

REPUBLIQUE DU CONGO
Unité* Travail* Progrès

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

**PLAN NATIONAL INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES
MALADIES NON TRANSMISSIBLES AU CONGO**

2013-2017



Avril 2013

SOMMAIRE

Ordre	Titres	Pages
	Préface	3
	Liste des abréviations	4
I.	Introduction	5
II.	Contexte et justification	6
III.	Généralités sur le Congo	6
IV.	Situation sanitaire nationale	8
V.	Situation actuelle de la lutte contre les MNT	16
VI.	Objectifs du plan	17
VII.	Résultats	17
VIII.	Cibles	17
IX.	Domaines d'interventions	17
X.	Domaines d'actions prioritaires	18
XI.	Cadre de mise en œuvre	19
XII.	Mobilisation des ressources	20
XIII.	Suivi et évaluation	20
XIV.	Budget estimatif	21
XV.	Annexes.	22

PREFACE :

Au Congo, la protection et la promotion de la santé constituent un droit fondamental de la personne humaine. La santé, composante indissociable et instrument du développement socio économique, représente un secteur d'investissement et doit de ce fait obéir aux règles d'utilisation rationnelles de ressources afin que le meilleur état de santé de la population soit le garant de la prospérité, du développement économique et social du pays.

Les maladies non transmissibles sont représentées par, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires chroniques, le diabète, les cancers et autres comme l'insuffisance rénale, la drépanocytose, les affections mentales, l'épilepsie, les démences, les traumatismes et violences et leurs facteurs de risque ont actuellement un impact majeur sur la santé dans la région africaine y compris le Congo. Ces maladies qui constituent un problème croissant de santé publique dans la Région africaine de l'OMS et représentent une charge socioéconomique importante pour les pays, méritent une action concertée et coordonnée qui inscrit la prévention des maladies non transmissibles et leur lutte dans les initiatives globales de développement et les décisions y relatives.

En 2008, elles ont été responsables du décès de 2,8 millions (référence) de personnes dans la région africaine de l'OMS. Selon les projections, les décès suites à ces affections représenteront 65% des décès dans le monde en 2020, alourdissant ainsi la charge déjà considérable des maladies transmissibles. Cette double charge de la maladie requiert des approches concomitantes et des interventions simultanées.

En Afrique et en particulier au Congo, les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque sont étroitement liés à la pauvreté. Ces maladies étant en grande partie évitable, il est possible de réduire considérablement le nombre de décès prématurés par des interventions efficaces dirigées contre les facteurs de risque qu'ils ont en commun.

Dans le cadre de la réduction de l'exposition aux facteurs de risque communs modifiables et de renforcement des soins de santé à l'intention des personnes atteintes, un plan national de lutte contre les maladies non transmissibles est élaboré pour une période de 5 ans (2013-2017). Il sera mis en œuvre dans le contexte d'une collaboration intersectorielle et de partenariat afin d'accroître l'efficacité et d'éviter le chevauchement des efforts.

Nous osons espérer que la mise en œuvre de ce plan contribuera à amener le Congo vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement et des orientations clairvoyantes du Président de la République contenues dans son projet de société « le chemin d'avenir ».

Ministre de la Santé et de la Population

François IBOVI

LISTE DES ABREVIATIONS

ACEEF :	Association Congolaise pour le Bien-être Familial
CHUB :	Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville
SCAS :	Service de Coordination des Actions Sanitaires
FSS :	Faculté des sciences de la santé
CSS :	Circonscription Socio-Sanitaire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
MNT :	Maladies Chroniques Non Transmissibles
HTA :	Hypertension Artérielle
Km :	Kilomètre
PIB :	Produit Intérieur Brut
US \$:	Dollar américain
PNI T :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
IST :	Infections Sexuellement transmissibles
IRA :	Infections Respiratoires Aigues
CAP :	Capacités Aptitudes Pratiques
CSI :	Centre de Santé Intégrée
DTCP :	Diphtérie tétanos Coqueluche Poliomyélite
VAI :	Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT :	Vaccin Anti-Tétanique
FHVE :	Fièvre Hémorragique à Virus Ebola
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PNIS :	Programme National de Développement Sanitaire
SMNT :	Service de Maladies Transmissibles et Non Transmissibles
FDR :	Facteur De Risque
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
TA :	Tension Artérielle
IEC/CC :	Information Education Communication pour le Changement de Comportement
LCD :	Vidéo projecteur
GVT :	Gouvernement
PM :	Pour Mémoire
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
HR :	Hôpital de Référence
JPO :	Journée Porte ouverte
TV :	Télévision
CFA :	Communauté financière d'Afrique
HPV :	Herpes Papillomavirus
CDT :	Centre de diagnostic et de traitement
GYTS :	Surveillance globale du tabac chez les jeunes
TPM+ :	Tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive
CEEAC :	Communauté économique des Etats de l'Afrique centrale
CEMAC :	Communauté économique et monétaire de l'Afrique Centrale
OCEAC) :	Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale
NEPAD :	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
STEPS :	Social, Technological and Environmental Pathways to Sustainability

X. INTRODUCTION

La charge représentée par les maladies non transmissibles (MNT) augmente rapidement en Afrique ; ces dernières sont devenues un problème majeur de santé publique. Leurs répercussions socio-économiques sont lourdes en terme de coût, de soins de santé et de productivité nationale sur les individus, les familles et la communauté.

A l'échelle mondiale, la mortalité due aux maladies non transmissibles devrait encore augmenter de 17% au cours des 10 prochaines années, l'Afrique devant enregistrer la progression la plus forte (24%).

On estime qu'en 2005, les maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les affections respiratoires chroniques ont provoqué 60% des décès dans le monde et 80% de ces décès sont survenus dans les pays à revenu faible. Les principales maladies non transmissibles constituent une sérieuse menace pour les systèmes de santé.

Selon la Déclaration de Brazzaville en avril 2011 sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la région africaine de l'OMS, sont considérées comme maladies non transmissibles les affections suivantes :

1. Les maladies cardiovasculaires,
2. Le diabète,
3. Les cancers
4. Les affections respiratoires chroniques
5. Les hémoglobinopathies (drépanocytose),
6. Les affections mentales
7. Les violences,
8. et des traumatismes.
9. Les maladies buccodentaires et oculaires¹

Les accidents vasculaires cérébraux constituent actuellement une préoccupation majeure de santé publique.

L'incidence de ces MNT est liée, en dehors des facteurs physiologiques et génétiques à l'exposition aux facteurs de risque. Ces facteurs de risque constituent une priorité en raison de leur impact sur la morbidité et la mortalité. Cet impact peut être modifié par la prévention primaire.

Les MNT étant en grande partie évitable, il est possible de réduire considérablement le nombre des décès prématurés qui contribue le plus à la mortalité dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires par des mesures appropriées d'accompagnement entreprises à temps: renforcement du système de santé, sensibilisation et information des populations pour le changement des comportements.

Ainsi, l'OMS dans la stratégie de la Région africaine en matière de maladies non transmissibles, propose de renforcer la capacité des Etats membres à définir des politiques et à mettre en œuvre des programmes de lutte contre les MNT en ayant recours à des approches multidisciplinaires et multisectorielles élargies.

A cet effet, le Ministère en charge de la santé a inscrit comme priorités, la définition d'une politique et l'élaboration d'un plan stratégique intégré de lutte contre les MNT.

¹ Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles de l'OMS (avril 2011)

II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Selon la stratégie de l'OMS relative à la prévention et la lutte contre les MNT dans la Région africaine, le nombre de décès lié aux maladies chroniques était de 35 millions en 2005 dont 60% dus aux MNT.

La charge de la morbidité et de la mortalité imputable aux MNT s'alourdit d'année en année, en 2020, 60% des décès feront suite à une MNT contre 41% en 1990. Cette menace grandissante est une cause de pauvreté qui retarde le développement économique des pays. Environ 80% des décès dus aux MNT surviennent dans le pays à revenu faible ou moyen

Des facteurs de risque communs et évitables sont responsables de la majorité de ces MNT.

Au Congo, les données sur les MNT sont insuffisantes et de nature hospitalière faute d'études conséquentes.

Les données statistiques des supports du système national d'information sanitaire ne permettent pas à ce jour de disposer d'informations appropriées sur les MNT.

La disponibilité des médicaments est l'un des principaux problèmes pour la prise en charge des MNT

Certains équipements essentiels dans la prise en charge des MNT et de leurs complications ne sont pas disponibles.

Dans le cadre des ressources humaines, l'effectif du personnel de santé formé et qualifié est insuffisant.

Les facteurs de risque sont connus dans notre pays. On assiste à la consommation abusive d'alcool, et du tabac surtout en milieu jeune. Moins des congolais pratique la marche. Il y'a une faible consommation des fruits /légumes.

La lutte contre les maladies non transmissibles requiert un environnement confortable en termes de système de santé et de partenariat. Malgré les atouts et des opportunités existants, les faiblesses organisationnelles et structurelles pénalisent cette lutte. Le plan de lutte contre les MNT comble le vide existant dans les approches stratégiques de prévention intégrée des MNT et de la promotion de la santé des populations.

Le plan est donc globalisant, rationnel, participatif et d'un meilleur rapport coût efficacité.

III. GÉNÉRALITÉS SUR LE CONGO

1- Situation géographique

La République du Congo a une superficie de 342.000 km². Bordée par l'océan atlantique sur une longueur de 170 Km, elle est située sur la côte occidentale de l'Afrique centrale, à cheval sur l'équateur. Elle s'allonge sur la rive droite du fleuve Congo et de son affluent l'Oubangui. Elle est limitée au Nord par la République Centrafricaine et le Cameroun, à l'Est et au Sud par la République Démocratique du Congo et la République d'Angola (enclave du Cabinda), et à l'Ouest par la République Gabonaise et l'Océan Atlantique.

Elle est située dans la zone des climats chaud et humide. Elle reçoit des précipitations moyennes de l'ordre de 1500 mm au sud et près de 2000 mm au nord. La température moyenne se situe autour de 25° C.

2- Situation démographiques

En 2005, la population congolaise était estimée à 3 551 500 habitants², avec une densité moyenne d'environ 10,4 habitants au km². Cette population concentrée dans les principales villes est majoritairement jeune. Le taux de croissance démographique annuel est de 2,6% (2005)³.

²CNSEE (2006) Enquête congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté (ECOM 2005).

Cette population est inégalement répartie entre les zones rurales (43%) et les zones urbaines (57%). Plus de 61% de la population sont concentrés dans les deux plus grandes villes du pays (Brazzaville, Pointe-Noire). Ce phénomène est imputable à la présence des principales structures socio-économiques nationales dans ces agglomérations.

L'espérance de vie à la naissance (51,9 ans)⁴. Le taux de fécondité est élevé ; l'indice synthétique est égal à 6,3. Le taux de natalité est estimé à 44,4 pour mille. Il induit une croissance démographique importante dont le taux est de l'ordre de 3,8%. Une telle évolution démographique pourrait se traduire par un doublement de la population congolaise tous les 25 ans.

3- Situations administratives et économiques

Le territoire national est structuré en 12 départements, en communes, en arrondissements, en districts administratifs, en quartiers, en zones, en blocs et villages.

L'économie se repose sur l'exploitation des hydrocarbures le long de la côte Atlantique ; cette activité représente environ 90 % des exportations du pays [8]. La production est de l'ordre de 240 000 barils par jour, dont la plus grande partie est assurée par les sociétés Total (champs de Nkossa, Libondo, et surtout Moho Bilondo, entré en production en avril 2008), ENI et Maurel & Prom, en partenariat avec la Société nationale des pétroles du Congo.

Le bois représente une part importante des exportations du Congo, dont la surface est couverte de forêts à près de 60 %, pour un total de vingt-un millions d'hectares.

La plus grande partie de la production agricole (manioc, fruits et légumes) est consommée localement. Néanmoins, la Société agricole et de raffinage industriel du sucre (SARIS), implantée à Nkayi, dans la Bouenza, commercialise ses produits dans d'autres pays d'Afrique centrale.

L'activité industrielle, peu développée, repose sur la production de biens principalement destinés à la consommation locale : cigarettes, ciment, textile, savon, boissons alcoolisées.

Le gouvernement a signé le 6 décembre 2004 un accord avec le Fonds monétaire international au titre de la Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance (FRPC)⁵ pour la période d'octobre 2004 à septembre 2007. La FRPC a deux principaux objectifs, à savoir :

- assurer la stabilité du cadre macro-économique afin de stimuler une croissance économique durable génératrice d'emplois et de revenus ;
- réduire la pauvreté visant essentiellement à promouvoir la croissance économique et à améliorer les conditions de vie des populations:
 - la bonne gouvernance et la transparence dans les principaux secteurs économiques ;
 - la construction des infrastructures économiques de base ;
 - le développement de l'agriculture ;
 - le financement prioritaire des projets sociaux dans l'éducation et la santé.

2.1 Politique nationale et organisation sanitaire

1- Politique nationale de santé

Au Congo la protection et la promotion de la santé constituent un droit fondamental de la personne humaine. La santé, composante indissociable et instrument du développement socioéconomique, représente un secteur d'investissement et doit de ce fait obéir aux règles d'utilisation rationnelles des ressources afin que le meilleur état de santé de la population soit le garant de la prospérité, du développement économique et social du pays.

³ Rapport BE2005.

⁴ PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain*, 2005.

⁵ Pour un montant total équivalent à 54,99 millions de DTS (soit 65% de la quote-part du Congo) et environ 44,3 milliards de francs CFA.

2- Organisation et fonctionnement du système de santé

Le secteur de la santé du Congo comprend deux composantes essentielles: le secteur public constitué des structures de gestion, de soins et d'appui sous tutelles soit du ministère en charge de la santé, soit des autres départements ministériels et le secteur privé composé des structures privées à but non lucratif (ONG, Associations, Confessions religieuses) et celles à but lucratif. Ce système s'articule autour de trois niveaux opérationnels hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau comprend une structure d'administration et de gestion.

Le système de santé est administré par le Ministère en charge de la Santé, lequel est structuré en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique, conformément aux textes en vigueur⁶.

2.1 Niveau central

Le niveau central a un rôle stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources.

Il comprend le Cabinet du ministre en charge de la santé, les directions rattachées, l'Inspection Générale de la Santé, la Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de la Population et les Directions des Organismes sous tutelle (CHU, LNSP, CNTS). Les directions et l'inspection générales sont composées de directions ou inspections divisionnaires.

2.2 Niveau intermédiaire

Il comprend les directions départementales de la santé composées chacune des services suivants: actions sanitaires, études, planification et formation, administration, finances, personnel et matériel, les secteurs opérationnels et les services d'hygiène.

2.3 Niveau périphérique et opérationnel

Il est représenté par les Circonscriptions socio sanitaires (CSS). Une CSS est composée d'un réseau de formations sanitaires ambulatoires, tant publiques que privées (centre de santé, CSI, cabinets médicaux, centres médico-sociaux) soutenues par un hôpital de référence. La CSS est administrée par une Equipe cadre chargée de planifier, de mettre en œuvre les activités et de gérer ses ressources.

IV. SITUATION SANITAIRE NATIONALE

1- Etat de santé de la population

1.1. Ampleur de la mortalité

Les indicateurs démographiques et de santé du Congo⁷, mettent en évidence l'état préoccupant de la santé de la population. Il en est ainsi de l'espérance de vie, des taux de mortalité infantile, de mortalité infanto-juvénile, de mortalité maternelle et de la prévalence des malnutritions, notamment celles des enfants.

Selon le rapport annuel 2010 de la DGS se basant sur les enquêtes réalisées au niveau de toutes les formations sanitaires publiques et privées, la tendance de la mortalité maternelle est estimée à 197 décès pour 100.000 naissances vivantes et de la mortalité infanto-juvénile est de 2 décès pour 1000 naissance vivantes.

⁷ PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2005 et CNSEE : Enquête démographique et de santé 2005

L'enquête démographique et de santé réalisée en 2005, révèle que 26 % des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique et 14 % d'entre eux ont une insuffisance pondérale⁸, et la prévalence moyenne des petits poids de naissance est égale à 13,3 %.

1.2. Facteurs associés à la mortalité infanto-juvénile

Les niveaux de mortalité infantile et de mortalité maternelle dépendent d'un grand nombre de facteurs dont l'influence indépendante est difficile à déterminer. Il convient cependant d'établir pour guider les politiques de santé dans le cadre des stratégies de réduction de la pauvreté.

Au Congo, l'analyse des déterminants de la mortalité des enfants, confirme l'impact des conditions socioéconomiques. C'est ce que confirment les données de l'enquête démographique et de santé 2005 qui établissent une corrélation entre la mortalité des enfants et les caractéristiques socioéconomiques.

2.2. Situation épidémiologique

Le profil épidémiologique est marqué par la prédominance des maladies infectieuses dont le Paludisme occupe toujours le premier rang, la tuberculose, l'infection à VIH/SIDA, la recrudescence des autres maladies transmissibles en particulier les maladies tropicales négligées (trypanosomiase, schistosomiase, ulcère du Buruli, Pian, lèpre) les maladies émergentes

2.2.1. Maladies transmissibles

2.2.1.1. Paludisme

La situation du paludisme au Congo est préoccupante. En mars 2008, a commencé la gratuité des soins et en 2009, 85,2% C'est ainsi que le Gouvernement a élaboré une politique de la gratuité des soins pour les femmes enceintes, les enfants de 0 à 15 mois et pour le paludisme grave dans les hôpitaux.

Au terme du 1^{er} semestre 2011, il a été notifié 107758 cas et 185 décès pour tout le pays.

2.2.1.2. Tuberculose

En 2009, 9 935 cas ont été détectés, on a notifié 3884 cas TPM+, 3398 cas de TPM- et 2653 cas de TEP

2.2.1.3. Infection à VIH et le Sida

Selon les résultats de l'enquête réalisée en 2009⁹, le taux de prévalence du VIH dans la population générale des femmes et des hommes de 15-49 ans estimée à 3,2%.

Ce taux est environ deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes : 4,1% des femmes ont séropositives contre 2,1% des hommes.

2.2.1.4. Infections sexuellement transmissibles (IST) (actualiser)

En 2003, près de 17 734 cas d'infections sexuellement transmissibles ont été notifiés par les formations sanitaires. La séroprévalence de la syphilis a été estimée à 5% (source). Le caractère de maladies honteuses attribué aux IST conduit souvent à une automédication, ce qui laisse penser que ces données notifiées sont en dessous de la réalité.

2.2.1.5. Infections respiratoires aiguës (IRA)

En 2002, les IRA représentaient 29,8% des causes de décès des enfants de moins de 5 ans enregistrés dans les hôpitaux. En 2005, les données de la carte sanitaire indiquent que les IRA étaient au second rang des motifs de consultation chez les enfants de moins de 5 ans avec 7,1% des cas.

⁸NUD : Rapport mondial sur le développement humain 2005
⁹Rapport de l'enquête ESISC-I 2009.

Les IRA ont constitué le deuxième motif de consultation après le paludisme. La prévalence des IRA a été de 26368 cas au terme du 1^{er} semestre 2011. L'incidence de décès a été de 64 cas.

2.2.1.6. Maladies diarrhéiques

En 2005, les maladies diarrhéiques arrivaient au cinquième rang de la hiérarchie des principales causes de décès dans les hôpitaux. L'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale au niveau des ménages est passée de 41%, en 1994, à 64%, en 2005.

La prévalence des diarrhées a été de 8907 cas au terme du 1^{er} semestre 2011. L'incidence de décès a été de cinq cas.

2.2.1.7. Trypanosomiase humaine africaine

Les campagnes de prospection des foyers ont permis d'examiner 12907 personnes et enregistrés 34 nouveaux cas.

Ainsi en 2009, nous avons 14486 personnes examinées et 87 personnes sont malades.

2.2.1.8. Schistosomiase urinaire

Elle sévit dans plusieurs foyers : Brazzaville, Pool, Bouenza, Lekoumou, Niari, Kouilou et Sangha. avec des taux de prévalence qui varient entre 5 et 35% en milieu scolaire. Une recrudescence de la schistosomiase a été observée dans les anciens foyers du Niari, de la Bouenza, du Kouilou et s'accompagne d'une extension de la maladie dans d'autres départements, notamment ceux de la Lekoumou.

2.2.1.9. Lèpre

En 2009, 145 cas ont été enregistrés soit un taux de prévalence de 0,98 pour 10.000 habitants. Le seuil d'élimination est entrain de remonter.

2.2.1.10. Ulcère de Buruli

L'ulcère de Buruli sévit dans les départements du Kouilou, de Pointe-Noire, du Niari, de la Bouenza, du pool et de la Cuvette. 137 cas ont été notifiés en 2009.

2.2.1.11. Onchocercose

L'onchocercose sévit principalement dans le bassin du fleuve Congo avec son affluent le Djoué, le bassin du fleuve Kouilou-Niari et le bassin de l'Oubangui. Les deux premiers sont hyper endémiques. 760.793 personnes ont été recensées en 2009 et 616.192 ont été traitées soit une couverture de 81%

2.2.1.12. Maladies évitables par la vaccination

Au cours des années 2005 et 2006, et même en jusqu'en 2009, les maladies évitables par la vaccination ont été, grâce à l'amélioration des taux de couverture vaccinale, réduites à des taux de prévalence assez bas. Quoique des efforts réels aient été accomplis dans l'amélioration de la couverture vaccinale, ces taux cachent des disparités d'un département à un autre et même à l'intérieur d'un même département.

Depuis 2010, on assiste à une recrudescence de certaines maladies à savoir : la rougeole et la poliomyélite.

2.2.1.12.1. Rougeole

Depuis 2010, on assiste à une recrudescence de la rougeole a été notifiée dans le pays faisant 805 cas dont l'épicentre a été située à Pointe-Noire. (cf. Rapport de PEV 2011).

2.2.1.12.2. Poliomyélite

En 2010, une épidémie de paralysie flasque aiguë sans précédent due au virus de la poliomyélite sauvage de type 1 a sévit au Congo atteignant 545 cas et 221 décès au 21 janvier 2011; soit respectivement un taux d'attaque de 60% des personnes dont l'âge est compris entre 15 et 29 ans et un taux de létalité de 41 %. L'épicentre de l'épidémie a été localisé principalement dans les départements de Pointe-Noire et du Kouilou.

2.2.1.12.3. Tétanos néonatal et maternel

Au premier semestre 2011, 1 cas de Tétanos néonatal et maternel a été notifié (TNM) (cf. Rapport de FEV 2011). Etant donné la faiblesse de la surveillance active et du système national d'information sanitaire dans son ensemble, une sous notification de la maladie est fort probable.

2.2.1.12.4. Fièvre jaune

En fin 2010, 106 cas d'ictère ont été notifiés au premier semestre contre 99 cas en 2006. Un cas très suspect en 2009 a bénéficié d'une investigation approfondie, avec l'appui de l'OMS. Il a été heureusement diagnostiqué négatif.

2.2.1.12.5. Méningites

En 2006, au total 163 cas dont 27 décès dus à la méningite purulente ont été enregistrés dans les formations sanitaires (cf. Rapport de DELM 2006). En dépit de ce que la méningite cérébro-spinale fait partie des huit maladies à potentiel épidémique, sa surveillance, n'est pas encore organisée. Les laboratoires de plusieurs hôpitaux de CSS ne disposent pas toujours de techniciens de laboratoire ayant une formation appropriée. Le plateau technique, les réactifs et consommables requis font également défaut.

2.2.1.12.6. Choléra

Au-delà de l'épidémie 2006-2007 dans les départements du Kouilou, de Pointe-Noire, de Brazzaville et de la Bouenza, au cours de laquelle il a été notifié 7 353 cas pour 109 décès enregistrés¹⁰, En 2011 une épidémie du cholera sévit le long du couloir du fleuve Congo faisant 497 cas avec 26 décès au 15 septembre 2011.

2.2.1.13. Maladies émergentes

2.2.1.13.1. Fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE)

Inconnue jusque là dans le pays, la fièvre hémorragique à virus Ebola a fait son apparition en 2001 dans le département de la Cuyette-Ouest qui a été le théâtre de quatre épidémies successives. En 2001, 57 cas ont été enregistrés avec une létalité de 73,7%. L'épidémie d'octobre 2002 à mai 2003 a été la plus meurtrière. 143 cas ont été notifiés avec une létalité de 89,5%. La troisième enregistrée de septembre 2003 à janvier 2004 a concerné 35 cas dont 29 décès et la dernière, avec 12 cas dont 9 décès, a été enregistrée en 2005.

2.2.1.13.2. Monkey pox

Une épidémie de Monkey pox a sévi dans le département de la Likouala en juin 2003. Dix (10) cas ont été notifiés et confirmés par le Center of diseases control (CDC) d'Atlanta. Aucun décès n'a été enregistré.

2.2.1.13.3. Grippe aviaire

Les épidémies de grippe saisonnière ont sévi dans le département de la Sangha, de la cuvette et du pool. 391 cas ont été enregistré avec zéro décès en 2009.

¹⁰ Comité National de coordination de lutte contre le choléra, Mai 2007

2.2.1.13.3. Grippe H1N1

Au 24 novembre 2009, il a été enregistré 4416 cas dont 28 ont été confirmés et décès enregistré sur l'ensemble du pays.

2.2.1.13.4. Chikungunya

Depuis la fin du mois de mai 2011, une épidémie de chikungunya affecte la population des quartiers sud de Brazzaville et du district de Goma Tsétsé (département du Pool). Cette épidémie a touché plus de 12000 cas dont 0 décès. Elle affecte toutes les tranches d'âge et tous les sexes et se caractérise par un tableau clinique marqué par un syndrome pseudo-grippal avec comme principaux symptômes la fièvre, les céphalées, les myalgies, les douleurs articulaires.

Au Congo, les données sur les MNT sont insuffisantes et de nature hospitalière faute d'études conséquentes. Les données parcellaires disponibles témoignent sans doute de l'ampleur du problème.

Depuis 2001, le département en charge de la santé a ciblé la surveillance de l'hypertension artérielle (HTA), du diabète sucré, de la drépanocytose, des cancers (du col de l'utérus, du sein et du foie) et du goitre endémique. Actuellement en 2011, d'autres maladies ont été ajoutées dans le plan intégré de la lutte contre les MNT : l'insuffisance rénale, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, l'asthme bronchique, la psychose délirante aiguë, la dépression, les accidents vasculaires cérébraux, les traumatismes et les violences puis les facteurs de risque.

2.2.2.1. Hypertension artérielle

En 2006, 4586 cas d'hypertension artérielle (HTA) ont été enregistrés. L'hypertension artérielle reste la première maladie cardiovasculaire observée chez l'adulte. Une enquête¹¹ sur l'hypertension artérielle et les autres facteurs de risque cardiovasculaires réalisée à Brazzaville en 2004 auprès de 2095 sujets révèle une prévalence globale égale à 32,5%. Cette prévalence est plus élevée chez les sujets âgés de 54-65 ans (68,2%) ; et une précocité du phénomène a été observée dans le groupe de 25-34 ans (19%). Enfin l'HTA est présente dans toutes les classes sociales, aussi bien dans les zones urbaines que rurales.

2.2.2.2. Diabète sucré

En 2004, 491 cas ont été enregistrés dont 6 décès dans les registres des services hospitaliers. Actuellement, On estime que le diabète sucré toucherait au moins environ 20 000 personnes, soit une prévalence de 7%.

2.2.2.3 Accidents vasculaires cérébraux

Les AVC représentent la première cause d'admission avec environ 53% de cas dans le service de neurologie. Le taux de létalité est d'environ 23% en moyenne. Il a été également constaté que le nombre total d'AVC admis dans ce service est passé de 257 en 2006 à 412 en 2010, avec un pourcentage de plus en plus important des sujets jeunes en pleine activité professionnelle. Cette augmentation est le fait non seulement du vieillissement de la population, mais aussi de la prévalence élevée des facteurs de risques vasculaires tels l'hypertension artérielle qui a été retrouvée chez un Congolais sur trois (rapport OMS enquête sur l'hypertension artérielle et les autres facteurs de risque cardiovasculaires à Brazzaville 2004).

2.2.2.4. Drépanocytose

Les conséquences sont lourdes sur le plan familial et socio-économique. Les chiffres souvent repris dans la littérature font référence aux travaux réalisés en 1986 et 2002 sur le sang du cordon chez les enfants de 0 à 5 ans à Brazzaville et/ou à des données relevées en milieu hospitalier*. Ainsi le taux

¹¹ G. Kimbally Kaky, *Enquête sur l'HTA et les autres facteurs de risque à Brazzaville*, juin 2004.

de prévalence de la gène 'S' est estimé à 22.5%. En 2005, le dépistage néonatal systématique des hémoglobinopathies réalisé à Brazzaville et à Pointe-Noire a montré des taux de 18,7% du gène S et 1,5% de nouveau-nés atteints de la forme majeure (SS) de la drépanocytose.

2.2..2.5.Cancers

En moyenne 80 à 90 nouveaux cas sont notifiés par année dans le registre des cancers du service de cancérologie du CHU de Brazzaville. Le cancer de la prostate arrive au premier rang, suivi respectivement de celui du sein, celui primitif du foie et celui du col de l'utérus. La plupart des malades arrivent à un stade très avancé de la maladie et très peu d'entre eux ont accès à un traitement.

Après douze années (1998- 2009) de fonctionnement du registre de cancers de Brazzaville, 6042 nouveaux cas de cancer soit une moyenne de 504 cas/an ont été notifiés et répartis comme il suit :

- 1-Cancer du sein : 90 nouveaux cas/an,
- 2-Cancer du col de l'utérus : 85 nouveaux cas/an,
- 3-Cancer primitif du foie : 70 cas/an,

En nota bene, Le rapport annuel du registre de 2010 montre le cancer de la prostate au 1^{er} rang de tous les cancers.

2.2..2.5. Maladies respiratoires

La prise en charge se fait essentiellement sur le mode curatif malgré les lourdes conséquences qu'elles présentent. Ces maladies ne bénéficient pas d'une prise en charge adéquate. Leurs facteurs de risque sont communs : le tabac, la pollution environnementale, le mode de vie. Ces facteurs sont modifiables.

2.2..2.7. Insuffisance rénale

Les conséquences sont lourdes sur le plan humain et socioéconomique. Une personne atteinte d'insuffisance rénale sévère a le choix entre « rester au Congo et mourir ou être évacuée et vivre définitivement à l'étranger ». Selon les données disponibles à la direction générale de la santé, 22 malades ont officiellement bénéficié d'indication d'évacuation sanitaire à l'étranger pour hémodialyse dans le cadre de la prise en charge de l'insuffisance rénale sur un total de 145 patients évacués soient 15%

Les problèmes majeurs sont d'ordre diagnostique et financier. Le diagnostic est souvent tardif parce que les maladies rénales sont silencieuses. Le traitement de suppléance est extrêmement coûteux, inaccessible aux populations : 250.000frs CFA en moyenne la séance de dialyse à raison de 3 séances par semaine. Le dépistage systématique et la prévention sont indispensables. Les facteurs de risque dans notre pays sont connus : le diabète, première cause d'insuffisance rénale au Congo (45% d'insuffisants rénaux sont des diabétiques d'après les statistiques hospitalières), l'hypertension artérielle, les médicaments et les infections.

2.2..2.8. Affections mentales

Les structures de santé mentale au Congo consistent en trois centres de consultations externes en santé mentale et un seul service de psychiatrie inclus dans le dispositif médical du CHUB. Il y a 1,87 personnel en santé mentale pour 100.000 habitants. Les dispositions en matière de santé mentale sont inexistantes ou inadéquates dans les structures de soins primaires. Le niveau de formation en santé mentale du personnel de santé au niveau primaire est faible. Il n'existe pas de mécanismes clairement définis de collecte et d'analyse des données au sein des structures de santé mentale au Congo Brazzaville. Seulement 0,0003% des dépenses de santé sont consacrées à la santé mentale.

Selon les données hospitalières, la fréquence des affections mentales sont croissantes.

En 2009 a été conduite à Bangui et à Brazzaville une étude en population générale, qui a mis en évidence une prévalence de 6,7% au Congo chez les personnes âgées de 65 ans au moins.

Selon les données hospitalières de 2009, la prévalence des épilepsies 13,2%

2.2.2.9 Traumatismes et violences

Les guerres récurrentes, les épidémies qui apparaissent de temps en temps, la pauvreté grandissante et les catastrophes naturelles sont au tant des maux qui contribuent au déséquilibre économique et psychosocial.

Cette situation de vulnérabilité s'accroît et prédispose certaines personnes aux traumatismes et à la violence. Ainsi il est constaté une consommation abusive des drogues ou un retrait social et une agressivité. Les tendances statistiques et optionnelles en sont une illustration : 13317 victimes de la violence et des traumatismes ont été répertoriées de 2004-2008 en fonction des 8 causes récurrentes (accidents, blessures de guerre, chute, coups et blessures volontaires ou involontaires, homicides volontaires suicides, viols).

2.2.2.10 Facteurs de risque

L'augmentation de l'incidence des MNT est aussi liée, en dehors des facteurs physiologiques et génétiques à l'exposition aux facteurs de risque comportementaux. Ces facteurs de risque constituent une priorité en raison de leur impact sur la morbidité, la mortalité et la possibilité de les modifier par la prévention primaire. La consommation des substances psychoactives fait couler de l'encre dans le pays. Le tabac et l'alcool sont des drogues licites.

En 2009, 15,6% des enfants de 13 à 15 ans consomment le tabac (GYTS 2009). Courant cette même année, une autre étude a révélé la consommation du tabac, alcool et médicaments psychotropes 8,8% (thèse de médecine)

En 2007, une étude réalisée au CHU de Brazzaville dans le service de Gastroentérologie a révélé 61 cas de cirrhose due à la consommation de l'alcool, 20 cas de décès dus à la cirrhose de foie. Pendant la même période, 63 patients admis dans le service de psychiatrie avaient reconnu avoir consommé de l'alcool et d'autres drogues. (Enquête sur l'alcool et la santé, 2007 à Brazzaville).

2.2.3. Santé de la reproduction

En dépit du taux de couverture en CPN évalué 88%¹² et des femmes assistées par un personnel qualifié pendant l'accouchement 86%¹³ le taux de mortalité maternelle reste élevé, estimé à 781 pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux de mortalité maternelle figure parmi les plus élevés des pays africains à développement humain moyen. Il est attribué principalement aux avortements provoqués (41%), aux complications infectieuses des césariennes (31,6%), aux hémomatémorragies (10%) et à l'éclampsie (8,5%). En sus de la faible qualité des soins et services fournis aux femmes pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, divers autres facteurs sont incriminés.

2.2.4. MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)

L'enquête sur l'HTA et les autres facteurs de risque cardiovasculaires effectués à Brazzaville en mai 2004 a donné la prévalence globale de l'HTA de 32,5% (n=2100), du diabète 7%, de la consommation de tabac 14%, de la consommation d'alcool 62,5%. Par contre cette même étude a révélé de bonnes habitudes alimentaires consommation des fruits et légumes : 84%, activité physique : 20,4%.

Selon les statistiques du registre des cancers du service de cancérologie du CHU de Brazzaville, en moyenne 400 à 450 nouveaux cas sont notifiés par année, tout siège confondu. Le cancer du col de l'utérus arrive au premier rang, suivi respectivement, par ceux du sein et du foie.

La drépanocytose a fait l'objet d'une étude, effectuée en 1986 sur le sang du cordon ombilical du nouveau-né ; elle a montré que 22,25% des sujets hétérozygotes et 1,25% homozygotes. Récemment, en 2005, le dépistage néonatal systématique des hémoglobinopathies réalisés à

¹² EDSC 1 2005 Congo/CNSEE.

¹³ EDSC 1 2005 Congo/CNSEE.

Brazzaville et à Pointe-Noire a montré des taux de 18,7% du gène 'S' et 1,5% des nouveau-nés atteints de la forme majeure(SS) de la drépanocytose.

2.2.5. Santé des adolescents et des jeunes

Les adolescents représentent près d'un tiers de la population avec une forte concentration en milieu urbain (56,6%). On note une précocité des rapports sexuels souvent non protégés (âge moyen 14 ans). Ceci corrobore avec la forte prévalence des grossesses chez les adolescentes (8,5%).

Pour promouvoir la santé des jeunes dont plus 80% fréquentent l'école, les pouvoirs publics avaient développé les services de santé préscolaire, scolaire et universitaire. Cependant, le déficit des connaissances en santé de la reproduction, l'absence des services adaptés et la faible utilisation des services en la matière exposent de plus en plus les adolescents à des comportements néfastes pour leur santé génésique : tabagisme, violence, consommation abusive d'alcool, des drogues et autres substances hallucinogènes. Une étude des Connaissances aptitudes et pratiques (CAP) réalisée en 2003, par la Direction générale de la population révèle que 67,7% des jeunes et adolescents n'ont pas de connaissance sur les services de santé reproductive, 75% ne fréquentent pas lesdits services, et 30,26% des adolescents ont recours à l'automédication pour traiter les IST.

2.2.6. Santé bucco-dentaire

L'enquête réalisée par la Direction de la santé de la famille en 2002 en milieu scolaire avait révélé que 30% d'élèves interrogés et examinés ont reconnu avoir souffert de la carie dentaire. Malheureusement cette étude n'avait pas permis d'apprécier la prévalence des autres affections bucco-dentaires telles que la stomatite gangreneuse, le noma, le cancer de la bouche, les manifestations bucco-dentaires de l'infection à VIH, les traumatismes et les kystes des maxillaires.

2.2.7. Maladies par carences nutritionnelles

2.2.7.1. Malnutritions sévères et aiguës

L'évaluation de l'état nutritionnel, réalisée en 1999¹⁴, a révélé que la prévalence moyenne des petits poids de naissance est égale à 13,3 %, elle varie de 13,6 % en milieu rural à 9,4 % en milieu urbain), la malnutrition chronique est observée auprès de 26% des enfants de moins de cinq ans. En outre la malnutrition sévère touche 1 adolescent sur 5.

2.2.7.2. Carences en micro nutriments

Les troubles liés aux carences en micro nutriments ont été observés ces dernières années. L'évaluation de l'état nutritionnel de 1998 a révélé l'ampleur des troubles dus à la carence en iode (TDCI) dont la prévalence moyenne est égale à 10,2%. Les départements les plus touchés sont la Likouala (19,1%), la Cuvette (15,8%) et la Sangha (13,3%).

Par ailleurs, les taches de Bitot sont observées en milieu urbain chez 6,2 % des enfants et 9,7 % des femmes. En milieu rural, ces prévalences s'élèvent respectivement à 12,6% et à 10,1%. Ces observations indiquent que la carence en vitamine A est un réel problème de santé publique au Congo, notamment dans certaines zones écologiques (Cuvette-Ouest, Plateaux, Pool, Lekoumou et Niari).

2.2.8. Santé mentale

Les pathologies mentales les plus courantes dans la Région africaine de l'OMS¹⁵ comprennent des troubles mentaux courants : la dépression, la schizophrénie, l'épilepsie, les problèmes de santé mentale des enfants, les troubles mentaux d'origine organique, les troubles dus aux stress post

¹⁴ MSI¹, URNAH, Médecins d'Afrique, *Situation nutritionnelle au Congo Brazzaville, Rapport d'enquête*, 2000.

¹⁵ OMS, *Stratégie régionale de la santé mentale*, 49^{ème} réunion du Comité régional pour l'Afrique, Windhoek, septembre, 1999.

traumatiques, l'usage et l'abus des substances psychoactives. En l'absence de données fiables, l'ampleur de ces pathologies est encore mal connue.

Toutefois, des facteurs aggravant la mauvaise santé mentale sont bien présents. Il s'agit des stress post traumatiques qui ont suivi les conflits sociopolitiques récurrents que le Congo a connus, l'augmentation du chômage, l'accroissement de la pauvreté au sein de la population, le manque de structures sociales pour assister les plus vulnérables, l'augmentation de la consommation des substances psychoactives, l'augmentation des actes de violence en particulier les viols de femmes et d'enfants, les ravages du VIH et du SIDA.

Afin de mieux faire face aux problèmes de santé mentale, le Congo dispose depuis 2002 d'une stratégie nationale de santé mentale dont la mise en œuvre gagnerait à être renforcée.

2.3- Principaux partenaires et domaines d'interventions dans le secteur de la Santé

Les agences du système des Nations unies, l'Union européenne et la Banque mondiale sont les principaux partenaires multilatéraux. La France, la Chine, l'Italie et les Etats-Unis représentent les principales coopérations bilatérales. Quelques ONG internationales et locales interviennent aussi dans le secteur de la santé, notamment comme agences d'exécution au niveau opérationnel. Les plus importantes sont: Médecins sans frontière (MSF), sections France et Hollande, Nueva frontera, Croix rouge, Association Congolaise pour le Bien-être Familial (ACBEF) et Médecins d'Afrique.

Le Congo est membre de la Communauté économique des Etats de l'Afrique centrale (CEEAC), de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC) et de l'Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC), organisme spécialisé de la CEMAC en matière de santé. Ces institutions communautaires assurent la mise en œuvre de la composante Santé du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) et des politiques et stratégies régionales de lutte contre les endémies et épidémies, notamment le paludisme, la tuberculose, et l'infection par le VIH. L'OCEAC participe à la formation des gestionnaires des systèmes et des programmes de santé de l'Afrique centrale et à la recherche opérationnelle en santé.

De nombreuses ONG nationales (Diabaction, FCA, ACSPC, Croix bleue) ont signé des accords de partenariat avec le ministère en charge de la santé. Elles interviennent principalement dans les domaines de l'information, l'éducation et la communication pour la santé, la promotion de la santé, la lutte contre le VIH/SIDA, le développement communautaire, l'organisation des soins et la prestation de services divers. Certaines d'entre-elles travaillent en partenariat avec les agences du système des nations unies et des organismes de coopération bi et multilatérale (ACBEF, médecins d'Afrique, urgence d'Afrique, etc.).

V. SITUATION ACTUELLE DE LA LUTTE CONTRE LES MNT

La lutte contre les maladies non transmissibles requiert un environnement confortable en termes de système de santé et de partenariat. L'Etat des lieux se présente comme il suit :

1- Atouts

- Volonté politique
- Existence de la politique nationale de santé.
- Existence du plan national de développement sanitaire (PNDS).
- Volonté affirmée des Etats de la région africaine (Déclaration de Brazzaville)
- Appui financier des partenaires au développement dont principalement l'OMS
- Engagement dans l'approche STEPS de l'OMS
- Engagement des ONG locales

2- Faiblesses

- Absence de politique nationale sectorielle sur les MNT ;
- Absence d'un programme national intégré de lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque
- Absence d'une ligne budgétaire gouvernementale spécifique pour les MNT
- Faible niveau de couverture et l'insuffisance des équipements pour la prise en charge des MNT_Faiblesse du plateau technique et des structures appropriées au niveau des formations sanitaires
- Faible capacité de surveillance des MNT
- Insuffisance des aires pour la pratique du sport ou de l'exercice physique
- Absence d'un plan stratégique de lutte contre les MNT
- Système national d'information sanitaire peu performant
- Faible responsabilisation des individus, des familles et des communautés dans la promotion de la santé
- Faible disponibilité et faible accessibilité aux médicaments, dispositifs de surveillance et consommables
- Absence de collaboration du secteur de santé avec les services connexes
- Caducité des lois existantes (la loi sur la consommation de l'alcool, sur la détention du cannabis)
- Non vulgarisation/promulgation des lois
- Manque de centre de désintoxication
- Insuffisance du personnel en qualité et quantité
- Absence de centre de posture ;
- Faible appui aux activités de la mobilisation sociale.
- Faible implication des communautés
- Existence des publicités mensongères pour les aliments et les boissons qui pourraient exploiter l'inexpérience ou la crédibilité des enfants ;
- Faible accessibilité aux aliments de bonne qualité.

3- Opportunités

- Existence des ONG et associations qui œuvrent pour le développement de la santé ;
- Disponibilité des leaders d'opinion ;
- Appui par les partenaires ;
- La tenue à Brazzaville de la réunion sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la région africaine de l'OMS ;
- Ratification des plusieurs conventions (la convention des nations unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes de 1988, la convention unique sur les stupéfiants de 1961, la convention de 1971 sur les substances psychotropes et la convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.
- Existence d'un comité technique interministériel de lutte antitabac ;

4- Risques

- Focalisation des efforts du gouvernement sur les maladies transmissibles (infectieuses et parasitaires)
- Intention de la mise en place des programmes spécifiques par pathologie.

VI. -OBJECTIFS DU PLAN

1 - OBJECTIF GENERAL

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations par la réduction de la morbi-mortalité liée aux MNT.

2 - OBJECTIFS SPECIFIQUES

Les objectifs spécifiques retenus à terme sont :

- Renforcer le cadre institutionnel, législatif et réglementaire des MNT et leurs facteurs de risque ;
- Renforcer les compétences du personnel et des services ;
- renforcer les capacités de la promotion de la santé/prévention des MNT et leurs FDR ;
- Développer le partenariat avec les institutions impliquées dans la lutte contre les MNT ;
- Renforcer la recherche opérationnelle, le suivi et l'évaluation

VII. RESULTATS

Les résultats attendus sont :

- le cadre institutionnel, législatif et réglementaire des MNT et leurs facteurs de risque est renforcé ;
- les capacités diagnostiques et thérapeutiques sont renforcées ;
- le taux de morbidité et de mortalité des MNT sont réduits ;
- les communautés acquièrent des bonnes pratiques de prévention des MNT et de la promotion de la santé ;
- le partenariat avec les institutions impliquées dans la lutte contre les MNT est développé ;
- la recherche opérationnelle, le suivi et l'évaluation sont renforcés.

VIII. CIBLES

Dans le cadre de la lutte contre les MNT, toutes les couches de la société sont concernées.

IX. DOMAINES D'INTERVENTIONS

Les différents domaines s'appliquent sur toutes les pathologies ciblées par ce plan les accidents vasculaires cérébraux et les affections retenues par la déclaration de Brazzaville.

Sept domaines d'intervention sont retenus pour la mise en œuvre de ce plan :

- Le renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles à tous les niveaux du système de santé, y compris la communauté ;
- Le renforcement de la communication/mobilisation sociale ;
- Le développement du partenariat de l'approche public privé ;
- La promotion des activités de lutte contre les MNT et les facteurs de risque ;
- La mise en place des mécanismes de financement ;
- Le renforcement du système de suivi, d'évaluation
- La promotion de la recherche opérationnelle sur les MNT et les FDR

X. - DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES

1. Renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles à tous les niveaux du système de santé, y compris la communauté

1.1- Le renforcement des capacités institutionnelles se fera de la manière suivante :

- Création d'un programme national intégré de lutte contre des MNT et leurs facteurs de risque
- Elaborer/valider des textes législatifs et réglementaires du programme intégré de MNT et leurs FDR
- Elaborer /valider les textes réglementant la publicité transfrontalière
- Elaborer/valider les textes législatifs et réglementaires en matière de production, commercialisation et consommation de tabac, d'alcool et des aliments riches en graisses
- Vulgariser des textes législatifs

1.2 - Le renforcement des capacités opérationnelles à tous les niveaux

- Formation du personnel à tous les niveaux ;
- Equipement des structures de prise en charge ;
- Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments et consommables
- Développement des aires et pistes pour la pratique de l'exercice physique
- Mettre en place des structures de sevrage pour le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool

2. **Renforcement de la communication/mobilisation sociale**

- Elaboration d'un plan de plaidoyer pour la communication
- Organisation des réunions de plaidoyer et de sensibilisation des leaders communautaires, et des autorités politico administratives.
- Production des supports d'IEC en matière des MNT et des facteurs de risque

3 - **Développement du Partenariat Public Privé**

- Intégration des activités de lutte contre les MNT dans les formations sanitaires publiques, privés et confessionnelles ;
- Organisation des réunions tripartite d'échange d'expérience ;
- Promouvoir la production locale et la consommation des fruits et légumes

3 **Promotion des activités de lutte contre les MNT et les facteurs de risque**

- Organisation des journées promotionnelles de lutte contre les MNT et les facteurs de risque ;
- Production du bulletin trimestriel sur les MNT et leurs facteurs de risque ;
- Création d'un site Web
- Développement de la collaboration avec les tradipraticiens

4 **Mise en place des mécanismes de financement**

- Assurer le plaidoyer pour le financement du programme
- Organiser des tables rondes pour la mobilisation des ressources
- Soutenir les ONG et Associations pour l'assistance aux malades
- Promouvoir la subvention des médicaments et consommables pour la prise en charge des MNT

5 - **Renforcement du système de suivi, d'évaluation et de recherche**

- Organisation d'une évaluation initiale ;
- Elaboration des outils de gestion et de collecte des données ;
- Organisation des missions de supervision/monitorage
- Organisation des réunions d'évaluation
- Organisation des études sur les MNT et leurs facteurs de risque

XI. - CADRE DE MISE EN ŒUVRE

La responsabilité de mise en œuvre de ce plan incombe au ministère de la santé dont l'organe technique est la DELM à travers le programme intégré des maladies non transmissibles. Il sera mis en œuvre à travers les différents niveaux de la pyramide (Central, intermédiaire et périphérique) et le niveau communautaire.

Le cadre comprend la coordination du programme intégré et les structures de prise en charge selon les différents niveaux de la pyramide.

Coordination

La coordination du programme intégré est organisée au niveau central, intermédiaire et périphérique.

Niveau central

Le programme assurera la coordination nationale pour la mise en œuvre et le suivi des activités :

- La coordination des activités des MNT et leurs facteurs de risque (FDR)
- L'élaboration des politiques, plans stratégiques relatifs à la prévention et au contrôle des MNT
- La coordination des appuis des partenaires au développement pour une utilisation optimale et efficace des ressources
- La mise en place d'un fonds national pour soutenir le programme dans la mise en œuvre de ses activités
- La formation/recyclage des agents de santé.
- Suivi et évaluation (création d'un observatoire national pour suivre l'évolution des déterminants sociaux, des comportements et facteurs de risque)
- La recherche opérationnelle

Niveau intermédiaire

Il est représenté par les Directions départementales de la santé qui sont responsables de l'appui technique nécessaire aux CSS dans l'élaboration des plans opérationnels annuels, le suivi de leur mise en œuvre et leur évaluation.

Niveau périphérique

Il est représenté par les CSS et devront élaborer chaque année des plans opérationnels en partenariat avec la communauté.

Structures de prise en charge

Il s'agit des hôpitaux de base, hôpitaux de référence, hôpitaux d'entreprises et privés. A ce niveau il y aura :

- Développement des activités en relation avec la prise en charge des MNT dans les structures des soins
- Développement des activités de formation et de recherche sur les MNT et les FDR
- Développement des activités de prévention des MNT dans les structures de soins
- Création d'un observatoire national et départemental pour le suivi de l'évolution des déterminants sociaux, des comportements et des facteurs de risque
- Intégration dans les instances des hôpitaux et des instances départementales le suivi et l'évaluation des activités liées aux MNT

XII. - MOBILISATION DES RESSOURCES

La mobilisation des ressources se fera à partir d'une plateforme composée de la population, des partenaires multilatéraux et bilatéraux, les ONG internationales, la société civile et les autres partenaires au développement.

Le financement sera possible par le relèvement substantiel de la part accordé aux MNT dans le budget de l'Etat.

Les systèmes nationaux de protection sociale et de solidarité seront encouragés à prendre en compte les MNT.

XIII. - SUIVI ET EVALUATION

Le système de suivi/évaluation du plan permettra de suivre l'évolution des résultats et l'impact des interventions..

Le suivi se fera par la supervision des activités au niveau opérationnel par les équipes cadres des CSS, des départements au niveau des structures sanitaires publiques que privées. Le monitoring et l'élaboration des rapports périodiques de résultats (rapports mensuels d'activités, rapports administratifs trimestriels d'activités, réunions de coordination).

Pendant l'exécution du plan sont prévues une évaluation initiale, à mis parcours et finale.

L'évaluation à mis parcours portera sur les indicateurs d'intrants et de résultats. Les outils et les supports conçus à cet effet sont des trois ordres à savoir : la fiche de suivi des réalisations, les rapports comptables semestriel et annuel et le tableau de bord des interventions du plan.

L'évaluation initiale et finale se fera sous forme d'une enquête qualitative et quantitative.

L'enquête quantitative portera sur les indicateurs de résultats et sur les indicateurs d'impact.

Il sera mis en place un comité de pilotage pour le suivi et l'évaluation du plan.

Le document de politique nationale sur les MNT sera annexé à ce présent plan

XIV. - BUDGET ESTIMATIF (voir annexe)

Le budget estimatif du plan intégré des MNT est de deux milliards soixante quinze millions six cent milles neuf cent six **(2.075.600.906) Francs CFA**

ANNEXES

CADRE LOGIQUE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2012-2016

Domaines d'intervention	stratégies	Activités/Tâches	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	PS : programmes spécifiques					Responsables	
						Chronogramme	A1	A2	A3	A4		A5
renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles à tous les niveaux du système de santé, y compris la communauté	1.1 renforcement des capacités institutionnelles	Redynamiser le programme national intégré de lutte contre des MNT et leurs facteurs de risque	Le programme de lutte contre les MNT est créé	Existence du programme	Arrêté portant création du programme	x						MSP/DGS/DELM/ Programmes spécifiques
		Elaborer des textes législatifs et réglementaires	Les textes sont élaborés et validés	Existence des textes législatifs et réglementaires	Rapports Liste des participants	x						MSP/DGS/DELM /PS Parlement
		Elaborer /valider les textes réglementant la publicité transfrontalière	Les textes sont élaborés et validés	Existence des textes législatifs et réglementaires	Rapports Liste des participants	x						MSP/DGS/DELM/PS Parlement
		Elaborer/valider les textes législatifs et réglementaires en matière de production, commercialisation et consommation de tabac, d'alcool et des aliments riches en graisses saturée	Les textes sont élaborés et validés		Rapports Liste des participants	x						MSP/DGS/DELM/PS Parlement
		Vulgariser des textes législatifs	Les textes validés sont vulgarisés		Rapports	x						MSP/DGS/DELM Parlement
		Former le personnel à tous les niveaux	Le personnel est formé à tous les niveaux sur la prévention et la prise en charge des MNT	Nbre des formations réalisées Nbre des modules	Liste des participants Rapport de formation Rapport de mission	x x	x	x	x	x		MSP/DGS/DELM/PS Parlement

Le renforcement des capacités opérationnelles à tous les niveaux	Les structures de prise en charge	Les charges sont équipées	Les structures équipées/réhabilitées	La livraison	Le suivi					
enforcement du plaidoyer pour la communication	Renforcer le système d'approvisionnement en médicaments et consommables	Le système d'approvisionnement en médicaments et consommables est renforcé	Existence des médicaments et consommables	Factures Bon de livraison	x	x	x	x	x	MSP/DGS/DELM/PS Parlement
	Développer les aires et pistes pour la pratique de l'exercice physique	Les aires et pistes pour la pratique de l'exercice physique sont développées	Nbre des aires et pistes aménagées	Factures Rapports Listes de pistes et aires existantes	x	x	x	x	x	MSP/DGS/DELM/PS Parlement
	Mettre en place des structures de sevrage pour le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool	Les structures de sevrage pour le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool sont mises en place	Nbre des structures qui prennent en compte le sevrage	Plan d'action sectoriel	x	x	x	x	x	MSP/DGS/DELM/PS Parlement
	Promouvoir la mise en œuvre de la CCLAT	La CCLAT est mise en œuvre	Nbre des structures qui met en œuvre la CCLAT	Plan d'action sectoriel	x	x	x	x	x	MSP/DGS/DELM/PS Parlement
	Promouvoir la production locale et la consommation des légumes	la production locale et la consommation des légumes est promue	Nbre des structures qui font la promotion	Plan d'action sectoriel	x	x	x	x	x	DELM/autres secteurs connexes
	Elaborer /valider le plan de plaidoyer pour la communication	Le plan de plaidoyer pour la communication est élaboré et validé	Existence du plan	Rapport d'activités	x					MSP/DGS/DELM/PS Parlement
	Organiser les réunions de plaidoyer et de sensibilisation des leaders communautaires, et des autorités politico administratives.	Les réunions de plaidoyer et de sensibilisation des leaders communautaires, et des autorités politico administratives sont organisées	Nbre des réunions tenues	Rapport d'activités	x	x	x	x	x	MSP/DGS/DELM/PS Parlement
	Produire les supports d'IEC en	Les supports d'IEC en matière des MNT et des	Proportion des secteurs qui	Rapport d'activités	x	x	x	x	x	

	et des acteurs de risque	produits	colportés les MNT	Plans d'action sectoriels Rapports d'activités						MSP/DGS/DELM/ PS Parlement
veloppement du renariat Public Privé	Intégrer les activités de lutte contre les MNT dans les formations sanitaires publiques, privés et confessionnelles	Les activités de lutte contre les MNT sont intégrés dans les formations sanitaires publiques, privés et confessionnelles	Nbre des partenaires impliqués dans les activités		x	x	x	x	x	
	Organiser les réunions tripartites d'échange d'expérience	Les réunions tripartites d'échange d'expérience sont tenues	Nbre des programmes sectoriels qui prennent en compte les activités de lutte contre les MNT	Rapports	x	x	x	x	x	MSP/DGS/DELM/ PS Parlement
	Promouvoir la production locale et la consommation des fruits et légumes	La production locale et la consommation des fruits et légumes sont encouragées	Proportion des sujets ayant une bonne alimentation	Enquêtes	x	x	x	x	x	MSP/DGS/DELM/ PS Parlement
romotion des activités de tte contre les MNT et les acteurs de risque	Organiser les journées promotionnelles de lutte contre les MNT et les facteurs de risque	Les journées promotionnelles de lutte contre les MNT et les facteurs de risque sont organisées	Proportion des sujets ayant une bonne alimentation	Enquêtes	x	x	x	x	x	MSP/DGS/DELM/ PS Parlement
	Produire le bulletin trimestriel sur les MNT et leurs facteurs de risque	Le bulletin trimestriel sur les MNT et leurs facteurs de risque est produit	Proportion des sujets non exposés aux FDR	Enquêtes						
			Nbre des bulletins produits	Rapports	x	x	x	x	x	MSP/DGS/DELM/ PS Parlement

BUDGET ESTIMATIF :

Domaines d'intervention	Années					Total
	2011/2012	2013	2014	2015	2016	
renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles à tous les niveaux						0
renforcement des capacités institutionnelles	89608514	24582891	28153688	28153688	28153688	198652469
renforcement des capacités opérationnelles	368 075 688	205232190	205232190	135260000	78000190	991800258
renforcement du plaidoyer pour la communication	68837019	58165290	53390290	56750290	53390290	290533179
développement du partenariat de l'approche public privé	18382500		18382500			36765000
promotion des activités de lutte contre les FNT et les facteurs de risque	84960000	84960000	84960000	84960000	84960000	424800000
mise en place des mécanismes de financement	3750000	3750000	3750000	3750000	3750000	18750000
renforcement du système de suivi,	22860000	22860000	22860000	22860000	22860000	114300000
TOTAL	656473721	399550371	416728668	331733978	271114168	2075600906

3- LISTE DES PARTICIPANTS A L'ELABORATION DU DRAFT DU PLAN NATIONAL INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

- Comité de rédaction:

Direction générale de la santé :

- **Professeur A. ELIRA DOKEKIAS, Directeur Général de la Santé**

Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie:

- Pr Agrégé OBENGUI, Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie ;
- Dr Maturin DOMINGUI, Chef de service des Maladies non Transmissibles ;
- Mme Marie Christine BAZEBIZONZA, Service des Maladies non transmissibles
- Mme Rosalie LIKIBI-BOHO, Point Focal de lutte antitabac/Drogue;

Personnes ressources:

- Pr. Gisèle KIMBALLY KAKY, Service de Cardiologie et Médecine Interne CHU
- Dr Alain MOUANGA, Chef de Service de Psychiatrie CHU,
- Dr Judith NSONDE MALANDA, Service de Carcinologie et Radiothérapie CHU,
- Dr Bébène BANDZOUZI-NDAMBA, Chef de Service de Neurologie CHU,
- Dr Paul Macaire OSSOU-NGUIET, Service de Neurologie CHU,
- Dr Richard LOUMINGOU MOUKENGUE, chef de Service de Néphrologie CHU,
- Dr Antoine EKOUTOU, chef de Service de Pneumologie CHU,
- Dr Innocent KOCKO, chef de programme national de lutte contre la Drépanocytose,
- Dr Sylvie COUCKA-BACANI, Service de Consultation mères et enfants CHU,
- Mr Michel DZALAMOU, Service de Psychiatrie CHU
- Mr Michel NGAKOSSO, Programme national de lutte contre la trypanosomiase.
- Dr Herman ONGOUO, PNLT,
- Dr Claude Rudy MANTELO, service de maladies non transmissibles,
- Dr Urbain LEMBEMOKO, SCAS-DGS,
- Mr Faustin EKOURA, SCAS-DGS,
- Dr Adolphe LOUMOUAMOU, DGS,
- Dr Judith NSONDE MALANDA, CHU de Brazzaville,
- Dr ADAMOU HASSANE, ETI/SP/PDSS
- Dr ATOHOUN SOLO, CHU de Brazzaville,
- Pr Simon Charles KOBAWILA, université Marien Ngouabi,
- Dr Lambert NZOUTANI, OMS Congo,
- Mr André LOUSSIBOU, Association SOS GLOBI-CONGO contre la drépanocytose,
- Mme Patricia Rachel BOUILAMA, Association des malades drépanocytaires du Congo,
- Dr BANZOUZI-NDAMBA, service de neurologie CHU de Brazzaville,
- Pr Richard BILECKOT, CHU de Brazzaville,
- Dr Lambert KITEMBO, Direction de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la santé,
- Mr Jérémie MOUYOKANI, OMS Congo

Coordination:

Ce groupe a travaillé sous la coordination du Directeur Général de la Santé, le Professeur Alexis ELIRA DOKEKIAS

Ce document a été préparé par le Service des maladies non transmissibles de la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie en collaboration avec les cliniciens du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (CHUB), les personnes ressources du Ministère de la Santé et de la Population.

REMERCIEMENTS

Nous remercions le gouvernement congolais à travers le ministère de la santé et de la population;
Nous reconnaissons les contributions des services spécialisés suivants du CHUB :
Service de Cardiologie et Médecine Interne ; Service de Pneumologie ; Service de Psychiatrie;
Service de Carcinologie et Radiothérapie; Service d'Hématologie ; Service de Neurologie ; Service
de Néphrologie, Service de Consultation mères et enfants CHU.