équipe constituée de tous les trois) ;
- Les patients peuvent être transférés vers une clinique pour la prise en charge de la douleur et d'autres symptômes, les soins infirmiers ou le soutien psychologique ;
- Il est plus difficile de soulager les souffrances avec ce modèle.

Service de consultations en soins palliatifs pour patients hospitalisés :

- Propose des consultations aux patients hospitalisé dans d'autres services, peut être un simple additif à un service de consultation externe utilisant le même personnel ;
- Peut renforcer les compétences des autres membres du personnel dans la prise en charge de la douleur et en soins palliatifs ;
- Le personnel soignant qui s'occupe des patients hospitalisés peut ne pas avoir les compétences nécessaires à une bonne prise en charge de la douleur et d'autres symptômes entre les consultations en soins palliatifs ;
- Il est plus difficile d'atténuer les souffrances avec ce modèle.

#### Hôpital de jour des soins palliatifs

Susceptible d'être adjoint à une clinique de consultations externes ou à un service de consultation pour patients hospitalisés

- Permet la stabilisation des symptômes, le repos des aidants, et fournit des conseils au patient et à la famille ;
- Peut aussi permettre l'application de procédures plus longues comme le drainage du liquide ascitique, le traitement des plaies, les injections et la sensibilisation des aidants familiaux.

#### Unité de soins palliatifs aux patients hospitalisés

- Les lits d'hospitalisation existants peuvent être modifiés pour être dédiés aux soins palliatifs ;
- Le personnel formé en soins palliatifs est présent à tout moment ;
- Peut aussi servir d'unité de démonstration et de formation pour le reste de l'hôpital ;
- Permet plus de cohérence dans les soins et facilite le suivi de la qualité ;
- Facilite la création d'un environnement plus facile à vivre pour les membres de la famille

#### Service de soins palliatifs de proximité/à domicile (voirchapitrex.x)

- Un service de proximité mobile dispensant des soins aux patients qui ne sont pas mobiles ;
- Très peu exigeant pour les infrastructures de l'hôpital ;
- Peut être assuré par le personnel de la clinique externe de soins palliatifs ;
- Utilise les points forts des aidants familiaux

Source : Adapté de(15)

Comment mettre en place un service de soins palliatifs n milieu hospitalier

Les étapes de la mise en place d'un service de soins palliatifs dans un hôpital sont résumées à la Figure 4.

Le processus doit commencer par une évaluation des besoins (voir chapitre XX pour les détails) qui tienne compte des besoins et services en soins palliatifs au sein de la population de l'espace géographique couvert par l'hôpital concerné.

En fonction des résultats de l'évaluation des besoins, il faut définir une population cible pour le nouveau service de soins palliatifs en milieu hospitalier. La taille de cette population cible doit être réaliste par rapport aux ressources disponibles. Dans un premier temps, un service peut être axé sur les malades du cancer en phase terminale (puisque plus de 80 % de ces patients vont éprouver des douleurs sévères et d'autres symptômes peuvent nécessiter des interventions en urgence). Plus tard, le service peut progressivement être étendu pour couvrir tous les patients souffrant de maladies potentiellement mortelles).

Le service des soins palliatifs en milieu hospitalier doit prévoir des mesures pour garantir la disponibilité des principaux médicaments essentiels en soins palliatifs (voir la liste des médicaments essentiels en soins palliatifs à l'annexe xx). Pour dispenser des soins palliatifs, l'hôpital doit, en particulier s'assurer qu'il peut délivrer de la morphine orale en quantité suffisante aux patients sans connaître de rupture de stock.

Dans le choix du lieu d'implantation physique du service, il est important de ne pas oublier que les patients en soins palliatifs peuvent avoir perdu leur mobilité et pourraient avoir besoin de l'assistance de plus d'un aidant. Toutes les installations doivent être facilement accessibles aux chaises roulantes et aux chariots. Il faut également prévoir de l'espace pour les membres de la famille qui accompagnent le patient.

Figure 4 -Étapes de la mise en place d'un service de soins palliatifs en milieu hospitalier.

Source: Adapté de(15)

Quelle doit être la composition d'une équipe de soins palliatifs en milieu hospitalier ?

Il existe plusieurs façons de doter en personnel un service de soins palliatifs en milieu hospitalier. Les types de personnel nécessaires et leurs missions principales sont récapitulés au Tableau9.D'autres professionnels, notamment un psychologue, des pharmaciens, un physiothérapeute, les pourvoyeurs de soutien spirituel et un diététicien, viendraient renforcer l'équipe et les soins dispensés.

Tableau9: Personnel indispensable au fonctionnement d'un service de soins palliatifs en milieu hospitalier

Rôle	Capacités/compétences exigées	Statut	Disponibilité
Médecin	Chef d'équipe/membre	Formation en soins palliatifs et en communication (comprenant un aspect théorique et au moins 10 jours de pratique)	Permanent À plein temps ou à temps partiel, en fonction de la charge de travail
Infirmiers	Membres de l'équipe	Formation en soins palliatifs et en communication (comprenant un aspect théorique et au moins 10 jours de pratique)	Permanents À plein temps
Conseillers	Membres de l'équipe	Formation axée sur des besoins spéciaux en soins palliatifs	Permanents/temporaires À plein temps
Assistants sociaux	Membres de l'équipe	Assistants sociaux formés spécialistes des besoins spéciaux en soins palliatifs	Permanents/temporaires À plein temps/temps partiel
Bénévoles	Appui complémentaire à l'équipe	Formation adaptée à leur rôle	Temporaire À temps partiel

Source : Adapté de(15)

## 2.5. Comment mettre en œuvre l'approche intégrée au niveau du district

Le contenu de cette section est en cours de rédaction : 2 ou 3 pages, simple, pratique accompagné des diagrammes.

Il aborde la méthode, les préalables et le personnel

Étude de cas : Malawi ou Rwanda, l'approche intégrée au niveau d'un district

Montrer comment les soins palliatifs ont été intégrés aux hôpitaux de référence, au district de santé et aux soins de santé primaire

## 2.6. Comment créer un service de soins palliatifs pédiatriques

Joan Marston travaille à la rédaction du contenu de cette section : 2 ou 3 pages, simple, pratique, accompagné de diagrammes.

Cette section aborde la méthode, les préalables et le personnel

Si l'on décide de ne pas en faire un « service de prestations de soins » à part, nous pouvons ajouter les soins palliatifs pédiatriques au chapitre consacré aux principes de base, en adaptant le texte ci-après :

Les connaissances et les compétences en pédiatrie sont à la base des soins palliatifs pédiatriques. Les soins palliatifs pour enfants peuvent être intégrés à tous les établissements de santé offrant des soins pédiatriques.

Pour renforcer l'offre de soins palliatifs pédiatriques, il faut notamment :

- Former tous les agents de santé en soins palliatifs pédiatriques, notamment les travailleurs communautaires et les prestataires de soins en médecine traditionnelle ;
- Intégrer les soins palliatifs à la formation des sages-femmes, des accoucheuses traditionnelles et les spécialistes de la santé maternelle et de la santé du nouveau-né afin de permettre l'identification précoce des grossesses à risque, le diagnostic précoce pendant la grossesse et après l'accouchement des affections potentiellement mortelles ; et la fourniture de soins palliatifs aux nouveau-nés et nourrissons ;
- Mettre à disposition les formulations pédiatriques des médicaments essentiels en soins palliatifs ;
- Élaborer des lignes directrices pour l'identification, le transfert et la prise en charge des enfants atteints de pathologies mortelles, chroniques et graves ;
- Élaborer des plans et protocoles de soins pour chaque enfant afin de garantir la continuité des soins palliatifs dans les établissements de soins de santé primaires, les hôpitaux, et le domicile de l'enfant ; y compris un plan de fin de vie clair, le cas échéant ;
- Assurer l'accès à une équipe multidisciplinaire, soit au sein de l'établissement de soins de santé primaires, ou pour les agents de soins de santé primaires ;
- Évaluation des domiciles des patients ;
- Établir des procédures claires de financement, d'établissement de rapports et de suivi ;
- L'environnement dans les établissements de soins primaires doit être sans risque et adapté aux besoins des enfants et des jeunes ;
- Impliquer l'enfant et sa famille, si possible, dans la prise de décisions concernant les soins, et les former à la prestation de soins à domicile ;
- Protéger les droits des enfants, et, si possible, les écouter et respecter leur choix de soins ;
- Mettre en place des systèmes efficaces de transfert des patients en s'appuyant sur l'évaluation des ressources en soins de santé et de la communauté ;

- Créer un mécanisme d'identification et de transfert dédié aux soins palliatifs pédiatriques.

## 2.7. Comment créer un centre ou un hospice autonome de soins palliatifs

Cynthia Goh travaille sur le contenu de cette section : 2 ou 3 pages, simple, pratique, accompagné de diagrammes.

Cette section porte sur la méthode, les préalables, le personnel et quelques études de cas

Troisième partie : Éléments d'une approche intégrée des soins palliatifs

### 3.1. Introduction

Les systèmes de santé nationaux ont la responsabilité d'intégrer les soins palliatifs dans la gamme des soins dispensés aux personnes souffrant de maladies chroniques et potentiellement mortelles, établir des passerelles entre les soins palliatifs et la prévention, le diagnostic précoce et les programmes de traitement. L'approche intégrée du renforcement des soins palliatifs comprend les volets suivants :

1. intégration des soins palliatifs dans les politiques et programmes nationaux (notamment en matière de MNT, de lutte contre le cancer, de VIH/sida et de couverture sanitaire universelle);
2. disponibilité suffisante des médicaments essentiels, surtout la morphine orale;
3. sensibilisation des décideurs, des agents de santé et du grand public;
4. création de services de soins palliatifs à tous les niveaux de la société.

Les services de soins palliatifs doivent être dispensés suivant les principes de la couverture sanitaire universelle. Toute personne, quels que soient ses revenus, la maladie dont elle souffre ou son âge, doit avoir accès à un ensemble, défini au plan national, de services de santé de base, dont les soins palliatifs. Les systèmes de protection financière et sociale doivent prendre en compte le droit humain des groupes de population pauvres et marginalisés aux soins palliatifs.

Un système de soins palliatifs pérenne, de qualité et accessible doit être intégré dans les soins de santé primaires, communautaires et à domicile, ainsi que le soutien aux aidants, familles ou bénévoles locaux. Les soins palliatifs spécialisés sont l'une des composantes du service, toutefois tous les prestataires de soins de santé doivent être formés à la prise en charge de la douleur et des besoins des patients atteints d'affections potentiellement mortelles. La prestation de soins palliatifs doit être considérée comme un devoir éthique pour les professionnels de santé.

Le présent chapitre entend montrer comment élaborer une approche stratégique de renforcement des soins palliatifs, susceptible d'être appliquée au niveau national ou infranational.

### 3.2. Comment élaborer une politique de soins palliatifs

Une politique de soins palliatifs peut prendre des formes variées – il peut s'agir d'une politique autonome de soins palliatifs ou d'une politique faisant partie d'un programme national de santé, d'une stratégie nationale de lutte contre les MNT, le VIH/sida ou le cancer. Toutefois, les principes énoncés dans le présent chapitre sont immuables.

Tableau10 - Exemple de processus d'élaboration par étapes de stratégies et programmes de soins palliatifs

1. Prendre un engagement et trouver un accord formel avec les autorités sanitaires nationales ;
  2. Évaluation des besoins (cartographie exhaustive des besoins en soins palliatifs et de leur niveau d'intégration et de développement dans un pays) ;
  3. Identification des principaux intervenants, responsables et organisations fondatrices ;
  4. Organisation d'un premier débat d'orientation (p.ex. un atelier sur les soins palliatifs) inclusif impliquant tous les intervenants ;
  5. Clarification/Élaboration d'un système local de gouvernance pour le développement des soins palliatifs (p.ex. création d'un comité consultatif national sur les soins palliatifs) ;
  6. Appui à l'élaboration des politiques et de la législation.
- Elaboration d'une stratégie nationale des soins palliatifs (comportant tous les éléments, qu'ils soient autonomes ou intégrés à d'autres stratégies sectorielles nationales clés) ;
  - Principes à prendre en compte ;
  - Prestation des services à travers une gamme de soins (soins primaires, soins communautaires, soins à domicile, et soins palliatifs spécialisés) ;
  - Stratégies de prestation de soins à tous les patients qui en ont besoin (MNT, VIH/sida, tuberculose, personnes âgées, enfants) en portant une attention particulière aux groupes vulnérables (pauvres, minorités ethniques, personnes vivant en maisons de retraite) ;
  - Couverture universelle grâce à des mécanismes de financement et d'assurance ;
  - Soutien aux aidants et aux familles (protection sociale) ;
  - Identification/allocation de ressources aux soins palliatifs
  - Élaboration de normes et mécanismes nationaux d'amélioration de la qualité des soins palliatifs ;

- Identification de facteurs et suivi des besoins et de l'accès aux soins palliatifs, aux niveaux national et infranational ;
  - Passer en revue et lever les écueils à l'accès aux médicaments et à leur disponibilité
    - Modification des lois, s'il le faut, pour soutenir l'accès équitable aux médicaments sous contrôle
7. Identification des besoins en matière de sensibilisation et de formation
    - Décideurs ;
    - Professionnels et organisations de santé ;
    - Mentorat, tutorat ;
    - Population générale, aidants, familles.
  8. Soutien et conseils à la fourniture des services et à la formation ;
  9. Examen et évaluation, y compris l'évaluation comparative, avec l'expérience d'autres pays ;
  10. Documentation et échange d'expériences ;
  11. Sensibilisation du public et renforcement des compétences des principaux intervenants

Tableau 11 - Principaux intervenants dont l'implication dans l'élaboration la stratégie et le programme de soins palliatifs doit être envisagée

Intervenants nationaux:

- Ministères de la Santé (notamment les services chargés de l'élaboration de la politique générale de santé, de la fourniture des services, de l'assurance, des médicaments sous contrôles, et des principaux groupes de maladies, selon le cas, p.ex. MNT, VIH/sida, tuberculose, pédiatrie) ;
- Autres ministères impliqués dans la politique pharmaceutique et le contrôle des drogues ;
- Professionnels de la santé (notamment les représentants des hôpitaux, des soins primaires, des médecins, des infirmiers, des travailleurs sociaux, et des agents de santé communautaires) ;
- Autres prestataires de soins (y compris les ONG et les établissements de soins de santé confessionnels) ;
- Les associations de patients et de familles/aidants ;
- Associations nationales de soins palliatifs ;
- Les organisations des droits de l'homme, les ONG, les médiateurs/commissaires

Institutions académiques impliquées dans la formation des professionnels de santé et la recherche en santé publique :

- Comité nationaux d'éthique ;
- Principaux représentants infra-nationaux (directions régionales/départementales de la santé, autorités locales) ;
- Principaux bailleurs de fonds privés locaux (p.ex. secteur privé, fiduciaires de financement)

#### Organisations internationales:

- Coordonnateur résident des Nations Unies, représentants locaux du PNUD et de l'UNICEF, et autres représentants compétents des Nations Unies ;
- Représentant du bureau sous-régional ou du bureau de pays de l'ONUDC ;
- Représentants des partenaires internationaux actifs dans le pays (donateurs, partenaires au développement) ;
- ONG internationales œuvrant dans le domaine des soins palliatifs (IAHPC, WPCA, HumanRights Watch, ICPCN, etc.) ;
- Organisations professionnelles (WMA, etc) ;
- Bureau de pays, points focaux régionaux, Siège de l'OMS ;
- Experts techniques

### **B. 5.9. Les handicaps physiques**

#### LA SITUATION DES PERSONNES VIVANT AVEC HANDICAP EN RDC

##### CONTEXTE

1. Les différentes guerres et autres conflits armés qu'a connus la République Démocratique du Congo, ont eu de conséquences néfastes sur la santé mentale, physique et psychique des populations et ont aggravé la situation déjà précaire des personnes vivant avec handicap, tout en augmentant leur nombre ;
2. La situation générale du Pays est caractérisée par un délabrement des services sociaux particulièrement des structures d'encadrement, de reclassement, de récupération des personnes vivant avec handicap, la détérioration des infrastructures sociales de base, ainsi que l'absence des mécanismes d'enregistrement continu et d'une enquête nationale sur la situation des personnes vivant avec handicap ;
3. Selon l'OMS, environ 15 % des habitants de la planète vivent avec une certaine forme de handicap, dont 2 à 4 % (soit 200 000 millions) avec de très grandes difficultés

fonctionnelles. La prévalence mondiale du handicap est plus élevée que ne le suggéraient les estimations antérieures de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), soit environ 10 %, qui dataient des années 1970. Il apparaît que les personnes handicapées sont généralement en plus mauvaise santé, atteignent des niveaux d'éducation plus bas et sont plus touchées par la pauvreté que les valides. Cette situation est due, dans une large mesure, au manque de services à leur disposition et aux nombreux obstacles qu'elles rencontrent dans leur vie de tous les jours et au rejet et à la discrimination en les indexant même de sorcier ;

4. Les Nations Unies ont adopté en 2006 la Convention relative aux droits de personnes handicapées et son protocole facultatif à laquelle la RDC a adhéré, il y a sous peu, conformément à la loi n°13/024 du 7 juillet 2013 ;
5. Le « Rapport mondial 2012 sur le handicap » réalisé par la Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale de la Santé, qui fait figure de pionnier, apporte une contribution importante à la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées entrée en vigueur en mai 2008. À l'intersection de la santé publique, des droits de l'homme et du développement, ce rapport constitue une ressource indispensable pour les décideurs politiques, les prestataires de services, les professionnels, les avocats et les personnes handicapées et leurs familles ;
6. L'absence d'études approfondies sur les personnes vivant avec handicap en République Démocratique du Congo avec ses corollaires de l'absence des statistiques fiables et d'une documentation appropriée non seulement ne permettent pas aux décideurs de prendre suffisamment conscience de la situation des Personnes Vivant avec handicap, ni de prendre des mesures adéquates en faveur de cette catégorie de personnes, mais aussi, rendent indispensable la tenue des états généraux en tant que cadre participatif approprié pour appréhender les contours de la problématique posée par la situation de la personne vivant avec handicap et proposer les solutions durables et adéquates quant à cela.
7. Le Gouvernement de la République est déjà très avancé dans le processus de mettre en place des mécanismes durables pour la protection et la promotion des groupes vulnérables et des personnes nécessiteuses, y compris les personnes handicapées ;
8. En Décembre 2012, le Gouvernement a adopté le Plan Stratégique et Financier 2012-2016 du Fonds National de Promotion et de Service Social (FNPSS) dans lequel sont compris entre autres projets ceux visant la promotion et la protection des personnes handicapées ainsi que l'organisation des états généraux sur la situation des personnes vivant avec handicap;

9. La question de promotion des droits de personnes handicapées est au centre de l'action du Gouvernement. Ceci se traduit par des actions ci-après :

- a) Le 7 juillet 2013, le Président de la République, Chef de l'Etat, a promulgué la loi n°13/024 autorisant l'adhésion de la République Démocratique du Congo à la convention relative aux droits des personnes handicapées et à son protocole facultatif ;
- b) la participation à la formulation de la proposition de loi organique sur la protection et la promotion des personnes handicapées initiée par l'Assemblée Nationale, ceci pour se conformer à l'article 49 de la Constitution qui stipule : « les personnes de troisième âge et la personne avec handicap ont droit à des mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins physiques, intellectuels et moraux. L'Etat a le devoir de promouvoir la présence de la personne avec handicap au sein des institutions nationales, provinciales et locales. Une loi organique fixe les modalités d'application de ce droit » ;
- c) le processus d'organisation des états généraux sur la situation des personnes handicapées en RDC en cours et concrétisé par l'Arrêté Ministériel n°CAB/MIN/AFF.S.AH.SN/169/2013 du 23 septembre 2013, publié au Journal Officiel n° 2, 55<sup>ème</sup> Année, col.50 du 15 janvier 2014;

10. Pour obtenir l'adhésion des parties prenantes et s'assurer que les besoins concernant le handicap en RDC sont mieux cernés et pris en compte par les décideurs et intervenants, il s'avère nécessaire d'établir une feuille de route du processus de ces états généraux ;

11. Les objectifs à atteindre de ce processus sont entre autre la réalisation de l'état des lieux du handicap en RDC, l'organisation des états généraux proprement dit et la mise en place des bases des données du handicap en RDC ;

12. Le résultat à atteindre au cours de ce processus est de s'approprier les instruments tant nationaux qu'internationaux sur le handicap en les traduisant dans un document de politique nationale de promotion et de protection des personnes handicapées et un plan stratégique de sa mise en œuvre ainsi qu'un mécanisme national de suivi et d'évaluation des activités de promotion et de protection des personnes vivant avec handicap en RDC.

#### **OBJECTIF GLOBAL DE L'ATELIER**

L'objectif global de l'atelier est d'impliquer les acteurs étatiques et non étatiques du secteur du handicap ainsi que les personnes vivant avec handicap eux-mêmes dans le processus d'organisation des états généraux sur la situation des personnes vivant avec handicap en RDC.

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1. Produire une feuille de route incluant le chronogramme, les responsabilités des acteurs et le budget du processus des états généraux sur la situation des personnes vivant avec handicap ;
2. Faire un bilan sur l'état d'avancement du processus d'organisation des états généraux sur la situation des personnes handicapée en RDC ;
3. Sensibiliser l'opinion nationale et internationale ainsi que les personnes handicapées sur la loi n°13/024 du 07 juillet 2013 autorisant l'adhésion de la République Démocratique du Congo à la convention relative aux droits des personnes handicapées et à son protocole facultatif ;
4. Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la suite des activités en rapport les états généraux sur la situation des personnes vivant avec handicap en RDC.

### **RESULTATS ATTENDUS**

1. Une feuille de route incluant le chronogramme, les responsabilités des acteurs et le budget du processus des états généraux sur la situation des personnes vivant avec handicap est produite ;
2. Le bilan sur l'état d'avancement du processus d'organisation des états généraux sur la situation des personnes handicapée en RDC est fait ;
3. L'opinion nationale et internationale ainsi que les personnes handicapées sur la loi n°13/024 du 07 juillet 2013 autorisant l'adhésion de la République Démocratique du Congo à la convention relative aux droits des personnes handicapées et à son protocole facultatif est sensibilisée ;
4. Le plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la suite des activités en rapport les états généraux sur la situation des personnes vivant avec handicap en RDC est fait.

#### **B. 5.10. La drépanocytose**

#### **8. 1. SITUATION DE LA DREPANOCYTOSE EN RDC**

## Description et distribution de la maladie

La Drépanocytose (ou anémie SS) est une pathologie héréditaire due à l'anomalie de l'hémoglobine qui entraîne des modifications globulaires, spécialement des globules rouges (GR) en forme de faucille.

Elle est caractérisée par une anémie hémolytique sévère, des manifestations douloureuses des os, des articulations, les muscles, l'abdomen, (crises douloureuses ou vaso-occlusives), des complications touchant plusieurs organes (Ostéo nécrose de la tête fémorale, décompensation cardiaque, rétinopathie, insuffisance rénale, etc.) et une incidence élevée aux infections. Ces dernières sont entre autre liées aux fréquentes transfusions sanguines (0,5 unités /an par enfant) avec un risque élevé de transmission du VIH/Sida et de l'hépatite B et C dont les prévalences varient entre 10 et 15 %.

Maladie génétique la plus répandue dans le monde, elle constitue un problème important et prioritaire de santé publique en République Démocratique du Congo, qui, avec une population estimée à 67.000.000 d'habitants ; compte à peu près 20.100.000 drépanocytaires hétérozygotes AS et 2.010.000 d'homozygotes SS ; telle que le montrent quelques études menées depuis l'époque coloniale jusqu'à nos jours.

Dans l'ensemble, ces études de VAN DER BERGH L and JASSEN, PARENT J, VANDEPITTE JM, BURKE K, DE BOECK G and DE WULF O, LAMBOTTE J et TSHILOLO L...révèlent que 25 à 30% de la population congolaise est hétérozygote AS et 2 à 3% de nouveaux nés homozygote SS. Sans changement majeur dans l'expansion de l'endémie, le nombre des personnes atteintes croît à un rythme incontrôlé. En outre, il a été prouvé par d'autres études que près de 75% d'enfants drépanocytaires SS meurt avant de fêter leur 5<sup>ème</sup> anniversaire et les survivants développent des complications sévères. Globalement, leur état de santé est très précaire, caractérisé par une morbidité et mortalité très élevée.

La pathologie est hautement invalidante, mortelle et reste mal connue et parfois ignorée des populations congolaises et constitue un problème aigu voir chronique à long terme entraînant d'importantes conséquences socioéconomique dont la pauvreté et les conflits tant au niveau des familles que des communautés.

L'insuffisance de la connaissance de la maladie aussi bien au niveau de la communauté que par les prestataires non avisés rend sa prise en charge difficile à tous les niveaux.

L'ignorance qui entoure le mode de transmission de la maladie en fait un mythe associé à des croyances négatives sur les parents et les enfants issus de leur union avec des conséquences psychologiques et sociales graves au nombre desquelles l'exclusion des enfants drépanocytaires

considérés à tort parfois comme sorciers ou ensorcelés, l'incapacité des familles et du corps médical à prendre en charge les soins de santé de ces enfants au regard des coûts de traitement exorbitant, la stigmatisation, la victimisation, la discrimination sociale des drépanocytaires ainsi que de leurs parents et particulièrement les mères.

Ainsi, le présent document de politique sectorielle est élaboré pour une lutte effective et efficiente de la drépanocytose en RD Congo.

Situation actuelle de la lutte contre la drépanocytose

De nos jours, la lutte contre la drépanocytose connaît certains problèmes notamment la faible intégration des mécanismes de lutte dans le système de santé, la non réalisation de l'état de lieux de la maladie dans toutes les provinces en vue d'élaborer la cartographie de celle-ci, la non intégration de la drépanocytose dans le canevas SINS pour le rapportage des informations. Néanmoins, les activités suivantes sont réalisées à différent niveau opérationnel à savoir :

### **1. La promotion des règles hygiéno-diététique**

Dans le cadre de la prévention, les règles hygiéno-diététique appelée aussi règles d'or est une éducation qui a pour but de prévenir ou au moins d'espacer les crises vaso occlusives et ou hémolytiques. Cette éducation prend en compte tous les aspects de la vie du drépanocytaire tel que le régime alimentaire, le sport et loisirs, l'hygiène corporel et vestimentaire, l'hydratation,...

### **2. La prévention contre les infections virales, bactériennes et parasitaires**

Hormis la sécurité transfusionnelle visant à prévenir les infections transmissibles par la transfusion sanguine, la pénicilline prophylaxie et la vaccination systématique contre les germes encapsulés (les salmonella, les pneumocoques, l'haemophilus influenzae...) réduisent la fréquence des infections chez les drépanocytaires. Il est à noter que le PEV a déjà incorporé depuis mars 2011 les vaccins contre l'haemophilus influenzae de type b (ActHib) ainsi que le vaccin contre les streptococcus pneumoniae (Pneumo 23) qui sont spécifiques contre la drépanocytose. Malheureusement, ces vaccins si importants ne sont donnés qu'aux enfants de moins d'un an sans rappel pour les autres.

L'assainissement du milieu et l'usage de la moustiquaire à longue durée d'action protègent aussi les drépanocytaires contre le paludisme qui est l'un des facteurs déclenchant les CVO et aggravant l'anémie.

### **3. La Prise en charge**

Le traitement curatif, à ce jour, reste la greffe de la moelle osseuse qui n'est pas réalisé en RD Congo ; son coût qui n'est pas à la portée de tous le rend inaccessible pour la majorité de la population des pays en voie de développement notamment la RDC. Le pays a un centre spécialisé dans la prise en charge de cette maladie, le Centre de Médecine mixte et d'Anémie SS CMMASS en sigle, situé au quartier yolo de la commune de Kalamu dans la ville province de Kinshasa.

Pour améliorer la qualité de vie des drépanocytaires, le PNLCD a intégré la prise en charge dans 20 ZS de 4 provinces (Bandundu, Bas Congo, Katanga et Kinshasa) sur le 515 que compte le pays. La lutte contre la drépanocytose s'organise comme suit :

***La prévention primaire consiste en :***

- Conseil génétique ;
- Dépistage pré nuptial ;
- Dépistage néonatal ;
- Dépistage pré scolaire/scolaire ;
- Dépistage de masse et des donneurs bénévoles de sang.

***La prévention secondaire se résume par :***

- La Prise en charge médicale précoce des cas ;
- La Prise en charge psycho-sociale des cas.

***La prévention tertiaire comprend :***

- La Réadaptation/Réintégration ;
- La Prise en charge précoce des complications.

***La Surveillance continue***

***La Promotion de la recherche***

Ces activités de lutte contre la drépanocytose sont réalisées par le niveau ci-après :

**a) Au niveau de la communauté**

***La sensibilisation***

Les activités de sensibilisation sont réalisées par les Relais Communautaires, les leaders d'opinion (ONGs, Associations, Eglise...), Autorités politico administratives, scolaires et professionnelles, les officiers de l'Etat civiles, ...

***La Prise en charge :*** préventive des crises pour les malades (respect de règles hygiéno-diététique) et accompagnement psycho sociale

### **b) Au niveau du centre de Santé**

La Sensibilisation qui doit se faire lors des consultations (Curative, CPN, CPS, CPON et autres Contacts)

Le Dépistage volontaire de toute la population en général et le nouveau-né à la maternité en particulier avec le Test d'orientation : Emmel ou Itano

- La Prise en charge des cas selon les différents syndromes (ambulatoire et observation). Cette prise en charge doit être Préventive et Curative ;
- Assurer les visites de Suivi des malades, référer les malades et assurer le suivi de contre-référence

### **c) Au niveau de l'Hôpital général de référence**

- La Sensibilisation qui doit se faire lors des consultations (Curative, et autres contacts) ;
- Le Dépistage volontaire de toute la population en général et le nouveau-né à la maternité en particulier avec le Tests de confirmation: électrophorèse, Iso électro focalisation, Chromatographie liquide à haute performance ... ) ;
- La Prise en charge des malades : préventive et curative des différents syndromes et complications (en hospitalisation)

### **d) Au niveau du BCZS**

Comme lieu de coordination des activités de la ZS

- Coordonner toutes les activités de lutte contre la drépanocytose au niveau opérationnel ;
- Assurer la supervision, le suivi, et le monitoring des ces activités ;
- Rapporter les données sur la drépanocytose ;
- Le niveau actuel du financement de la lutte contre la drépanocytose

Le financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur 4 sources à savoir :

1. Le budget de l'Etat provenant du Gouvernement Central et Provincial ;
2. Le financement communautaire (recouvrement des coûts) ;
3. Le financement privé (lucratif ou non lucratif), les ressources financières provenant de l'aide internationale, des fonds spéciaux et des mutuelles lutte contre la drépanocytose suit le même circuit de financement du ministère de la santé en RDC.

En rapport avec la lutte contre la drépanocytose, on note :

- Une faible allocation du budget au ministère de la santé avec des répercussions sur les activités de la lutte contre la drépanocytose ;
- Le non équité dans la répartition de fonds des interventions dans le système de santé ;
- l'absence des partenaires permanents pour l'appui à la lutte contre la drépanocytose ;
- l'absence des moyens financiers pour la mise en œuvre des activités planifier (plan stratégique/plan d'action) ;
- La quasi-totalité de la charge financière des services de santé des drépanocytaires est supportée par les ménages ;
- Réglementation de la lutte contre la drépanocytose.

Le gouvernement de la République démocratique du Congo à travers son ministère de la Santé Publique a reconnu la drépanocytose comme un problème de santé publique et a créé le Programme National de Lutte Contre la Drépanocytose, PNLCD en sigle, et lui a confié la mission de promouvoir et de coordonner la lutte sur toute l'étendue de la république. De ce fait, le PNLCD est l'organe régulateur de la lutte contre la drépanocytose en RDC où tous les intervenants dans cette lutte doivent converger.

#### ENONCE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA DREPANOCYTOSE

La politique de lutte contre la drépanocytose en RDC s'inscrit dans le cadre de la politique sanitaire du pays et vise la réduction de la morbidité et de la mortalité due à cette maladie et ainsi que la lutte contre la pauvreté du fait de cette dernière au moyen de la promotion des mesures de préventions, du renforcement des mécanismes de prise en charge des drépanocytaires, de la surveillance épidémiologique, du renforcement du partenariat tout en s'appuyant sur l'implication des leaders à tous les niveaux et à la participation de la communauté à la lutte contre cette pathologie.

#### MANDAT

Au regard des textes qui créent le PNLCD et d'autres documents internationaux sur le programme de lutte contre la drépanocytose, le PNLCD a pour mandat :

1. La Prévention de la transmission de la drépanocytose ;
2. L'Amélioration de l'état de connaissance des populations sur la drépanocytose
3. La réduction de l'impact de la drépanocytose sur l'individu, la famille et la société ;
4. L'organisation et la régulation de la prise en charge des drépanocytaires.

#### MISSION

Le PNLCD a pour mission principale de promouvoir et coordonner la lutte contre la drépanocytose sur toute l'étendue de la République.

## VISION

Le PNLCD s'érige comme moteur de lutte contre la drépanocytose. Il s'engage à fournir à toute la population congolaise un accès aux services de prévention, de soins et traitement de la drépanocytose à travers le système de santé. Cet accès aux services ainsi garanti, contribuerait sensiblement à l'amélioration de la qualité de vie du drépanocytaire, au dépistage de toute la population en général et du nouveau-né en particulier.

## CIBLES ET OBJECTIFS

### • Cibles :

Les bénéficiaires des activités de lutte contre la drépanocytose sont:

- La population congolaise en générale ;
- Les personnes drépanocytaires et plus spécifiquement ;
- Les enfants drépanocytaire de 0 à 5 ans ;
- Les femmes enceintes.

### • Objectifs :

#### **Objectif général**

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité imputable à la drépanocytose d'ici 10 ans.

#### **Objectifs spécifiques**

La politique nationale de lutte contre la drépanocytose en RDC a pour à objectifs spécifiques de :

1. Réduire de 30% l'incidence de la drépanocytose parmi les nouveau-nés
2. Réduire de 50% la mortalité infanto Juvénile chez les enfants drépanocytaires homozygotes de moins de 5 ans ;
3. Réduire sensiblement la fréquence des crises et des complications de la drépanocytose ;
4. Inscrire les enseignements sur la drépanocytose dans les établissements d'enseignement primaire, secondaire et universitaire ;
5. Promouvoir la recherche sur la drépanocytose.

## LES PRINCIPES DIRECTEURS DE LA LUTTE CONTRE LA DREPANOCYTOSE

- L'appropriation de la lutte contre la drépanocytose par la population : L'implication de la communauté dans la lutte à travers les activités de plaidoyer, de formation et d'accompagnement auprès des leaders communautaires, des médias, des établissements scolaires des organisations à assises communautaires en vue de la sensibilisation des populations sur la drépanocytose et la prise en charge communautaire ;
- L'accessibilité des interventions et services auprès de la population : Les stratégies de lutte doivent privilégier les activités dont les résultats permettent de concourir à la réduction sensible de l'incidence de la maladie de manière efficace et efficiente des malades ;
- L'intégration : C'est la combinaison de plusieurs activités dans un ensemble cohérent et de manière convergente en vue de concourir à l'atteinte des objectifs assignés. L'intégration privilégiera les secteurs de l'éducation, de la santé et autres secteurs. Au niveau de Centre Santé (CS), les activités de lutte contre la drépanocytose seront effectivement intégrées dans le Paquet Minimum d'Activité(PMA) ;
- Le Partenariat : La mission du PNLCD est de promouvoir, coordonner et renforcer le partenariat en vue d'améliorer la prise en charge des drépanocytaires à tous les niveaux. Un partenariat actif doit s'établir entre les décideurs politiques et les autres partenaires du développement ;
- L'auto responsabilité des communautés et des familles: La lutte contre la drépanocytose relève aussi du choix des communautés et des familles à se prendre en charge en participant à la prise des décisions des problèmes de santé qui les concerne. Il importe pour ce faire de mettre à leur disposition des informations et des ressources nécessaires pour les y amener ;
- La bonne gouvernance : Les ressources disponibles doivent être gérées conformément aux principes et règles de bonne gestion pour la réussite de la mission du programme ;
- La collaboration : il s'agit de la complémentarité dans les interventions fondée sur la collaboration intra et inter sectoriel dans la lutte contre la drépanocytose.

## **LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES**

La politique nationale de lutte contre la drépanocytose en RDC s'appuie sur les stratégies ci-dessous dont les détails sont repris dans les directives du programme.

### **STRATEGIES DE BASE**

Les stratégies de base dans la lutte contre la drépanocytose sont :

1. La prévention,
2. La prise en charge (Attitudes thérapeutiques)

### 3. La surveillance épidémiologique.

#### La Prévention

1. La prévention réserve une place de choix dans la communication pour le changement de comportement par les communautés, les familles et les individus. Il s'agit d'impliquer dans la lutte les secteurs tels que l'enseignement primaire, et secondaire, la santé, la presse, la territoriale, les ONGs et associations à assises communautaires. La collaboration intersectorielle sera privilégiée et permettra de déterminer les ressources nécessaires pour la lutte ainsi que le rôle de chaque acteur devant être impliqué dans la lutte contre la drépanocytose ;
2. Le contenu des communications, la forme des supports, le public cibles visés par les interventions des acteurs ainsi que les modalités de mise en œuvre et d'évaluation des interventions seront soigneusement conçus PAR LE PROGRAMME ;
3. La lutte contre la drépanocytose passe donc par un renforcement d'acquisition par les individus, les ménages et la communauté nationale, des comportements adéquats appropriés et responsables.

La prévention de la drépanocytose est aussi bien primaire, secondaire que tertiaire.

- La prévention primaire qui consiste au conseil génétique et au dépistage, en vue de diminuer sensiblement l'incidence de la drépanocytose dans notre pays ;
- La prévention secondaire se résume par la Prise en charge médicale précoce et La Prise en charge psycho-sociale des cas. Elle consistera en la prévention des crises qui se résume dans le suivi des règles d'hygiène de vie des drépanocytaires, telles que décrites dans les normes et directives de la lutte contre la drépanocytose en RD Congo ;
- La prévention tertiaire comprend la Réadaptation/Réintégration et la Prise en charge précoce des complications.

La Prise en charge (Attitude thérapeutique)

La Prise en charge de cas de drépanocytose consiste au traitement :

1. Symptomatique ;
2. Curatif ;
3. Psychosocial et au traitement des complications

La surveillance épidémiologique

Pour avoir plus d'informations sur la lutte contre la drépanocytose et la prise en charge des cas, il faut:

1. Intégrer la drépanocytose dans le système national d'information sanitaire (SNIS) pour la surveillance de la maladie et l'efficacité des mécanismes de prise en charge dans le cadre général de la promotion de la surveillance intégrée ;
2. Intégrer la drépanocytose dans la surveillance STEP WISE ;
3. Mettre en place un registre de drépanocytose dans les structures spécialisées.

## STRATEGIE D'APPUI

Les stratégies d'appui sont :

- 1) La coordination : elle est l'harmonisation de la mise en œuvre des activités d'une structure ou des structures différentes pour atteindre l'objectif commun. Elle permet d'améliorer la réponse d'ensemble en évitant des conflits d'attribution et de chevauchement pour une synergie efficiente.

La lutte contre la drépanocytose sera multisectorielle (sanitaire, état civil,...) et sera intégrer à différents niveaux de la pyramide sanitaire ;

- 2) La planification : parmi les éléments qui garantissent la réussite d'un programme, on note sans doute la planification. Celle-ci devra impérativement non seulement s'appliquer à tous les niveaux, mais aussi et surtout répondre aux mandats de chaque niveau de la pyramide sanitaire et demeurer conforme aux principes de la stratégie de renforcement du système de santé ; des normes et directives de lutte contre la drépanocytose en RDC. La planification des activités de lutte contre la drépanocytose devra être intégrée dans les PAO des toutes les zones de santé ;

- 3) La formation : les ressources humaines demeurent l'élément moteur de la réussite de la lutte contre la drépanocytose dans notre pays d'où la nécessité de :

- Garantir un positionnement efficient des ressources humaines ;
- Assurer de façon continue le renforcement des capacités techniques et managériales des cadres ainsi que des prestataires et techniciens de laboratoire.

Les professionnelles de santé devraient suivre une formation initiale et une formation à cours d'emploi dans le domaine de la lutte contre la drépanocytose ;

- Contribuer à la mise à jour du contenu de la formation par rapport à la prévention et la prise en charge de la drépanocytose.

L'approvisionnement en vue d'assurer la disponibilité des médicaments et intrants spécifiques (hydréa, papier buvard, morphine,...) de la drépanocytose : la performance des acteurs du terrain ne peut se matérialiser que grâce entre autre à un approvisionnement en intrants indispensables à la lutte contre la drépanocytose à chaque niveau des soins de santé primaires.

La mobilisation et la gestion des ressources : Le gouvernement et ses partenaires devront fournir les ressources (financières, matériels,...) nécessaires à cette lutte. Ces ressources devraient être gérées de façon rationnelle, efficiente, et efficace. Pour ce faire, les mécanismes, les procédures et outils appropriés seront développés et mis à la portée de l'ensemble des prestataires publics et privés.

La supervision, suivi et évaluation des indicateurs de mise en œuvre des activités des acteurs impliqués dans la lutte. et l'évaluation

Le suivi et l'évaluation continus sont essentiels pour le succès du programme de lutte contre la drépanocytose. Ils devraient être axés sur le processus, les résultats et les impacts.

De ce fait, il est essentiel de préserver la dynamique, créer et de suivre les progrès réalisés à travers :

1. La mise en place d'un système unique de suivi et évaluation qui tient compte du rôle joué par chaque niveau de la pyramide organisationnelle du Ministère de la santé publique ;
2. La mise au point des mécanismes de suivi et évaluation avec des outils appropriés ;
3. L'évaluation nationale périodique avec la pleine participation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre la drépanocytose ;
4. Le développement d'un système de contrôle de qualité des intrants de lutte contre la drépanocytose.

Les structures de mise en œuvre de la lutte contre la drépanocytose sont :

➤ Au niveau central

1. Le Gouvernement est appelé à subventionner un paquet minimum (vaccins, hydréa, anti douleurs, transfusions,...) ;
2. Sous la coordination de la Direction de la Lutte contre la Maladie, le PNLCD qui est chargé de l'orientation politique de la lutte et de la coordination des activités de lutte contre la drépanocytose.

➤ Au Niveau Provincial

1. La Division Provinciale de la Santé coordonne les activités de lutte contre la drépanocytose au niveau de la province.

➤ Au niveau Opérationnel

1. Le Bureau Central de la Zone de santé coordonne les activités de lutte au niveau de la zone de santé

2. Les hôpitaux provinciaux, les HGRs et les CS vont assurer la prise en charge des cas de drépanocytose.

➤ Les structures en dehors du Ministère de la santé

1. Les services de l'Etat civil et les Eglises

Les services de l'Etat civil et les Eglises doivent sensibiliser les couples lors de contact en vue de la célébration de mariage sur l'importance de connaître le statut hémoglobinique (AA, AS et SS) afin d'éviter le mariage à risque source des enfants drépanocytaires.

2. Les établissements d'enseignement primaire, secondaire et universitaire.

Intégrer les enseignements de la drépanocytose dans les établissements d'enseignements primaires, secondaire professionnel, supérieur ainsi que dans le cursus de formation de prestataires de soins

3. Les médias

Organiser les émissions et tranches de sensibilisations de la population sur la drépanocytose.

Les organes de gestion et de collaboration de la lutte contre la drépanocytose :

1. Le Comité National de Pilotage du Ministère de la santé ;
2. Le comité intersectoriel de lutte contre la drépanocytose.

- Le rôle de la communauté : est de notifier les cas et pratiquer la prise en charge communautaire de la drépanocytose par l'information, l'éducation et l'accompagnement des malades ainsi que la mise en pratiques des règles de vie du drépanocytaire ;
- Au niveau périphérique : le bureau central de la zone de santé (BCZS), met en œuvre les activités de lutte contre la drépanocytose au niveau périphérique. A ce niveau le Médecin chef de Zone est chargé d'intégrer les activités de la lutte contre la drépanocytose dans celles des soins de santé primaires(SSP) au centre de santé et l'HGR ;
- Au niveau intermédiaire : le comité provincial de pilotage est chargé de Coordonner, superviser, suivre et évaluer les activités sur toute l'étendue de la province ; avec l'appui du PNLCD ;
- Au niveau central ou national : la tutelle du PNLCD est assurée par le Ministre de la Santé Publique par l'entremise de la direction de la lutte contre la maladie et les grandes endémies. La direction est assurée par un directeur ayant à sa charge la coordination de toutes les activités, financières et techniques du programme.
- Le rôle des partenaires : les partenaires apportent un appui technique et financier aux structures engagées dans la lutte contre la drépanocytose.

- Le rôle des autres ministères : les autres ministères dans le cadre de la collaboration inter-sectorielle, contribuent à la lutte contre la drépanocytose en vue d'une synergie pour une lutte efficace et efficiente.

### **Cadre général**

La présente déclaration de la politique nationale est de portée nationale et de ce fait ; elle est opposable à tous les acteurs intervenants dans la lutte contre la drépanocytose. Cette politique sera vulgarisée et portée à la connaissance des décideurs, des partenaires, des acteurs de terrain, et de l'opinion publique.

Le PNDS volet drépanocytose précise les orientations pour la lutte contre la drépanocytose, les normes et directives techniques guideront la mise en œuvre de cette politique.

Le suivi des indicateurs de la mise en œuvre des activités des acteurs impliqués dans la lutte

Un mécanisme de collecte et d'échange des données des activités entre acteurs de lutte contre la drépanocytose sera être mis en place avec le concours de tous les partenaires opérant dans différents secteurs. Le suivi des indicateurs des activités des partenaires permettra au Programme de disposer de renseignement pour une surveillance communautaire et aussi les tendances sur l'incidence et la mortalité de due à la maladie.

La prévention de la transmission de la drépanocytose.

Les mesures de prévention contre la drépanocytose consistent à mettre à la disposition des communautés et des individus de l'information nécessaire qui permette d'attirer leur attention et les amener à décider en connaissance de cause en vue d'éviter (décourager les mariages hétérozygotes AS) ou de limiter au stricte minimum le nombre d'enfants dans la progéniture de deux individus ayant des gènes hétérozygotes AS.

Pour ce faire, les établissements scolaires, les médias, les services d'état civil, les églises et les ONGs aux nombres desquels les églises sont les autres canaux et voies qui seront utilisés pour atteindre les individus et les communautés pour les éduquer/porter l'information à leur connaissance pour un engagement matrimonial responsable de leur part.

#### *La prise en charge des drépanocytaires*

##### **- Dans les formations sanitaires**

Les directives de prise en charge seront vulgarisées auprès des formations sanitaires. Elles seront régulièrement mises à jour au regard des avancés technologiques.

La poly transfusion étant un facteur non négligeable dans la contamination au VIH/sida et les autres infections transmissible par le sang chez les drépanocytaires, les normes édictées respectivement par le CNTS et le PNLIS seront appliquées en vue de faire bénéficier aux drépanocytaires les mesures de sécurité transfusionnelle.

### - Dans les ménages et la communauté.

La reconnaissance des signes et symptômes traduisant la gravité d'une crise de drépanocytose seront vulgarisés en vue d'amener les familles et les communautés à adopter des conduites à tenir lors de leur survenue.

Facteurs de succès de la lutte contre la drépanocytose

1. L'inscription d'une ligne budgétaire en faveur de la lutte contre la drépanocytose dans le budget de l'Etat et d'en assurer le décaissement effectif ;
2. La disponibilité des ressources dans les structures des soins de santé ;
3. La formation des prestataires et la vulgarisation des directives de prise en charge ;
4. La sécurité transfusionnelle assurée avec le concours du CNTS ;
5. La sensibilisation de la population dans la prévention primaire secondaire et tertiaire avec l'implication de tous les partenaires dans la lutte contre la drépanocytose ;
6. La promotion de la recherche.

### Protection des personnes de troisième âge

Prendre soin du mental des personnes âgées Gérer leur résistance

Quand vient le moment de s'occuper d'une personne âgée, le plus important est de l'aimer et de la garder active. Il y a plusieurs façons de s'occuper d'une personne âgée : en prendre soin dans le confort de sa maison, chez vous, ou la placer en maison de retraite. Vous aurez besoin de temps et de quelques gros efforts pour prendre correctement soin de vos proches en suivant ces quelques étapes.

Prendre soins de la santé physique des personnes âgées

Anticipez. Beaucoup d'enfants auront peut-être besoin de prendre soin de leurs parents. Le prévoir à l'avance peut permettre de résoudre quelques problèmes avant que la situation ne devienne une urgence de dernière minute (par exemple à cause de l'apparition soudaine d'une maladie ou d'une blessure). Utilisez la technologie, arrangez la maison pour qu'elle soit sécurisée pour y accueillir une personne âgée, et anticipez les dépenses engendrées par les soins.

Il existe plusieurs technologies pouvant vous aider à surveiller les personnes âgées, à vérifier qu'elles font de l'activité physique sans se blesser et qu'elles prennent bien leurs médicaments. Il existe par exemple des traqueurs GPS et des boîtes médicales qui s'allument lorsqu'il vient l'heure de prendre ses médicaments. Grâce à ces technologies, vos proches âgés pourront rester plus longtemps dans leur domicile.

Sécurisez la maison en installant des mitigeurs anti-brûlure afin de protéger les vieilles peaux sensibles, ainsi que des détecteurs de monoxyde de carbone, des détecteurs de fumées spéciaux avec les lumières clignotantes ou des vibrations qui permettent de réveiller les personnes âgées (beaucoup d'entre-elles ne peuvent pas entendre les détecteurs de fumée traditionnels), ou encore des barres d'appui dans les douches et près des toilettes.

Prendre soin des personnes âgées peut être assez coûteux. Faites vos recherches à l'avance et explorez les options et les bourses ou programmes potentiels qui pourraient profiter à vos proches âgés.

Gardez vos proches actifs. L'exercice physique peut aider à protéger les personnes âgées de la maladie, ainsi qu'à réduire leur âge fonctionnel de 10 à 15 ans. Cela permet de repousser le moment des soins et de les préserver plus longtemps de la maladie.

Il est conseillé de faire 30 minutes d'activité à intensité modérée (courir, nager, marcher, faire du vélo), 5 fois par semaine. Ceux qui font des activités plus intenses où le rythme cardiaque est significativement augmenté et la respiration accélérée devraient faire au moins 20 minutes d'activité 3 fois par semaine. Les exercices de renforcement musculaire (avec des poids libres, des bandes de résistance ou le poids du corps) devraient être réalisés 2 à 3 fois par semaine sur des jours non consécutifs. Les personnes âgées devraient également réaliser des exercices pour travailler leur souplesse (des étirements, du yoga, du tai chi), pendant au moins 10 minutes chaque jour.

Surveillez leur santé mentale et physique. Si votre proche a des douleurs ou des troubles de santé, dites-lui de voir un docteur, ou amenez-le vous-même consulter. Si les douleurs ou les problèmes de santé sont trop graves, vous devrez impérativement appeler un hôpital et voir ce qui peut être fait dans l'immédiat.

Surveillez les signes de faiblesse, d'oubli, de perte de direction ou autre déséquilibre.

La santé mentale est souvent surveillée à outrance, mais il s'agit en effet d'un volet important dans la prise en charge des personnes âgées. Gardez un œil sur les signes de dépression tel qu'un manque d'intérêt, d'écoute ou un sentiment profond de tristesse ou de colère. Les personnes âgées peuvent vivre des moments très difficiles, donc veillez à surveiller leur bien-être mental ainsi que leur santé physique.

Parlez au pharmacien de votre proche âgé. Les personnes âgées reçoivent peut-être des prescriptions venant de différents médecins, et seul le pharmacien saura exactement quels sont les médicaments

pris par votre proche. Rapprochez-vous de lui et parlez-lui pour connaître les possibles effets secondaires et interactions de ces médicaments.

Obtenez de l'aide pour les aider à conduire. À l'idée d'arrêter de conduire, les personnes âgées peuvent ressentir beaucoup de colère et de ressentiment. Souvenez-vous que la conduite est importante pour maintenir l'indépendance, et qu'il peut être difficile pour quelqu'un d'accepter de ne plus être capable de conduire.

Il arrive que des cours soient proposés aux conducteurs âgés, ce qui peut donner lieu à des réductions sur les frais d'assurances.

Il existe des outils qui aident les personnes âgées à conduire, par exemple une assistance pour aider un poignet victime d'arthrose à tourner la clé de contact.

Si ce n'est vraiment pas sécurisé et que votre proche continue à opposer une résistance, demandez l'aide de son docteur pour le convaincre d'arrêter de conduire.

Faites en sorte qu'il reste actif. Il pourrait par exemple prendre les transports en commun ou un vélo à 3 roues et conserver ainsi un sentiment de liberté et d'indépendance.

Abordez le problème des finances. Parlez-lui d'un éventuel soin sur le long terme, en fonction de ses finances et de ses éventuels programmes d'assurance. Parfois, il peut bénéficier d'aides supplémentaires pour réduire les factures de chauffage ou le coût des prescriptions médicales, et vous devez identifier ces aides si elles existent. Peut-être que ce sera plus pratique de le loger dans un appartement de plus petite taille et bien adapté aux séniors. Ainsi, il aura toujours son propre foyer.

Nos aînés sont particulièrement vulnérables aux escroqueries, donc pensez à en discuter avec eux et à les en protéger. Vérifiez leurs comptes au moins une fois par an pour vous assurer que personne n'a usurpé leur identité.

Discutez des problèmes juridiques. Occupez-vous de leur procuration, testament et couverture médicale. Cela permettra de déterminer qui peut prendre les décisions médicales et financières pour votre proche s'il y a une urgence ou s'il subit une incapacité.

Si votre proche ne s'est pas encore occupé de ces documents, aidez-le à les créer.

Trouvez des repas partagés ou faites la cuisine pour lui. Parfois, les maisons pour personnes âgées organisent des dîners qui peuvent inclure le transport. Ce sera une excellente opportunité pour votre proche de rencontrer d'autres personnes et de partager un repas. Les personnes âgées perdent

souvent l'intérêt pour la nourriture, particulièrement si elles sont déprimées. Ainsi, ces repas partagés pourront leur redonner le goût de manger.

Les services de livraison à domicile peuvent également aider les personnes âgées qui ont des difficultés à préparer leur propre nourriture.

Envisagez de faire appel à un aide-soignant à domicile pour prendre soin de la personne âgée. Cela permettra de résoudre les difficultés physiques que vous pourriez rencontrer dans les soins. Un aide-soignant pourra aider la personne âgée à accomplir ce dont elle a besoin, afin de soulager une grande partie du poids qui se trouve sur les épaules des membres de la famille. Il pourra également aider à la personne âgée à garder un peu de son indépendance et à rester dans son propre foyer.

Il arrive que des aides du gouvernement puissent diminuer ce genre de dépenses. Cherchez les options qui s'offrent à vous et parlez-en le cas échéant à l'administration locale qui s'occupe des personnes âgées.

Si votre proche n'a pas besoin d'un aide-soignant à domicile, ou que ce dernier ne peut pas s'en charger, aidez vous-même votre proche à aller et venir dans la maison. Par exemple, aidez-le à faire des tâches diverses comme le ménage, la lessive ou du jardinage.

Considérez l'éventualité d'une maison de retraite ou d'une résidence pour personnes âgées. Parfois il n'est pas possible de faire appel à un aide-soignant à domicile, par exemple si la personne âgée a besoin de trop d'assistance, ou que ce n'est tout simplement pas pratique. Une maison de retraite donnera à votre proche toute l'assistance dont il a besoin.

De telles structures organisent parfois des activités et disposent d'un personnel médical compétent pour s'occuper des personnes âgées, et les garder en bonne santé et heureux.

Ne vous sentez pas honteux ou coupable si vous n'arrivez plus à vous occuper votre proche chez lui ou chez vous. Parfois les circonstances font qu'il est impossible, ou même dangereux, de prendre soin d'un proche âgé à la maison, ce n'est pas de votre faute.

Envisagez de prendre soin de votre proche âgé dans votre propre foyer. Prendre soin d'une personne âgée à la maison peut l'aider à se sentir mieux et à maintenir de forts liens familiaux, tout en vous permettant de passer du temps avec elle et de surveiller sa santé. Si vous voulez vous occuper d'une personne âgée chez vous, vous devez réorganiser l'agencement des meubles pour libérer de l'espace qui lui permette de marcher librement sans risquer de trébucher.

Les soins à la maison peuvent impliquer que vous aidiez votre proche à se laver, s'habiller, se nourrir, prendre ses médicaments, se déplacer, gérer ses finances et le soutenir émotionnellement.

Prendre soin du mental des personnes âgées.

Respectez la personne âgée. Soyez toujours respectueux envers les personnes âgées. Même si elles sont âgées et que leur santé décline, elles sont toujours des personnes avec des émotions et des idées. Ne les jugez pas selon leur état physique. Vieillir fait partie d'un cycle naturel : vous naissez, vous êtes enfant, puis adolescent, puis adulte, et un jour vous êtes vieux à votre tour. Soyez respectueux de leur être et de leur vie.

Ne blasphémez pas ou ne dites pas des mots qu'elles pourraient trouver inappropriés. Vous avez grandi à des époques différentes, elles pourraient ne pas prendre ce genre de chose à la légère.

Aidez votre proche à faire face à la perte de son indépendance. Encouragez-le à entretenir des amitiés, à rester actif, à développer de nouveaux intérêts et à rester en contact avec les autres membres de la famille. Expliquez-lui que la perte d'indépendance n'est pas un échec personnel, et qu'elle fait simplement partie du cycle naturel de la vie.

Encouragez-le à faire du bénévolat. Une étude récente a montré que les personnes âgées qui font du bénévolat sont plus heureuses et en meilleure santé. C'est particulièrement vrai pour les personnes âgées qui ont des maladies chroniques. Le sentiment d'être mis en valeur et utile en tant que bénévole peut grandement augmenter son bien-être mental, et par lien de cause à effet sa santé. On peut constater les bénéfices à partir de 2 ou 3 heures de bénévolat par semaine.

Rendez-lui souvent visite. Rendre visite à votre proche permet de maintenir une connexion émotionnelle et d'améliorer son bien-être mental. Les visites peuvent vous permettre de vérifier sa bonne santé et son bien-être. Vous pourrez vous rendre compte si votre proche a bien arrosé ses plantes, s'il a ouvert son courrier ou s'il a des hématomes. Ce sont des signes qui montrent qu'il aurait besoin d'une assistance supplémentaire. Faites-vous aider de la famille et d'amis de la famille.

Apportez-lui certains de ses effets personnels. Si votre proche déménage en maison de retraite ou dans votre foyer, amenez-lui des objets venant de son ancienne maison. Cela améliorera sa sensation de confort et l'aidera à faire face à ce grand changement dans sa vie.

Trouvez des centres d'intérêt mutuels. Certaines jeunes personnes pourraient penser à tort qu'elles ne peuvent pas se connecter mentalement avec les aînés. Mais sachez que ces derniers pourraient également penser qu'ils ne peuvent pas se connecter mentalement avec vous. Essayez d'ouvrir votre

esprit et de trouver ce qui vous met tous les deux en joie. Si vous ne pouvez pas partager ses intérêts, au moins vous pourrez partager ses excitations.

Essayez de garder les choses aussi inchangées que possible. Beaucoup de personnes âgées sont mal à l'aise à propos du changement, particulièrement lorsqu'elles quittent leur foyer. Essayez de maintenir une certaine stabilité. Par exemple, vous pourriez envisager de garder également l'animal de compagnie de votre proche si vous le prenez chez vous, ou de le lui amener en maison de retraite si c'est autorisé.

Donnez-lui l'impression de se sentir accueilli à la maison. Essayez de le faire participer à des activités dans la maison de retraite, ou associez-le aux activités dans votre maison. Encouragez-le à être proactif dans son environnement.

Vous pouvez aussi l'encourager à aller à l'extérieur, ou l'amener marcher ou faire d'autres activités. Cela pourra l'aider à se sentir plus heureux, particulièrement s'il a tendance à être déprimé.

Vous pouvez même le surprendre avec des cadeaux de temps en temps, ou lui organiser des fêtes pour essayer de le garder impliqué.

Écoutez leurs histoires. Vous les trouverez peut-être intéressantes, et elles pourraient même vous aider à surmonter des problèmes ou des situations que vous rencontrez dans votre propre vie. Nos aînés ont les expériences de toute une vie à nous offrir, vous pouvez apprendre et améliorer votre propre vie en les écoutants et en vous engageant auprès d'eux. Trouvez la beauté dans leurs histoires, et tirez-en des apprentissages.

Cela dépend aussi de la connexion qui existe entre vous, et cela pourra peut-être faire en sorte que vous vous connectez mieux au monde qui les entoure.

### Gérer leur résistance

Préparez-vous à faire face à la résistance des personnes âgées. La résistance est l'un des défis les plus courants auxquels les gens qui prennent soin des personnes âgées doivent faire face. Votre proche peut ressentir la perte de son indépendance, ainsi que le déclin de son physique et de son mental. Il se sentira peut-être effrayé, vulnérable, coupable et/ou en colère, et risque d'opposer quelques résistances avant d'accepter vos attentions.

Elles pourraient aussi penser que le fait d'accepter de l'aide est un signe de faiblesse, et s'avérer têtues ou préoccupées par le fardeau physique et les coûts qu'elles représentent pour vous.

La personne pourrait également être touchée par des troubles de la mémoire, ce qui pourrait avoir pour conséquence qu'elle oublie pourquoi elle a besoin d'attention.

Certaines techniques permettant de gérer la résistance d'une personne pourraient ne pas être adaptées aux personnes âgées souffrant de démence.

Déterminez le niveau d'aide requis pour la personne âgée. Évaluez le genre de soins et d'aides dont votre proche a besoin. Soyez honnête quant aux types de services et d'assistances qui sont requis.

Parlez à la personne âgée lorsque vous êtes tous les deux détendus. Choisissez un moment où vous êtes tous les deux apaisés pour ouvrir la conversation. Vous pourrez ainsi parler plus ouvertement et plus honnêtement, tout en étant réceptif à ce que l'autre dit.

Demandez-lui quelles sont ses préférences personnelles. Peut-être que votre proche sent sa perte de liberté et d'indépendance, ainsi que son besoin d'assistance. Il est important que vous preniez ses souhaits en considération. Demandez-lui quels sont ses choix, par exemple quel membre de la famille il préférerait pour lui prodiguer des soins, et de quels types de service il a besoin. Vous ne serez peut-être pas capable de satisfaire tous ses souhaits, mais il est important de les entendre et de les prendre en considération.

Si votre proche a du mal à vous comprendre, essayez de simplifier vos explications et questions afin qu'il comprenne plus facilement.

Demandez aux autres membres de la famille de vous aider lorsque vous parlez à la personne âgée. Faites en sorte que votre famille et vos amis vous assistent lorsque vous parlez à votre proche âgé. Ils seront peut-être capables de persuader votre proche d'accepter une assistance.

Soyez patient et continuez à essayer. Vous aurez peut-être besoin de temps et de beaucoup d'efforts avant que votre proche accepte de recevoir de l'aide. S'il n'a tout d'abord pas envie d'aborder ce sujet, essayez plus tard et n'abandonnez pas.

Suggérez une période d'essai. Si votre proche est toujours récalcitrant à l'idée de recevoir de l'aide, alors vous pouvez suggérer une période d'essai de façon à ce qu'il n'ait pas à prendre une décision ultime dès maintenant. Cela lui donnera l'opportunité de voir comment les choses se déroulent, tout comme de découvrir les bénéfices d'une assistance.

Parlez des soins de façon positive. Vous pouvez décrire les maisons de retraite comme des clubs, ou un aide-soignant comme un ami, de façon à ce que votre proche considère les soins comme une expérience positive.

Expliquez vos propres besoins. Dites à votre proche âgé combien cela vous aidera et rendra votre propre vie plus facile s'il accepte les soins. Votre proche pourrait se sentir coupable par rapport au fardeau qu'il représente dans votre vie. Mais si vous lui exprimez combien cela vous aiderait qu'il accepte les soins, il sera peut-être plus volontaire.

Rappelez à votre proche que vous avez tous les deux besoin de faire des compromis sur certains problèmes.

Choisissez judicieusement vos batailles. Vous ne tomberez probablement pas d'accord sur tous les points. Choisissez les sujets dont vous voulez discuter afin d'éviter les gros débats sur les problèmes mineurs. Concentrez-vous sur les principaux problèmes liés à l'assistance à prodiguer à votre proche.

Insistez sur le fait que cette assistance pourrait en fait permettre à votre proche de rester indépendant plus longtemps. S'il accepte cette aide, votre proche pourrait alors être capable de rester plus longtemps dans son foyer.

#### Conseils

- Assurez-vous que votre proche est heureux et qu'aucun stress ne vient le gêner ;
- Soyez toujours respectueux envers les personnes âgées. Écoutez leurs souhaits et essayez d'y répondre lorsque vous le pouvez ;
- Impliquez-les dans les processus de décisions qui les concernent, de façon à ce qu'ils se sentent plus à l'aise pour accepter l'assistance. Cela pourrait ne pas fonctionner dans le cas des personnes âgées souffrant de démence.

#### B. 5.11. Communication intégrée sur les MNT

Composantes	Objectifs	Stratégies	Activités
Protection de la population contre les facteurs de risques et les MNT	Appliquer la politique de prévention des MNT	Mise en place d'un cadre juridique favorable à la Prévention des MNT	1. Elaborer un code de santé publique ; 2. Créer et adopter une loi sur la prévention et la prise en charge des facteurs de risque des MNT (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, ...)
		Communication pour un changement de	1. Elaborer des outils de communication sur les MNT et les facteurs de risque ; 2. Concevoir et diffuser des manuels de

		comportement	<p>lutte contre les facteurs de risque des MNT ;</p> <p>3. Organiser des séances de vulgarisation de la législation sur les facteurs de risque des MNT ;</p> <p>4. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation sur les MNT ;</p> <p>5. Sensibiliser les autorités locales, les responsables des différents secteurs sur</p>
		Appui et mise en place des structures d'exécution de la prévention des MNT	<p>1. Créer et appuyer des associations de lutte contre les MNT ;</p> <p>2. Renforcements des capacités des ONG pour la lutte contre les MNT.</p>
		Mise en place de mécanisme institutionnel pour la prévention des MNT	<p>1. Plaidoyer pour l'application de la réglementation relative à la prévention des facteurs de risque des MNT.</p>
		Suivi et évaluation de l'application des lois et réglementations	<p>1. Faire le suivi de la mise en œuvre de la loi sur la prévention et la prise en charge des facteurs de risque des MNT ;</p> <p>2. Motiver les comportements/mesures favorables au respect des textes.</p>

### B. 5.12. Promotion de la recherche sur les MNT

Composante	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies	Activités
Amélioration des	Faire au moins	Recherche de financement	1. Soumettre les protocoles de recherches aux

connaissances sur les MNT	deux (02) recherches par an sur les MNT	et création des unités de recherche	institutions de financement ; 2. Faire un plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources pour la recherche sur les MNT ; 3. Mettre en place une structure intersectorielle de coordination de la recherche sur les MNT ; 4. Editer une revue semestrielle sur les MNT.
---------------------------	---	-------------------------------------	---

La recherche sur les MST peut concerner :

Recherche sur les cellules souches embryonnaires humaines

Embryon humain à son cinquième jour de développement (blastocyste) sur une épingle

Les cellules souches embryonnaires humaines sont des cellules précurseur non-différencié qui possèdent la capacité de se développer en toutes les cellules « mûres » susceptibles de reprendre les fonctions des divers tissus et organes. De plus, les cellules embryonnaires peuvent se séparer à loisir et sont donc disponibles en assez grande quantité. Pour ces raisons, elles se prêtent particulièrement bien aux applications médicales. L'objectif à long terme de la recherche consiste à développer des cellules corporelles à partir de cellules souches humaines (telles que les cellules cardiaques) qui pourront par la suite remplacer les cellules défectueuses des patients (p. ex., ceux qui ont subi un infarctus). La recherche n'étant pas assez avancée, les cellules souches humaines ne peuvent pas encore, à l'heure actuelle, être utilisées à des fins thérapeutiques. Mais toute porte à croire, à juste titre, qu'elles pourront être utilisées dans quelques années pour le traitement de certaines maladies.

La recherche sur des cellules souches embryonnaires humaines est contestée du point de vue éthique, car les cellules sont généralement prélevées sur des embryons humains qui, du fait de cette opération, sont détruits. Pour cette raison, en Suisse, les cellules souches ne peuvent être prélevées que sur des embryons « en surnombre ». Ces embryons issus d'une fécondation artificielle ne pouvant être utilisés pour induire une grossesse n'ont aucune chance de survie.

*Recherche sur l'être humain*

La recherche sur l'être humain revêt une importance décisive pour notre société, pour la santé publique et individuelle au même titre que pour l'économie, la formation et le perfectionnement du personnel médical. Dans différentes disciplines scientifiques, elle est indispensable pour acquérir de nouvelles connaissances fondées sur des données probantes, notamment en médecine, en psychologie, en biologie et en sciences sociales.

A ce jour, la recherche sur l'être humain n'était que partiellement réglementée en Suisse. La nouvelle législation protège de façon uniforme et globale les personnes participant à un essai clinique ou à tout autre projet de recherche soulevant une problématique médicale. Comme

jusqu'alors, un projet de recherche ne pourra être mené que si la personne concernée a consenti à y participer et que le projet en question a été vérifié et autorisé au préalable par les autorités. Les commissions cantonales d'éthique sont compétentes à cet égard, de même que l'Institut suisse des produits thérapeutiques dans le cas d'essais cliniques portant sur des médicaments et des dispositifs médicaux utilisés pour une application différente de celle pour laquelle ils ont été autorisés. Désormais, les projets de recherche impliquant le prélèvement de matériel biologique sur les participants ou la collecte de données personnelles devront également être contrôlés et autorisés par une commission cantonale d'éthique, et ce, sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, la clarification des prescriptions et l'harmonisation des procédures entraîneront un allègement sur le plan administratif, ce qui favorisera les conditions de la recherche.

### *Médecine de la transplantation*

Ce site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) vous informe sur la transplantation et le don d'organes, de tissus et de cellules. En plus des informations médicales, il présente le cadre juridique. De plus, il vous indique où et comment vous pouvez exprimer votre volonté concernant le don.

Don d'organes, oui ou non ? Exprimez votre volonté

Sur la carte de donneur, vous pouvez indiquer si, après votre décès, vous souhaitez faire ou non un don d'organes, de tissus ou de cellules. La carte de donneur peut être obtenue gratuitement.

Il est possible de donner des cellules souches du sang de son vivant. Dans cette perspective, il faut se faire enregistrer en tant que donneur, ce qui n'est pas le cas pour un don d'organes après le décès. Vous trouverez des informations supplémentaires sur le site Internet de Transfusion CRS Suisse SA (voir le lien dans la colonne de droite).

### *Besoins en ressources humaines spécialisées*

La mission conjointe recommande au gouvernement d'élaborer une stratégie nationale de ressources humaines sur les MNT, avec un accent particulier sur les soins communautaires et primaires et d'identifier les ressources nécessaires pour l'amélioration rapide de la formation et le renforcement des capacités des ressources humaines pour la fourniture des soins à ce niveau. En raison de la pénurie de médecins et de médecins spécialistes, la mission conjointe recommande au gouvernement de renforcer les capacités des infirmières et des professionnels de la santé communautaire pour gérer les MNT à l'aide des soins de santé primaire.

- Renforcement des infrastructures de sante
- Renforcement des capacités et des stratégies de lutte contre les MNT

### **C. CADRE INSTITUTIONNEL DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES MNT**

La politique nationale de lutte contre les MNT sera exécutée à chaque niveau de la pyramide sanitaire :

1. La communauté : elle est chargée de :
  - Utiliser les définitions des cas simples pour identifier les cas des MNT et les facteurs de risque;
  - Encourager le dépistage systématique et orienter la population aux services de santé;
  - Soutenir les malades atteints des MNT ;
  - Appliquer les mesures préventives pour lutter contre les MNT ;
  - Mobiliser les ressources communautaires pour les activités de prise en charge des maladies ;
  - Organiser la sensibilisation de population.

Les établissements des soins (Centre de Santé, Centre de Santé de Référence, Hôpital Général de Référence et autres) sont chargés de :

- Utiliser les définitions standardisées pour identifier les maladies ;
- Prendre en charge les cas selon les normes ;
- Notifier les données,
- Participer aux enquêtes ;
- Participer aux activités de suivi et évaluation de la gestion de la lutte;
- Susciter la participation communautaire ;
- Les Bureaux Centraux des Zones de Santé sont chargés de :
  - Mettre à la disposition des structures de santé des outils nécessaires pour la prise en charge ;

- Vulgariser les définitions standardisées auprès de la communauté ;
- Notifier les données ;
- Analyser les données et les mettre à jour sur les graphiques, tableaux ou cartes ;
- Organiser la lutte (plan incluant les MNT) ;
- Appuyer le laboratoire des HGR dans la confirmation des cas ;
- Former/recycler le personnel des CS, HGR et autres établissements des soins ;
- Superviser, suivre et évaluer les activités ;
- Fournir les rétro- informations aux établissements des soins ;
- promouvoir les mesures préventives ;
- Les Inspections de Provinces, sous la coordination des Médecins Inspecteurs avec l'appui du 4<sup>ème</sup> bureau de la province, ont comme tâche de:
  - Elaborer le plan de lutte contre les MNT ;
  - Organiser un cadre de concertation multisectorielle de lutte contre les MNT ;
  - Centraliser les données ;
  - Analyser les données ;
  - Transmettre les données au niveau supérieur ;
  - Appuyer la lutte;
  - Organiser la formation du personnel des BCZS et appuyer la formation des personnels des CS/HGR/laboratoire;
  - Superviser, suivre et évaluer les activités ;
  - Fournir les rétro-formations aux Zones de Santé;
  - Promouvoir les mesures préventives.
- Le niveau central, sous la coordination du Secrétariat Général et avec l'appui de la 4<sup>ème</sup> Direction de lutte contre la maladie est chargé de :
  - Elaborer les politiques, les directives et les normes en matière de lutte contre les MNT ;
  - Standardiser et disponibiliser des modèles des outils de collecte de données, : définitions de cas, fiches de maladies, registres, guides, logiciels ... ;
  - Organiser un Comité National Multisectoriel de lutte contre les MNT (CNMS/MNT) ;
  - Centraliser les données de provinces par zone de santé ;
  - Analyser les données et leur mise à jour sur les graphiques, tableaux et cartes ;
  - Appuyer la lutte ;

- Elaborer le plan stratégique national de lutte contre les MNT ;
- Suivre et évaluer les activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Fournir les rétro informations aux provinces ;
- Diffuser les informations épidémiologiques et les résultats des enquêtes;
- Organiser la recherche opérationnelle.

### **C. 1. PARTENARIAT, COLLABORATION INTRA ET INTERSECTORIELLE**

1. Pour mener les actions de manière coordonnée et concertée, il est recommandé la mise en place d'un Comité National Multisectoriel de lutte (CNMS/MNT) et des Comités Provinciaux Multisectoriels de lutte contre les MNT réunissant tous les secteurs et partenaires œuvrant dans la lutte contre les maladies non transmissibles.  
L'appui des partenaires est nécessaire au Ministère de la Santé dans la mobilisation des ressources, dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités au pays ;
2. Le secrétariat technique du CNMS/MNT est chargé de gérer les informations et de les mettre à la disposition des membres ;
3. La lutte contre les MNT concerne tous les secteurs de la vie nationale. Elle doit être la préoccupation de tous. Pour ce faire, des efforts devront être fournis par chaque ;
4. secteur impliqué dans la lutte et à tous les niveaux. Tous les partenaires et les programmes spécialisés font partie d'office du Comité Multisectoriel de lutte.

### **C. 2. CHRONOGRAMME, SUIVI ET EVALUATION**

L'évaluation du plan intégré se fera à travers les évaluations à mi-parcours et finale conformément aux dispositions prévues dans le Plan de Suivi Evaluation du PNDS 2009-2018.

1. Evaluation à mi-parcours

Elle se fera en 2016 et portera sur les 9 cibles volontaires de l'OMS :

1. Prévalence de la consommation de tabac
2. Prévalence de la consommation nocive de l'alcool
3. Prévalence de l'inactivité physique
4. Prévalence de l'HTA
5. Consommation excessive de sel

6. Prévalence du diabète et de l'obésité
7. Disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le traitement des MNT
8. Disponibilité des traitements médicamenteux et du counseling pour la lutte contre les MNT
9. Mortalité prématurée due aux MNT

#### *Evaluation finale*

Elle se fera en 2018 et portera sur les résultats à moyen terme et l'impact attendu du plan intégré de lutte contre les MNT 2014-2018.

#### Structure de Suivi / Evaluation

##### Suivi

Le suivi régulier et périodique sera assuré :

10. au niveau central par la coordination du CNMS/MNT : planification et mise en œuvre des stratégies et interventions définies dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les MNT ;
11. au niveau intermédiaire par les Comités Provinciaux Multisectoriels de lutte contre les MNT : mise en œuvre des interventions au niveau des provinces ;
12. au niveau de la zone de sante par l'équipe cadre de la zone de sante : exécution des activités définies dans le cadre des interventions prioritaires retenues par le niveau central en vue de la lutte contre les MNT.

##### Evaluation

Les évaluations à mi-parcours et finale du plan seront effectuées conformément aux dispositions de suivi évaluation du PNDS 2009-2018, de concert avec la coordination du Plan Stratégique national de lutte contre les MNT, les autres programmes nationaux de santé impliqués dans la lutte.

## D. CONCLUSION

Le présent plan stratégique de lutte contre les MNT de la République Démocratique du Congo (RDC), une fois validée sera communiqué aux partenaires et mis en œuvre.

Le présent plan intégré de lutte contre les MNT, s'aligne sur les grandes orientations stratégiques du pays et la déclaration de politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT.

Le plan intégré de lutte contre les MNT de la RDC est un cadre formel qui présente les orientations du Ministère de la Santé dans la prévention et la prise en charge des principales MNT.

Après une analyse de la situation des MNT, il propose des éléments de solutions permettant de contribuer significativement, dans un esprit de partenariat multisectoriel, à la réduction du fardeau des MNT en RDC

Les grandes recommandations sont des plaidoyers pour :

- L'élaboration des lois et règlements visant à réduire les principales MNT ;
- L'amélioration du niveau de connaissance de la population sur les moyens de prévention des principales MNT ;
- La promotion du dépistage précoce et de l'amélioration de la prise en charge des cas ;
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique et de la promotion de la recherche.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Direction Nationale De Lutte Contre Les Maladies, *Stratégie de lutte contre les cancers du col utérin et du sein*, 2013
2. Direction Nationale De Lutte Contre Les Maladies, *Projet de plan d'action pour la stratégie nationale sur le diabète*, 2005
3. Direction Nationale De Lutte Contre Les Maladies, *politique sectorielle de lutte contre la drépanocytose en RDC*
4. Direction Nationale De Lutte Contre Les Maladies, *politique nationale de lutte contre les maladies non transmissibles en RDC*, 2008
5. OMS, *santé oculaire universelle*, 2014-2019
6. OMS, *palliatif care manual (les soins palliatifs)*
7. Journée Mondial De La Santé 2013, *Panorama mondial de l'hyper-tension*
8. Ministère De La Santé de la RDC SRSS 2<sup>e</sup> version
9. Ministère de la Santé PNDS 2011-2015
10. Ministère de la Santé du Benin, *plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles*, 2014-2018

## TABLE DES MATIERES

<b>A. INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>A. 1. GENERALITES SUR LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO .....</b>	<b>2</b>
1. <b>SITUATION GEOGRAPHIQUE .....</b>	<b>2</b>
2. <i>Situation sociodémographique .....</i>	<i>2</i>
3. <i>Situation politico-administrative. ....</i>	<i>3</i>
4. <i>Situation économique et financière .....</i>	<i>4</i>
5. <i>Caractéristiques du système de santé.....</i>	<i>5</i>
6. <i>Profil sanitaire .....</i>	<i>6</i>
7. <i>Rôle des bailleurs dans l'évolution du système de santé .....</i>	<i>8</i>
8. <i>Organisation du système de santé.....</i>	<i>9</i>
<b>A. 2. ANALYSE DE LA SITUATION DES MALADIES .....</b>	<b>9</b>
1. <i>Situation des MNT dans le monde.....</i>	<i>9</i>
2. <i>Situation des MNT en Afrique et en RDC.....</i>	<i>11</i>
<i>Les MNT en RDC .....</i>	<i>11</i>
<b>A. 3. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN RDC 12</b>	
8. <i>Secteur santé.....</i>	<i>13</i>
9. <i>Secteurs éducatif et Sportif (activité physique).....</i>	<i>15</i>
10. <i>Secteur alimentaire et nutritionnel .....</i>	<i>15</i>
1. <b>DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.....</b>	<b>16</b>
▪ <b>CE QUI EST DIT SUR LES MNT DANS LA SRSS ET LE PNDS .....</b>	<b>17</b>
▪ <b>ELABORATION DE POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES MNT .....</b>	<b>17</b>
▪ <b>RECONNAISSANCE DE L'AMPLIEUR DES MNT.....</b>	<b>18</b>
<i>B. 2. Vision du Ministre de la Santé.....</i>	<i>18</i>
<b>B.3. OBJECTIFS .....</b>	<b>19</b>
<b>B. 5. 1. LA LUTTE ANTITABAC .....</b>	<b>19</b>
<b>B. 5.2. LUTTE CONTRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL .....</b>	<b>21</b>
<b>B. 5.3. ALIMENTATION SAIN&amp;EQUILIBREE ET EXERCICES PHYSIQUES.....</b>	<b>23</b>
<i>B. 5.4. Lutte contre l'hypertension artérielle .....</i>	<i>35</i>
<b>B. 5. 5. LUTTE CONTRE LE DIABETE .....</b>	<b>51</b>
<b>4. DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC .....</b>	<b>60</b>
<i>a. Orientations diagnostiques .....</i>	<i>81</i>
<i>B. 5. 6. Lutte contre les cancers.....</i>	<i>89</i>
<b>CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....</b>	<b>89</b>
<i>SITUATION ACTUELLE DE LA LUTTE CONTRE LES CANCERS DU COL UTERIN ET DU SEIN ....</i>	<i>91</i>
<i>Problèmes identifiés dans la lutte contre les cancers du col utérin et du sein en RDC.....</i>	<i>92</i>
<b>CADRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL UTERIN ET DU SEIN EN RDC.....</b>	<b>93</b>
1. <b>MANDAT DU PNSR.....</b>	<b>93</b>
4. <b>MISSION DU PNSR.....</b>	<b>94</b>
<b>STRATEGIE.....</b>	<b>95</b>
<i>VISION DE LA STRATEGIE .....</i>	<i>95</i>
<i>OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE.....</i>	<i>96</i>
<i>AXES STRATEGIQUES.....</i>	<i>96</i>
<i>B. 5. 7. Lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre.....</i>	<i>97</i>
<i>B. 5.8. Les soins palliatifs .....</i>	<i>99</i>
<i>B. 5.9. Les handicaps physiques .....</i>	<i>128</i>
<i>B. 5.10. La drépanocytose.....</i>	<i>131</i>
<b>8. 1. SITUATION DE LA DREPANOCYTOSE EN RDC .....</b>	<b>131</b>

<b>PROTECTION DES PERSONNES DE TROISIEME AGE</b> .....	144
<i>B. 5.11. Communication intégrée sur les MNT</i> .....	151
<i>B. 5.12. Promotion de la recherche sur les MNT</i> .....	152
<i>BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES SPECIALISEES</i> .....	155
<b>C. CADRE INSTITUTIONNEL DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES MNT</b> .....	<b>155</b>
<b>C. 1. PARTENARIAT, COLLABORATION INTRA ET INTERSECTORIELLE</b> .....	157
<b>C. 2. CHRONOGRAMME, SUIVI ET EVALUATION</b> .....	157
<b>D. CONCLUSION</b> .....	<b>159</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>160</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>161</b>

