



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE INTEGREE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET LA PREVENTION DU HANDICAP



Février 2017

PREFACE (à remplacer par le préface signé)

Le Ministère en charge de la Santé a déployé beaucoup d'efforts ces dernières années dans la lutte contre les maladies non transmissibles pour assurer le bien-être de la population Malagasy et préserver ainsi sa productivité. En effet, l'engagement de ce département entre dans la contribution à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable, non seulement ceux liés directement à la santé N° 3 mais aussi ceux liés aux autres secteurs, car la lutte contre les maladies non transmissibles est multisectorielle. Cependant, on a constaté qu'actuellement l'implication de tout un chacun est non coordonnée, et parfois même freine au lieu d'aboutir à une synergie.

Par souci d'être beaucoup plus efficace dans la lutte, le Ministère de la Santé Publique s'est engagé à élaborer ce plan stratégique qui découle du document politique, définissant les stratégies, les grandes lignes d'interventions ainsi que le rôle et la responsabilité à tous les niveaux de toutes les parties prenantes qui devraient être impliquées dans la lutte contre les maladies non transmissibles et la prévention du handicap.

Ce document servira de référence pour les interventions et les acteurs en matière de lutte contre les maladies non transmissibles, à tous les niveaux du système de santé. Synergie, complémentarité et performance, tels sont les mots qui ont guidé la définition des objectifs, des stratégies et grandes activités y inscrites.

Je voudrais remercier les louables efforts des techniciens du Ministère de la Santé Publique et des Partenaires Techniques et Financiers qui ont apporté leurs contributions à la réalisation de ce document.

D'ores et déjà, j'ose espérer que tous les intervenants vont travailler de concert grâce au respect des stratégies et interventions décrites dans ce document «plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles et de prévention du handicap» dès la conception jusqu'à la réalisation de leurs programmes. Je suis convaincu que, désormais, nos actions menées dans la lutte contre les maladies non transmissibles, auront réellement des impacts sur le bien-être de la population, pour qu'il y ait une diminution nette de la mortalité précoce due aux maladies non transmissibles, un des Objectifs de Développement Durable.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Professeur RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

RESUME

Le Plan Stratégique National de Lutte Intégrée contre les maladies non transmissibles (MNT) et la Prévention du Handicap (PSNLIMNT- PH) a pour mission de fournir un leadership et direction aux efforts nationaux pour la lutte contre les MNT et les Facteurs de Risque (FdR) associés en utilisant une approche basée sur une évidence. Pour Madagascar, les MNT prioritaires qui constituent un véritable problème de santé publique compte tenu de leurs conséquences socio- économiques très importantes, regroupent d'abord celles qui ont des FdR communs, à savoir, les maladies cérébro- cardiovasculaires (MCV), l'accident vasculaire cérébral (AVC), le diabète, les cancers et les maladies respiratoires chroniques (MRC). Viennent ensuite les autres MNT, entre autres, les troubles neurologiques et mentaux, les affections bucco-dentaires, la drépanocytose. Enfin, la violence et les traumatismes y compris les accidents de circulation et accidents de travail, les incapacités physiques et motrices ainsi que les déficiences oculaires et auditives, suivies de handicap.

Au regard de sa mission et au vu des principales MNT, le présent PSNLIMNT- PH a comme objectif général de «réduire la charge évitable de morbidité, mortalité et handicap due aux MNT et aux conditions handicapantes, grâce à une collaboration intersectorielle et une coopération à tous les niveaux». Les objectifs spécifiques étant, réduire:

- d'au moins 10% la mortalité due aux MNT
- de 20% la morbidité due aux MNT
- de 5% la proportion des personnes présentant de handicap.

Les stratégies (S) qui en découlent sont: S1 le renforcement de la coordination, du leadership, de la gouvernance, du plaidoyer, de l'action multisectorielle (approche stratégique) et des partenariats (appui) pour accélérer la lutte contre les MNT; S2 la réduction de l'exposition aux FdR modifiables et environnementaux (écologiques) des MNT et des Handicaps en créant des environnements favorables à la santé; S3 le renforcement du système de santé afin de prévenir et de combattre les MNT et les handicaps; S4 l'accessibilité aux soins de qualité pour renforcer la prise en charge des MNT et handicap ; S5 la promotion de la recherche pour la lutte contre les maladies non transmissibles et la prévention du handicap (MNT-PH); S6 la surveillance et évaluation de l'évolution des MNT-PH et de leurs déterminants.

La mise en œuvre effective du présent PSNLIMNT- PH quinquennal 2017- 2021 se base sur l'approche intégrée à travers la sensibilisation, le dépistage et la prise en charge précoces des FdR, des MNT et du handicap, au niveau des formations sanitaires (FS), dans les écoles et lieux de travail. Elle implique une collaboration multisectorielle à tous les niveaux nécessitant la redynamisation du grand Comité National de Lutte contre les MNT qui regroupe les acteurs clés de la communauté, des secteurs public et privé, de la société civile et des partenaires techniques et financiers (PTF).

Le coût global de ce plan d'action intégré en cinq ans est estimé à vingt-deux millions soixante-huit mille deux cent trente-six dollars (22 068 236 \$), soit 1,44 % du budget du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2015-2019 sur lequel s'aligne le PSNLIMNT- PH 2017-2021. Par stratégie, ce coût se répartit comme suit : 2,79% pour S1, 6,00% pour S2, 47,11% pour S3, 39,65% pour S4, 2,00% pour S5 et 2, 47% pour S6.

TABLE DE MATIÈRES

PREFACE	i
RESUME	ii
ACRONYMES	6
INTRODUCTION	8
1.1. CONTEXTE SOCIO- ECONOMIQUE	10
1.2. PROFIL SANITAIRE	11
1.3. SYSTEME NATIONAL DE SANTE	12
1.3.1. Organisation et fonctionnement du système de santé	12
1.3.2. Gestion du système de santé, maladies non transmissibles et prévention du handicap	14
1.3.2.1. <i>Leadership et gouvernance</i>	14
1.3.2.2. <i>Ressources humaines</i>	14
1.3.2.3. <i>Système d'information sanitaire</i>	14
1.3.2.4. <i>Intrants de santé</i>	15
1.3.2.5. <i>Infrastructures, matériels et équipements</i>	15
1.3.2.6. <i>Financement de santé</i>	15
1.3.3. Services de soins et maladies non transmissibles	16
1.4. CONTEXTE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET DE PREVENTION DE HANDICAP	17
1.4.1. Les facteurs de risque des MNT- Handicap	17
1.4.1.1. <i>Les facteurs de risque comportementaux, modifiables</i>	17
1.4.1.2. <i>Les facteurs de risque intermédiaires</i>	21
1.4.1.3. <i>Les facteurs socio- économiques, culturels et environnementaux</i>	24
1.4.2. Les Maladies Non Transmissibles et la prévention du Handicap	25
1.4.2.1. <i>Les maladies cérébro- cardio- vasculaires(MCV)</i>	26
1.4.2.2. <i>Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)</i>	26
1.4.2.3. <i>Les cancers</i>	26
1.4.2.4. <i>Les maladies respiratoires chroniques (MRC)</i>	28
1.4.2.5. <i>Les troubles mentaux et neurologiques</i>	28
1.4.2.6. <i>Les affections bucco- dentaires</i>	29
1.4.2.7. <i>La drépanocytose</i>	29
1.4.3. Les déficiences et facteurs sources d'incapacités et de handicap à Madagascar	29
1.4.3.1. <i>Déficiences et incapacités physiques</i>	30
1.4.3.2. <i>Les traumatismes</i>	30
1.4.3.3. <i>La violence</i>	31
1.4.3.4. <i>La déficience oculaire et la cécité</i>	31

I.4.3.5. <i>La déficience auditive et la surdité</i>	32
II. IMPACTS SOCIO- ECONOMIQUES DES MNT.....	33
II.1.1. Impacts socio- économiques sur le pays	33
II.1.2. Impacts financiers sur l’individu et le ménage.....	34
III. ENJEUX TRANSVERSAUX.....	34
IV. ANALYSE FFOM	36
V. STRATEGIES DE PREVENTION INTEGREE DES MNT ET PREVENTION DU HANDICAP	37
V.1. PREVENTION PRIMAIRE	37
V.2. PREVENTION SECONDAIRE	37
V.3. PREVENTION TERTIAIRE.....	37
VI. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL.....	38
VI.1. VISION.....	38
VI.2. MISSION.....	38
VI.3. PRINCIPES DIRECTEURS	38
VI.4. OBJECTIFS	39
VI.4.1. Objectif général.....	39
VI.4.2. Objectifs spécifiques.....	39
VI.5. PRINCIPALES STRATEGIES.....	39
VI.6. RESULTATS ATTENDUS	40
VI.7. CADRE LOGIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE	40
VI.8. RESUME BUDGET	44
VI.9. CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	47
VI.9.1. Cadre institutionnel de mise en œuvre.....	47
VI.9.2. Partenaires de mise en œuvre du plan d’action	47
VI.9.2.1. <i>Le secteur privé</i>	47
VI.9.2.2. <i>Les organisations de la société civile</i>	47
VI.9.2.3. <i>Les partenaires institutionnels</i>	48
VI.9.2.4. <i>Le milieu de travail</i>	48
VI.9.2.5. <i>Le milieu scolaire</i>	48
VI.9.3. Niveaux de mise en œuvre du plan d’action	49
VI.9.3.1. <i>Le niveau central</i>	49
VI.9.3.2. <i>Le niveau Régional</i>	49
VI.9.3.3. <i>Le niveau District sanitaire</i>	49
VI.9.3.4. <i>Les structures de prestation des soins de santé</i>	49
VI.9.3.5. <i>La communauté</i>	49

VI.9.4. Suivi de la mise en œuvre	50
VI.9.5. Evaluation	50
VI.9.5.1. <i>Evaluation à mi- parcours</i>	50
VI.9.5.2. <i>Evaluation finale</i>	50
CONCLUSION	50
Annexe 1. ODD EN RELATION AVEC LES MNT ET LES HANDICAPS	I
Annexe 2: CADRE OPERATIONNELLE.....	II
Annexe 3 : LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A L'ELABORATION	IX
Annexe 4 : MEMBRES DU COMITE DE REDACTION	X
Annexe 5 : LISTE DES PERSONNES AYANT VALIDE LE DOCUMENT	XI

ACRONYMES

ACSQDA	Agence de Contrôle de la Sécurité Sanitaire et de Qualité des denrées Alimentaires
AMaDia	Association Malagasy de lutte contre le Diabète
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AIEA	Agence Internationale de l'Energie Atomique
BPCO	Bronho- Pneumopathie Chronique Obstructive
CBM	Christofell Blindenmission
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CCLAT	Convention Cadre de Lutte Anti- Tabac
CHRD 1	Centre Hospitalier de Référence de District de niveau 1
CHRD 2	Centre Hospitalier de Référence de District de niveau 2
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régional
CICLD	Comité Interministériel de Coordination de Lutte contre les Drogues
CENHOSOA	Centre Hospitalier de Soavinandriana
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture Santé Universelle
DLIS	Direction de Lutte contre les IST/SIDA
DLMNT	Direction de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
DLT	Direction de Lutte contre la Tuberculose
DPEV	Direction du Programme Elargi de Vaccination
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRSP	Direction Régionale de Santé Publique
DSFa	Direction de la Santé de la Famille
DVSSE	Direction de la Veille Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique
ES	Etablissement Spécialisé
EDS	Enquête Démographique et de Santé 2003- 2004
ENSOMD	Enquête Nationale pour le suivi des OMD
FdR	Facteurs de Risque
FEH	Fonds d'Équité Hospitalier
FS	Formations Sanitaires
MA- CICR	Move Ability- Comité International de la Croix Rouge
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunizations
HPV	Human Papilloma Virus
HJRB	Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
HTA	Hypertension Artérielle
IDF	International Diabetes Federation
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information Education Communication
INSTN	Institut National de Science et Technologie Nucléaire
IPM	l'Institut Pasteur de Madagascar
LCDMF	Lutte Contre la Drépanocytose Madagascar France
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MCV	Maladies cérébro- CardioVasculaires

MNT	Maladies Non Transmissibles
MNT-PH	Maladies Non Transmissibles et Prévention du Handicap
MRC	Maladies Respiratoires Chroniques
MSANP	Ministère de la Santé Publique
MT	Maladies Transmissibles
NTIC	Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OFNALAT	Office National de Lutte Anti- Tabac
ONN	Office National de Nutrition
ONU	Organisation des Nations Unies
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé
PEC	Prise En Charge
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMO	Plan de Mise en Œuvre
PNS	Politique National de Santé
PSNLIMNT- PH	Plan Stratégique National de Lutte Intégrée contre les Maladies Non Transmissibles et la Prévention du Handicap
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RMA	Rapport Mensuel des Activités
RNB	Revenu National Brut
SALFA	Sampan'Asa Loterana momba ny Fahasalamana
SLMV	Service de Lutte contre les Maladies Liées aux Modes de Vie
SSP	Soins de Santé Primaire
TB	Tuberculose
TCC	Taux de Chirurgie de Cataracte
VIH	Virus de l'Immuno- déficience Humaine

INTRODUCTION

Depuis septembre 2011 à New York, lors de la 66^{ème} Assemblée générale par l'Organisation des Nations Unies (ONU), les MNT ont été reconnues comme un nouveau défi dans la lutte pour l'amélioration de la santé mondiale.

En effet, alors que la communauté internationale s'attachait en priorité à lutter contre les maladies transmissibles telles que le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, les maladies non transmissibles y compris les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et le cancer, sont pratiquement passées inaperçues dans les pays en développement pour finalement prendre la forme d'une épidémie mondiale¹.

Les pays à ressources limitées sont maintenant en transition épidémiologique car déjà confrontés à la charge des maladies infectieuses entre autres la Tuberculose, le Paludisme, le VIH/Sida, ils doivent faire face à la recrudescence galopante des MNT qui constituent aujourd'hui, un véritable enjeu de santé publique car elles entravent le développement socio-économique de l'individu, de la famille et par conséquent du pays. A l'échelle mondiale, ces MNT font désormais la toute première cause de mortalité

En effet, en 2008, les MNT ont fait 36 millions de morts, soit 63 % des 57 millions enregistrés cette année-là. Selon les prévisions de l'OMS, les maladies non transmissibles seront responsables de 52 millions de décès en 2030 si des actions urgentes ne sont pas prises. À première vue, ces maladies ne touchent pas une classe d'âge particulière : les personnes atteintes de maladies non transmissibles meurent souvent jeunes, 9 millions des décès annuels surviennent chez des sujets âgés de moins de 60 ans¹.

Alimentée par une combinaison de FdR à savoir le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, la sédentarité et les effets nocifs de la consommation d'alcool, les principales MNT (MCV, diabète, MRC, cancer) sont responsables de près de 80 % des décès dus à l'ensemble des maladies de cette catégorie.

Fort du constat que les MNT ne figuraient pas parmi les cibles définies dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et conscient de l'enjeu des MNT que l'ONU a fait une déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des MNT afin de mener une action mondiale concertée contre l'ampleur de ces maladies. C'est l'une des raisons de l'inclusion des cibles des MNT dans Objectifs de Développement Durable (ODD).

¹ Résumé rapport Secrétariat Général de l'ONU sur la prévention et le contrôle des MNT

Par ailleurs les pays membres se sont engagés à Luanda à (i) à donner la priorité qu'elles méritent aux MNT et leurs FDR et, à mettre en œuvre de façon complète le Plan d'action mondial de prévention et de contrôle des MNT 2013-2020 à travers des plans multisectoriels; la mobilisation de ressources domestiques et extérieures y compris les financements innovants, (ii) à protéger les politiques de santé publique de l'interférence par les intérêts des industries de l'alcool, du tabac et de l'alimentation à travers une législation holistique et l'application des lois et politiques nationales

Ainsi, tout en reconnaissant que les FdR et les déterminants sociaux des MNT dépassent les limites du ministère de la santé, l'ONU recommande dorénavant, « une action multisectorielle avec la prise en compte des questions de la santé dans les secteurs tels que notamment, l'éducation, l'énergie, l'agriculture, les sports, les transports, les communications, l'urbanisme, l'environnement, le travail, l'emploi, l'industrie et le commerce, la finance et le développement social et économique »².

Pour Madagascar, selon le profil de l'OMS en 2014, si les affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles sont responsables de 51% des décès, 49% de ceux-ci sont imputés aux MNT (39%) et aux traumatismes (10%). De plus, la probabilité de décéder entre 30 et 70ans de l'une des 4 principales MNT est de l'ordre de 23%, la population âgée de 30 à 70ans étant 28% de la population totale

Dans le cadre de la mise en œuvre de son PDSS 2015-2019 et des recommandations de la Déclaration Politique de l'ONU, Madagascar à travers le Ministère en charge de la Santé a décidé d'élaborer et de mettre en œuvre ce plan stratégique d'action intégrée basée sur une approche multisectorielle de prévention et de contrôle des MNT- PH.

² Déclaration politique de l'ONU sur la prévention et le contrôle des MNT Paragraphe 36

I. ANALYSE DE SITUATION

1.1. CONTEXTE SOCIO- ECONOMIQUE

Madagascar est une île de 587 401km² avec une population estimée en 2013 à 22 920 000 d'habitants répartis sur 22 régions. Ces dernières se caractérisent par une grande diversité géographique et une richesse de la faune et de la flore. En dépit de cette biodiversité, Madagascar est classé parmi les pays à revenu faible, avec un IDH à 0,498 en 2013, le classant au 151^{ème} rang parmi les 187 pays du monde ³. Le RNB par habitant est de 440 USD en 2013.⁴

La crise politique de 2002 a provoqué une importante récession avec un taux de pauvreté à plus de 80 %. Si le taux de croissance économique a connu un essor de 5 % à 7,1 % de 2006 à 2008 ⁵, la crise politique de 2009 a à nouveau effacé les résultats obtenus au cours des dernières années en matière de réduction de la pauvreté. Le taux de pauvreté est passé de 69 % en 2005 à 77 % en 2010. Cette crise politique qui a perduré jusqu'au deuxième semestre de l'année 2013 a entraîné une crise socio-économique marquée par une alarmante dégradation du marché du travail, une augmentation du chômage et du sous-emploi et, surtout, une explosion du secteur informel de subsistance, un effondrement du pouvoir d'achat des travailleurs et un creusement sensible des inégalités.

Les différences sont très marquées entre le milieu rural et le milieu urbain. En 2008, 71% de la population avait accès à l'eau potable en milieu urbain contre seulement 29% en milieu rural. De même, si l'électricité est utilisée par environ 14% de la population, presque personne du quintile le plus pauvre n'utilise l'électricité, alors que 45% des plus riches ont accès à cette source d'énergie ⁶.

Selon l'enquête nationale ENSOMD de 2012 pour le suivi des OMD, le taux brut de scolarisation (fréquentation) est de 10% pour le préscolaire, 46% pour le collège, 22% pour le lycée et 5% pour le supérieur et par ailleurs un enfant de 6 ans sur quatre seulement entre pour la première fois en 1^{ère} année du primaire. Dans l'ensemble, environs 68% des enfants de 10 ans parviennent en dernière classe du primaire.

Pour la même année, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 64,25 ans (62ans chez l'homme et 66 ans chez la femme).⁷

Les personnes âgées de 15 à 64 ans (âges économiquement actifs) varient entre 50% et 52% ⁵. Les tendances générales montrent des améliorations dans les indicateurs de l'état de la santé de la population, notamment l'augmentation du taux de vaccination, la diminution de la mortalité maternelle et infantile. Néanmoins, la faiblesse des revenus, l'insuffisance de couverture sanitaire (60% de la population rurale se trouve encore à plus de 5km d'une formation sanitaire), l'insuffisance des ressources humaines et d'équipements font que l'accessibilité aux services de santé demeure insuffisante.

³ PNUD, Rapport sur le Développement Humain, 2014

⁴ Banque Mondiale 2013

⁵ EDS 2003- 2004

⁶ Banque Mondiale. Revue des dépenses publiques 2006/07

⁷ Banque Mondiale 2012

1.2. PROFIL SANITAIRE

Madagascar se doit de faire face actuellement à un double fardeau, celui des maladies transmissibles (MT) qui n'a pas disparu et celui de plus en plus pesant des MNT. Tout en restant confronté à la mortalité maternelle et infantile encore élevée ainsi qu'à certaines maladies, à savoir le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida, la peste, les maladies d'origine hydrique..., le pays doit lutter aux MNT qui deviennent un réel problème de santé publique en raison des changements du style de vie et habitudes alimentaires. En effet, selon le profil de l'OMS en 2014, les MNT se présentent comme suit :

- on estime que 39% des décès sont dus aux MNT,
- la probabilité de décéder entre 30 et 70ans de l'une des 4 principales MNT est de l'ordre de 23%, la population âgée de 30 à 70ans étant 28% de la population totale
- la consommation totale d'alcool par habitant, en litres d'alcool pur est de 1,8 (avec 2,9 chez l'homme et 0,7 chez la femme)
- la prévalence de la tension artérielle est de 33,9% (35,6% chez l'homme et 32,2% chez la femme)
- les traumatismes sont à l'origine des 10% des décès

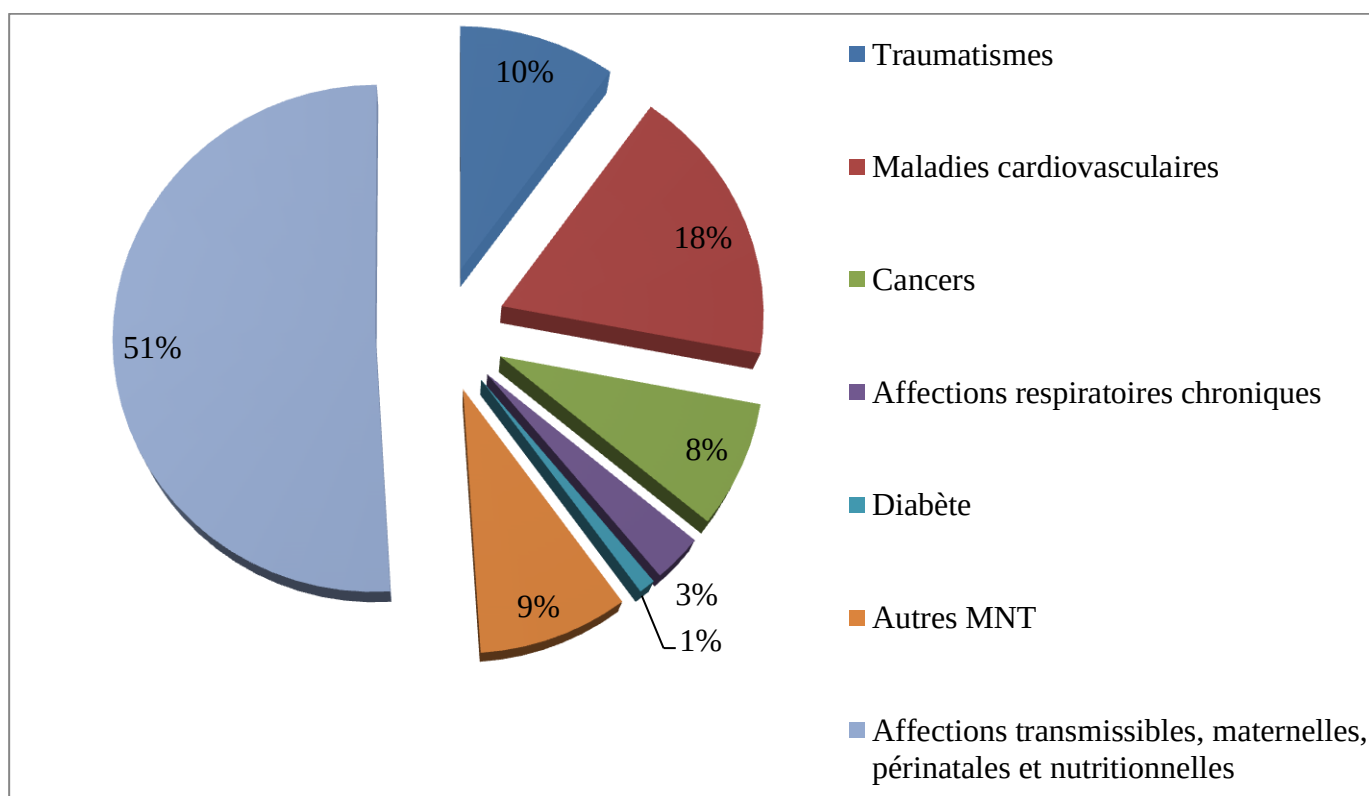


Schéma : Mortalité proportionnelle MNT à Madagascar
(% des décès totaux, tous âges confondus, hommes et femmes)

1.3. SYSTEME NATIONAL DE SANTE

1.3.1. Organisation et fonctionnement du système de santé

Le système national de santé à Madagascar est structuré sur trois niveaux : central, régional et périphérique, corrélés avec l'organisation territoriale et administrative.

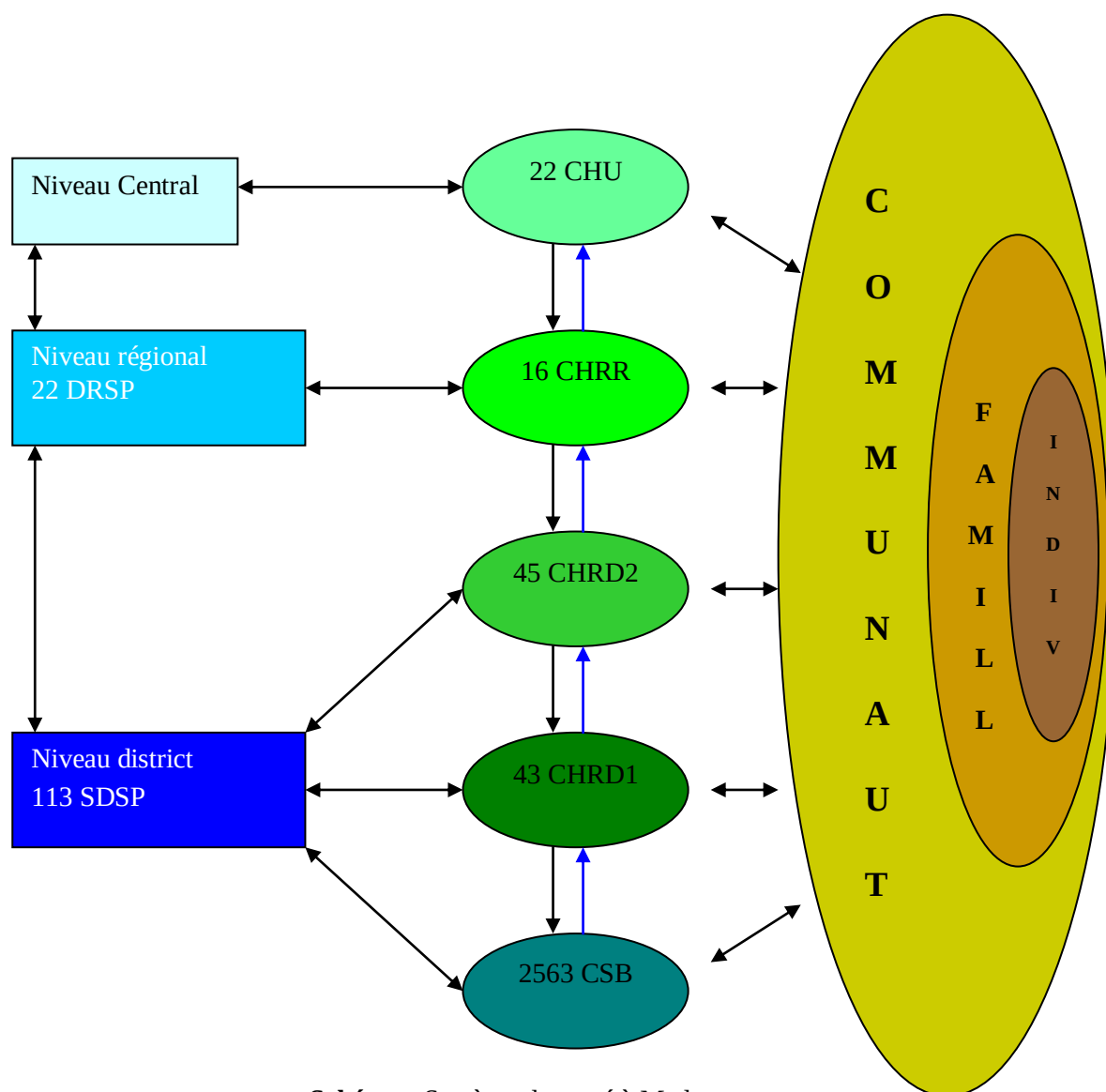


Schéma : Système de santé à Madagascar

Le niveau central, en charge de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et standards. A ce niveau figurent des structures directement impliquées dans la lutte contre les MNT- PH:

- La Direction en charge de la lutte contre les Maladies Non Transmissibles (DLMNT) avec ses Services de rattachement dont le Service de Lutte contre les Maladies liées aux Modes de Vie ; le Service de la Santé Oculaire, de la santé Auditive et de la santé Bucco- Dentaire ; le Service de la Santé mentale ; le Service de la Protection des Personnes Vulnérables ; le Service de la Santé au Travail et des Organisations Inter

entreprises et la Cellule de Suivi, d'Evaluation des performances et d' Audit de la lutte contre les MNT.

- L'Office National de Lutte Anti- Tabac (OFNALAT), rattaché au Secrétariat Général, organe de coordination multisectorielle de la lutte antitabac à Madagascar.

Les domaines d'interventions de la Direction de la Santé Familiale (DSFa), des Directions de lutte contre les Maladies Transmissibles (Paludisme, SIDA, Tuberculose et Service de Lutte contre les Maladies Epidémiques et Négligées) et de la Direction de la Promotion de la Santé concourent également à la lutte contre les MNT et le handicap (exemples : lutte contre la bilharziose urinaire en prévention du cancer de la vessie, vaccination contre la poliomyélite).

Le niveau intermédiaire ou régional (22DRSP), ayant comme attributions la coordination et l'appui technique des districts sanitaires. Ce niveau joue un rôle stratégique.

Le niveau périphérique ou district (113 SDSP), niveau opérationnel. Sa mission consiste à coordonner et à appuyer les Formations sanitaires (FS) de base et de première référence dans l'offre des services de santé. Ce niveau constitue la pierre angulaire du système de santé et doit disposer d'une autonomie aussi bien de décision que financière.

Le niveau communautaire, participant dans la promotion de la santé, le fonctionnement et la gestion des structures sanitaires de base.

L'organisation des soins fait appel à trois échelons :

- Le premier échelon, se trouvant au niveau du district sanitaire, est constitué par :
 - la fourniture de services au niveau communautaire à travers les agents communautaires et les agents de santé en stratégie avancée.
 - les formations sanitaires de base pour les premiers contacts et en tant que porte d'entrée de l'utilisateur dans le système de santé : Centres de Santé de Base (CSB) Niveau 1 et 2 offrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA).
- Le second échelon, les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) du Niveau 1 assurant le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et les CHRD2 (avec chirurgie) constituent les hôpitaux de 1^{er} recours ou 1^{er} niveau de référence.
- Le troisième échelon, formé par les Centres Hospitaliers de Référence Régional (CHRR) et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) : ce sont les hôpitaux de 2^{ème} recours ou de 2^{ème} référence.

Néanmoins, la faiblesse des revenus, l'insuffisance de couverture sanitaire (60% de la population rurale se trouve encore à plus de 5km d'une formation sanitaire), l'insuffisance des ressources humaines et d'équipements font que l'accessibilité aux services de santé demeure insuffisante.

1.3.2. Gestion du système de santé, maladies non transmissibles et prévention du handicap

1.3.2.1. Leadership et gouvernance

En matière de leadership et gouvernance :

- faible capacité de leadership
- insuffisance de mécanisme de suivi et d'évaluation
- insuffisance de documents cadres en MNT- PH;
- insuffisance de coordination des activités de lutte tant au niveau public que privé
- insuffisance de coordination des activités des partenaires
- faible alignement des PTF sur les MNT- PH
- insuffisance de supervision et de partage d'informations à tous les niveaux

1.3.2.2. Ressources humaines

Parlant de ressources humaines, un effectif total de 14 036 agents travaille au ministère de la santé. Au niveau national 5 025 médecins (dont 1374 du secteur privé), 3 898 infirmiers (dont 460 du secteur privé) et 1602 sages-femmes (dont 76 du secteur privé) ont été recensés. Ces chiffres donnent un ratio de 2,19 médecins/10 000 habitants, 1,7 infirmiers/10 000 habitants et 0,69 sages-femmes/10 000 habitants (2 médecins/10 000 et 11 infirmiers/10 000 pour la moyenne dans la région africaine) ⁸. Cependant, ces ressources humaines ont tendance à se concentrer essentiellement dans les grandes villes.

Au niveau des centres hospitaliers, la prise en charge des maladies non transmissibles et de leurs séquelles souffre d'un manque de compétences et de spécialistes, cardiologues, diabétologues, oncologues, radiothérapeutes, pneumologues, neurologues, psychiatres, médecins de médecine physique, ophtalmologues, ORL, agents de santé spécialisés....La formation de spécialistes dans le cadre de l'internat qualifiant au niveau de la Faculté de Médecine est limitée en nombre. Par ailleurs le recrutement est limité par les post budgétaires et aux agents de santé usuels.

1.3.2.3. Système d'information sanitaire

Il est encore difficile à l'heure actuelle de cerner avec précision les chiffres d'incidence ainsi que la mortalité due aux MNT à Madagascar. Par faute de système de surveillance des MNT, les données statistiques sont parcellaires. Seules les données hospitalières sont disponibles, le système d'enregistrement des décès au niveau des communes n'est pas encore satisfaisant pour pouvoir être exploité. Cependant, les données à disposition sont en mesure de fournir des indications suffisantes quant à l'ampleur du problème à Madagascar. La récente réactualisation du système national d'information sanitaire a été l'occasion d'améliorer la base de données sur les MNT. Une analyse des données sur trois ans (de 2004 à 2006), recueillies auprès de 13 établissements hospitaliers (2 CHU et 11 principaux CHRR) révèle une augmentation notable du nombre des cas admis en hospitalisation, notamment d'hypertendus (de 1390 à 1976), de cancers (de 410 à 1 900) et d'AVC (de 1594 à 1879). En somme, la charge de morbidité liée aux MNT s'accroît régulièrement.

⁸ DRH/MSANP

1.3.2.4. Intrants de santé

En matière de politique et de textes réglementaires, le MSANP dispose d'une Politique Nationale Pharmaceutique (2017- 2021). Son objectif général est d'assurer la disponibilité à toute la population malagasy des médicaments essentiels, de bonne qualité, en bonne quantité suffisante, à prix abordable, dont elle a besoin au bon moment, et au bon endroit de la chaîne de distribution logistique.

La sélection des produits repose sur la Liste Nationale de Médicaments Essentiels et Intrants de Santé (LNMEIS 2011-2014) mise à jour.

Par opposé aux matériels et équipements, les médicaments MNT ont été intégrés dans la LNME. De même, le captopril et l'hydrochlorothiazide ont été considérés dans les médicaments traceurs. Cependant, certains médicaments génériques de mauvaise qualité/conformité existent (exemple : antihypertenseur).

1.3.2.5. Infrastructures, matériels et équipements

Les infrastructures publiques y compris les Etablissements Spécialisés (ES) et les plateaux techniques ne sont pas aux normes dues à l'insuffisance du budget national alloué à la réhabilitation/construction des formations sanitaires.

S'agissant des matériels et des équipements répondant aux besoins des formations sanitaires, ils sont absents ou insuffisants et on constate une faible allocation budgétaire pour leur acquisition. Il en est de même pour leur maintenance. Cette situation concerne en même temps les MNT et le handicap.

1.3.2.6. Financement de santé

Concernant le financement du système de santé, la part du budget allouée à la santé tourne autour de 7,5% du budget global de l'Etat. Les dépenses en santé par habitant s'élèvent à 11 USD alors que le montant recommandé par l'OMS pour permettre de financer les soins essentiels est de 34 USD ⁹.

Les dépenses en santé liées aux MNT et à la prévention du handicap sont entièrement à la charge des malades et leurs familles. En général, le malade ne se fait soigner qu'à la phase de complication de sa maladie. Cette situation aggrave la lourde charge des MNT et handicap au niveau de la famille.

Le pourcentage de l'utilisation du Fonds d'Équité Hospitalier (FEH) par rapport à sa source de financement est de 41,64% pour un coût moyen par bénéficiaire, de 35 494 Ariary ¹⁰. Le non considération des cas présentant des MNT et/ou des situations de handicap pourrait être à l'origine du nombre peu élevé d'utilisateurs du FEH.

⁹ PDSS

¹⁰ MSANP, Étude sur cinq centres hospitaliers: CHU Mahajanga et Fianarantsoa, CHRR Antsohihy, Ambositra et Antsirabe sur 10 centres pilotes sélectionnés par le Ministère de la Santé Publique

Bien que les personnes atteintes de MNT, de déficiences ou limitations d'activités soient parmi les personnes vulnérables aucun système de partage des coûts (fonds d'équité, mutuelle de santé) n'existe pour elles jusqu'à maintenant. La priorité revient à la santé de la mère et de l'enfant ainsi qu'aux maladies transmissibles. En effet, en matière d'aide publique au développement, plusieurs initiatives mondiales participent au développement sanitaire du pays telles que le GAVI, le Global Fund, la stratégie globale du Secrétaire Général des Nations Unies pour la Santé de la Femme et de l'Enfant. Leur appui sert à financer une part importante des activités de lutte contre les principales maladies (VIH/Sida/IST, Paludisme, tuberculose) et de réduction de la mortalité maternelle et infantile ⁹.

Les MNT sont en considération dans la CSU qui vient d'être de mise en place.

1.3.3. Services de soins et maladies non transmissibles

Les Centres de Santé de Base

Les premiers contacts sont assurés par les CSB. Les PMA afférentes aux MNT sont présents mais pas totalement appliqués. Des actes basiques tels qu'une prise systématique de la tension artérielle sont occultés. La prise en charge des MNT ne fait pas partie du quotidien.

Le médecin se limite à un minimum de prescription routinière. Dans la majorité des cas, ils réfèrent les malades vers les spécialistes.

Les Centres de Référence de premier recours

Il s'agit des CHRD1 et CHRD2, implantés dans les Chefs- lieux de District auxquels il faut ajouter les hôpitaux du secteur privé à but non lucratif et cliniques privées.

Ces hôpitaux de district assurent, selon le plateau technique dont ils disposent, la prise en charge des cas médicaux référés et les interventions chirurgicales courantes (CHRD2). Seuls les CHRD2 disposent de laboratoires d'examens biologiques sanguins.

Les Centres de Référence de deuxième recours

Ils sont représentés par les CHRR situés au niveau des capitales régionales. Ils accusent encore une nette disparité dans leurs infrastructures, leur capacité d'accueil, leurs plateaux techniques. Les spécialistes y sont peu nombreux et mal repartis.

Les Centres de Référence Nationale

Il s'agit des CHU et des Etablissements Spécialisés. Mais même à ce niveau, les équipements et matériels spécifiques de diagnostic et de prise en charge des MNT sont quelque peu limités.

⁹ PDSS

La faiblesse des plateaux techniques des centres de référence de deuxième recours ainsi que le manque de médecins spécialistes, cette situation s'explique par l'insuffisance de dépistage et prise en charge précoce des MNT et des déficiences au niveau des centres de premier recours. C'est ainsi qu'en matière d'évacuation sanitaire à l'extérieur, 387 malades ont été évacués entre 2008 et 2014 dont 11,12% sont âgés de moins de 15 ans, 63,56% constitués par des malades en activités et 25,32% par des retraités. Les principales causes en sont: (i) les maladies cancéreuses (35,91%), (ii) l'insuffisance rénale chronique (7,49%), (iii) les problèmes oculaires (16,02%), (iv) les maladies cardiaques (10,85%), et (v) autres pathologies (29,73%)⁹.

1.4. CONTEXTE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET DE PREVENTION DE HANDICAP

1.4.1. Les facteurs de risque des MNT- Handicap

1.4.1.1. Les facteurs de risque comportementaux, modifiables

Les principales MNT sont reliées par des FdR évitables communs qui sont liés aux modes de vie. Il s'agit du tabagisme, de l'alimentation déséquilibrée, de l'alcoolisme et du manque d'exercice physique.

a) Le tabagisme

Selon l'OMS, chaque année, l'épidémie mondiale de tabagisme tue environ 6 millions de personnes dont plus de 600 000 non-fumeurs. Si nous ne faisons rien, d'ici 2030 ce chiffre avoisinera les 8 millions de personnes. Plus de 80% de ces décès évitables se produiront dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires¹¹.

Le tabagisme intervient comme le facteur de risque qui peut engendrer à lui seul l'ensemble des MNT. Un fumeur régulier sur deux meurt d'une maladie liée au tabac et un sur quatre meurt entre 35 et 69 ans. L'usage du tabac est responsable de 30 % de la mortalité par cancers (cancer du poumon, cancers des voies aéro-digestives supérieures où l'action du tabac est synergique avec celle de l'alcool, cancer de la vessie, cancer du pancréas, cancers génitaux féminins), de 25 % de la mortalité par maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, maladies vasculaires périphériques, accidents vasculaires cérébraux...), de 75 % de la mortalité par maladies respiratoires chroniques. Par ailleurs le tabagisme passif accroît le risque de cancer du poumon et de MCV de 30 %¹².

⁹PDSS

¹¹JMT OMS 2015

¹²Union Internationale pour la Promotion de la Santé et l'Education pour la Santé. La crise croissante du tabagisme en Afrique francophone. Revue Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé. 4ème trimestre 2005. 76p

En ce qui concerne l'Afrique, la consommation de tabac est en hausse spectaculaire dans la plupart des pays, excepté en Afrique du Sud. La consommation totale de cigarettes est passée de 131,181 millions d'unités en 1995 à 212,788 millions d'unités en 2000 ; une augmentation de 38,4 % en cinq ans. Les projections d'expansion des plus grandes compagnies de tabac confirment cette tendance ¹².

Des études ont également démontré que les enfants dont les mères fumaient, même au tout début de la grossesse, ont trois fois plus de risque de devenir obèses ¹³.

A Madagascar, ce facteur de risque est également prépondérant. La prévalence du tabagisme est élevée chez les adolescents, 20%, selon l'enquête menée en 2008 auprès des jeunes de 13 à 15 ans scolarisés ¹⁴.

Selon l'EDS IV 2008- 2009, chez les hommes, 23% consomment du tabac à chiquer et 28 % fument des cigarettes. Chez les femmes, un peu moins de 2% fument des cigarettes et 20 % consomment du tabac sous d'autres formes, essentiellement du tabac à chiquer.

L'enquête STEPS 2005 ¹⁵ montre que la prévalence du tabagisme chez les hommes est de 28,5% (tabac avec fumée) et 24,6% (tabac sans fumée), tandis que chez la femme, elle est de 0,8% (tabac avec fumée) et 9,6% (tabac sans fumée).

L'engagement ferme de Madagascar dans la mise en œuvre de la lutte antitabac au niveau national a été marqué par la ratification de la Convention Cadre de Lutte Antitabac (CCLAT) de l'OMS en février 2005. Des textes ont été adoptés. Ainsi, l'arrêté Interministériel N° 18171/2003 du 22 octobre 2003 fixe la réglementation en matière d'industrialisation, d'importation, de commercialisation et de consommation des produits de tabac à Madagascar.

L'OFNALAT, rattaché au Ministère de la Santé, est l'organe de coordination multisectorielle de la lutte antitabac à Madagascar. Il est actuellement appuyé par 11 comités régionaux de lutte anti-tabac (Analamanga, Vakinankaratra, Haute Matsiatra, Atsimo Andrefana, Menabe, Vatovavy Fitovinany, Alaotra Mangoro, Atsinanana, Betsiboka, Boina, Diana).

Cependant, on déplore l'insuffisance de centres de sevrage, ainsi que l'inaccessibilité des produits de sevrage.

¹²Union Internationale pour la Promotion de la Santé et l'Education pour la Santé. La crise croissante du tabagisme en Afrique francophone. Revue Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé. 4ème trimestre 2005. 76p

¹³http://www.lematin.ch/pages/home/tendances/bien_etre/Commentaires

¹⁴Global Young Tobacco Survey (GYTS)

¹⁵MINSANPF. Enquête sur les facteurs de risque des MNT à Madagascar (Selon l'approche STEPS de l'OMS. 2005)

b) L'alimentation déséquilibrée

Une alimentation déséquilibrée se définit comme étant une alimentation riche en calories, sel, sucres et graisses saturées (graisses animales), mais pauvre en fruits et légumes. Cette mauvaise alimentation engendre une augmentation de la cholestérolémie et du poids, à l'origine de l'hypertension artérielle (HTA), du diabète, des maladies coronariennes et de certains cancers.

2,7 millions d'individus meurent chaque année à cause d'une insuffisance de consommation de fruits et légumes ¹⁶.

La Région africaine est aujourd'hui confrontée à un double problème : alimentation déséquilibrée et sous-nutrition. Cette dernière constitue un facteur important de morbidité, notamment au niveau de la population infanto-juvénile. Mais l'alimentation déséquilibrée, surtout si elle est associée aux autres facteurs de risque nutritionnels comme la consommation excessive de boissons alcoolisées, expose de plus en plus la population aux MNT.

A Madagascar, l'enquête STEPS a révélé que les Malgaches ne consomment pas suffisamment de fruits et légumes :

- en moyenne, les Malgaches ne consomment des fruits que 3 jours dans la semaine ;
- et 72.6% de la population ne consomment pas la quantité recommandée, à savoir 5 portions de fruits et légumes par jour ¹⁵.

De surcroît, on sait que le Malgache affectionne la viande plutôt grasse, et une frange non négligeable de la population consomme des huiles non végétales sous forme de lard ou de graisse d'origine animale.

Certains comportements alimentaires de la population, non informée quant au danger de l'utilisation de certains aliments favorisent l'apparition des MNT (ex : l'utilisation de lipides d'origine animale hautement athérogène ou des huiles maintes fois réutilisées réputées hautement cancérigènes).

Mais il ne faut pas perdre de vue que le problème de nutrition résulte aussi bien de facteurs comportementaux et métaboliques, que d'un problème de non disponibilité d'aliments appropriés et adaptés. Ainsi, les conditions de production, de stockage et de triage influent grandement sur la qualité des aliments.

Outre les activités de prise en charge et de suivi nutritionnel menées aux différents niveaux du système de santé, des engagements fermes ont déjà été pris par le Gouvernement en élaborant une Politique Nationale de Nutrition et par la mise en place de l'Office National de Nutrition (ONN) qui est un organe de coordination technique.

¹⁵MINSANPF. Enquête sur les facteurs de risque des MNT à Madagascar (Selon l'approche STEPS de l'OMS. 2005)

¹⁶OMS. Prévention des Maladies Chroniques : un investissement vital. 2006. 183p

Mais jusqu'ici, les actions se concentrent plutôt sur la malnutrition carentielle, et ciblent essentiellement les enfants, les femmes enceintes et allaitantes.

L'ONN à travers ses deux branches opérationnelles, est fonctionnel au niveau de plusieurs sites communautaires gérés par des Associations/ONG locales, couvrant toutes les régions du pays.

Au niveau du Ministère de la Santé, les services en charge de la nutrition, de la santé bucco-dentaire et de la santé de l'enfant et de l'adolescent, mènent des activités d'éducation en hygiène alimentaire et de lutte contre la malnutrition au niveau des écoles primaires, en collaboration avec les partenaires.

L'Agence de Contrôle de la Sécurité Sanitaire et de Qualité des Denrées Alimentaires (ACSQDA), service en charge de veiller sur la santé des consommateurs assure la conformité des denrées alimentaires consommées, distribuées, commercialisées ou produites à Madagascar aux normes les plus strictes de sécurité sanitaire et d'hygiène alimentaire. Son champ d'action ne s'étend pas encore jusqu'au contrôle de l'équilibre nutritionnel.

Le Ministère chargé de l'Education Nationale vient seulement d'intégrer la promotion de l'alimentation saine dans le programme scolaire de l'éducation fondamentale.

Le système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle est encore à l'état embryonnaire.

c) La consommation excessive d'alcool

A Madagascar, la lutte contre l'alcoolisme semble par contre très timide. Les publicités des marques notoires d'alcool ne sont guère balisées. Les centres de sevrage sont rarissimes. L'alcool est le premier produit source de toxicomanie dans plusieurs pays. Sa consommation excessive est un facteur de risque d'hypertension artérielle et de diabète et peut également être à l'origine de cardiomyopathies. Associé au tabac, il a une action synergique sur l'apparition des cancers des voies aéro-digestives supérieures, le risque entraîné par l'association des deux facteurs, tabac et alcool, est multiplié par 32 par rapport à la somme des risques apportés par chacun d'eux.

La prévalence de l'alcoolisme à Madagascar n'est pas négligeable. L'enquête menée par la Croix bleue Malagasy en 2013 dans 3 régions de Madagascar a révélé que 40% de la population (jeunes et adultes) consomment de l'alcool. Cette même enquête révèle que 30,5% des jeunes de 15 à 30 ans consomment à chaque occasion 6 verres standards d'alcool.

En effet, l'alcool est omniprésent dans tous les milieux, à toutes occasions et sous toutes ses formes à Madagascar, alors qu'on ne compte malheureusement que de rares centres de sevrage.

d) La sédentarité

L'insuffisance d'exercice physique est à l'origine d'environ 1,9 millions de décès par an à travers le monde ¹⁶. L'insuffisance d'activité physique est souvent associée aux autres facteurs de risque tels que l'excès de poids, l'obésité ou le diabète. Elle majore ainsi le risque de voir apparaître notamment les maladies cardio-vasculaires, les cancers coliques ou le cancer du sein chez la femme ménopausée.

A Madagascar, le pourcentage de la population sédentaire est de l'ordre de 22,2% ¹⁵. Il importe de diminuer cette prévalence afin de réduire l'effet néfaste de la combinaison des facteurs de risque, la sédentarité ayant plutôt tendance à augmenter rapidement avec le changement des modes de vie, surtout en milieu urbain.

I.4.1.2. Les facteurs de risque intermédiaires

a) L'hypertension artérielle

C'est le principal facteur de risque d'AVC, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et de maladie coronarienne. L'HTA est devenue une pathologie meurtrière et source de handicap socioéconomique majeur, tuant 7,1 millions d'individus par an ¹⁶.

La prévalence de l'HTA est estimée à 35,8%, soit un adulte sur trois ¹⁵. Depuis une décennie, les tranches d'âge atteintes sont de plus en plus jeunes, à partir de 15 ans. Dans plus de 50% des cas, l'HTA est toujours associée aux autres FdR, et l'expérience en milieu hospitalier prouve que l'HTA est toujours compliquée, ce qui majorerait encore le coût de la prise en charge.

L'HTA constitue ainsi à Madagascar, un FdR prépondérant des MNT. Elle est la cause la plus fréquente des AVC qui constituent eux-mêmes la première cause de mortalité hospitalière. En outre, l'HTA est l'une des causes majeures d'absentéisme en milieu professionnel.

L'HTA a une tendance à la hausse. En effet le nombre de cas admis en hospitalisation pour HTA varie de 1390 à 1976 de 2011 à 2013 ¹⁷.

L'évolution vers les stades compliqués est liée aux lacunes en matière de dépistage, d'information et de sensibilisation permanente, ainsi qu'au manque de réseau de prise en charge efficace entre les agents prestataires à tous les niveaux du système de santé.

¹⁵MINSANPF. Enquête sur les facteurs de risque des MNT à Madagascar (Selon l'approche STEPS de l'OMS. 2005)

¹⁶OMS. Prévention des Maladies Chroniques : un investissement vital. 2006. 183p

¹⁷ Annuaire des statistiques

b) La surcharge pondérale et l'obésité

L'excès pondéral et l'obésité sont d'importants facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (MCV). Elle constitue la première cause de mortalité de plus de 17 millions de décès annuels dans le monde¹⁶.

Les estimations de l'OMS montrent que l'excès pondéral et l'obésité, jadis considérés comme un problème des pays riches, explosent littéralement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cette évolution est due à différents facteurs, en particulier à une modification du régime alimentaire avec une augmentation de la ration calorique, et notamment de l'apport de graisse, de sel et de sucre notamment par les boissons gazeuses sucrées, et une tendance à la sédentarité, surtout en milieu urbain.

L'augmentation de l'indice de masse corporelle est un facteur de risque majeur de cardiopathie, d'accident vasculaire cérébral, de diabète de type 2 et d'autres maladies chroniques. L'OMS estime qu'au cours des dix prochaines années, la progression des MCV touchera surtout les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Afrique où le nombre des décès liés aux MCV devrait augmenter de plus de 25%¹⁸.

Selon l'enquête STEPS menée en 2005, 2% des adultes de 25 à 64 ans sont obèses et 12,3% accusent une surcharge pondérale¹⁵.

Selon l'EDS IV, 5 % des femmes ont un surpoids et 1 % sont obèses. Cette proportion est la plus élevée dans les ménages les plus riches (12,9 %) et dans les régions de Boeny, Menabe, Atsimo Andrefana et Analamanga (respectivement 16%, 11,4%, 9,8%, 9 %) ¹⁹.

Cette situation est sans doute favorisée par une conception culturelle qui considère l'obésité comme signe de bonne santé et facteur de séduction.

Si aucune action n'est entreprise d'ici une dizaine d'années, celle-ci avoisinera 25-50% avec tous les risques qui y sont rattachés.

c) Le diabète

Actuellement le monde est en train de vivre ce qu'on peut qualifier de véritable épidémie de diabète, car si en 1985, on estimait à 30 millions le nombre des diabétiques dans le monde, en 10 ans on en a recensé 135 millions pour atteindre une projection de 300 millions au moins d'ici 2025²⁰.

La charge de morbidité est considérable car au moins un décès sur 20 dans le monde est imputable au diabète. Près de 90% des 171 millions de cas estimés dans le monde sont des cas de diabète de type 2.

¹⁵MINSANPF. Enquête sur les facteurs de risque des MNT à Madagascar (Selon l'approche STEPS de l'OMS. 2005)

¹⁶OMS. Prévention des Maladies Chroniques : un investissement vital. 2006. 183p

¹⁸OMS. Communiqué de Presse OMS/44. 22 septembre 2005

¹⁹EDS IV. 2008- 2009 : p 207 -208

²⁰OMS. Diabète : le coût du diabète. Aide-mémoire N° 236, révisé Septembre 2002

En 2010, le nombre de patients diabétiques répertoriés dans le système de santé à Madagascar, y compris l'Association Malagasy de lutte contre le Diabète (AMaDia), était de 14.645. En 2014, ce chiffre a presque doublé car est passé à 26.000 grâce aux efforts de dépistage. Mais cette situation est encore loin de refléter la réalité. En effet, d'après l'estimation mondiale, 4% de Malgaches vivent avec le diabète, soit plus de 880.000 personnes ²¹.

Le taux de létalité hospitalière est de l'ordre de 9,2% au niveau des CHR ²².

S'il n'est pas traité, le diabète peut causer de graves complications à long terme : handicap, MCV, insuffisance rénale, cécité et risque d'amputation. Une infime partie des FS seulement font le dépistage du diabète.

Le CHU Joseph Raseta Befelatanana abrite le seul centre de référence hospitalière public pour tout le pays. L'Unité de Soins de Formation et de Recherche en Diabétologie et Endocrinologie, dotée de 41 lits.

Les équipements utilisés actuellement au sein de ce service pour le dépistage et la prise en charge des cas, sont fournis par une association regroupant les diabétiques, dénommée AMaDia.

En outre, l'AMaDia possède un centre médico-dentaire sis à Antananarivo, une unité d'hospitalisation où les soins et la prise en charge sont de type participatif, et 6 antennes dans les régions de Vakinankaratra (Antsirabe, Antanifotsy), Amoron'Imania (Ambositra), Alaotra Mangoro (Ambatondrazaka), Haute Matsiatra (Fianarantsoa), Menabe (Morondava) et Boina (Mahajanga).

Les ressources humaines disponibles sont loin de satisfaire les besoins réels au niveau national.

La découverte des complications dégénératives constitue dans la majorité des cas, à la fois le premier motif de consultation et la circonstance de découverte de la maladie, témoignant du retard dans le dépistage et la prise en charge ²³.

d) Les dyslipidémies

Bien que constituant un important FdR des MNT, l'importance des dyslipidémies n'a pu jusqu'ici être évaluée au sein de la population Malgache.

Les activités de dépistage des FdR des MNT intégrées au niveau des activités des FS de base se sont heurtées à des contraintes d'ordre organisationnel, matériel et financier et sont donc restées à l'état embryonnaire.

²¹OMS 2014

²²Annuaire statistiques 2012

²³Ravonisoa Andrianantenaina Fenoso. Le diabète : Le coût clinique du retard de prévention primaire. Thèse de Doctorat en Médecine de la Faculté de Médecine d'Antananarivo. 2007, p41, p88

I.4.1.3. Les facteurs socio- économiques, culturels et environnementaux

Les couches les plus défavorisées sont plus vulnérables aux MNT en raison du manque de moyens, du stress psychosocial, des niveaux plus élevés des comportements à risque, des conditions de vie malsaines et de l'accès limité à des soins médicaux de bonne qualité.

La pollution atmosphérique, la pollution de l'air à l'intérieur des habitations, les substances toxiques, les rayonnements ultraviolets, la dégradation des écosystèmes sont autant de facteurs de risque environnementaux pour les MNT ²⁴. Par les MRC (asthme, tuberculose, bronchites chroniques, cancers du poumon) qu'elles entraînent, on dénombre approximativement 800.000 décès par an. La pollution de l'air intra domiciliaire cause 1,6 millions de décès par an ²⁵.

Chaque année, la pollution tueuse des cuisines est responsable de la mort de 1,5 millions de personnes. L'Afrique sub-saharienne est particulièrement affectée avec 396 000 décès annuels. La pollution de l'air à l'intérieur des habitations touche également de manière disproportionnée les femmes et les enfants. En 2002, la cuisine aux combustibles solides a tué près de 800 000 enfants et plus de 500 000 femmes.

Cuisiner au bois, à la bouse de vache, au charbon sur des feux ouverts ou des fourneaux rudimentaires constitue la réalité quotidienne de plus de la moitié de la population mondiale, et Madagascar en fait partie. Il en résulte des niveaux élevés de pollution de l'air à l'intérieur des habitations, ce qui fait courir un risque majeur de maladies respiratoires chroniques aux enfants et de maladies respiratoires aux adultes. Sur le plan mondial, la pneumonie reste la maladie qui tue le plus grand nombre d'enfants en faisant deux millions de morts par an ²⁶.

Par ailleurs, l'existence de plomb dans l'air, le mercure dans les aliments et les pesticides sont également des facteurs de risque de maladies neurologiques, cancers, maladies respiratoires et maladies cardiovasculaires ²⁴.

Selon une étude menée par l'INSTN en mai 2007 sur la pollution de l'air, certains quartiers de la capitale, notamment Soarano, Ampasamadinika et Ambohidahy accusent une forte concentration de matières particulaires ; celle du plomb dépassant de 2 à 3 fois les normes de l'OMS. Cette situation alarmante serait due à l'importance du trafic routier dans la ville d'Antananarivo, et à la multitude des voitures ne répondant pas aux normes techniques requises.

Les études manquent également pour étayer l'impact de la pollution professionnelle à Madagascar. Citons les risques encourus par les agents exposés aux produits cancérigènes tels que l'amiante, facteur de risque des cancers du poumon, les colorants favorisant les cancers de la vessie, ou la poussière de bois favorisant la survenue de cancers des sinus de la face chez les ébénistes.

²⁴OMS. Aide mémoire OMS/284. Janvier 2005

²⁵OMS. All right reserved. WHO/SDE/OEM/05.03

²⁶Mémoire de l'OMS 2014

Le Ministère de l'Environnement des Eaux et Forêts, en charge de préserver la biodiversité, a débuté la mise en œuvre de son programme environnemental. La réalisation de ce programme constitue un volet important qui pourra concourir à la réduction des facteurs de risque des MNT.

Selon l'Analyse Situationnelle et l'Estimation des Besoins de Madagascar en matière de Santé et Environnement de 2010, les facteurs responsables des maladies liées à l'environnement sont:

- la pollution de l'air ambiant et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations et du milieu de travail qui constituent les principaux facteurs de risque des maladies respiratoires,
- l'émission des gaz à effet de serre entraîne le changement climatique accentuant la fréquence et l'intensité des phénomènes météorologiques extrêmes (cyclone, inondation, sécheresse,...) responsable de la prolifération des rongeurs et des vecteurs nuisibles à l'origine des épidémies du paludisme, de la peste et des maladies émergentes et ré émergentes comme les arboviroses (dengue, chikungunya, ...),
- la pollution de l'eau due à la mauvaise gestion des déchets et la non utilisation des latrines hygiéniques sont responsables des maladies diarrhéiques et des maladies de la peau,
- la pollution du milieu due à la mauvaise gestion : (i) des produits chimiques et des pesticides à l'origine des malformations congénitales, des troubles de la croissance, des cancers et des maladies dégénératives ; (ii) des différents types et sources de déchets susceptibles d'engendrer des risques sanitaires et environnementaux ;
- la dégradation de l'environnement d'origine climatique ou humaine, source d'insécurité alimentaire qui est le principal facteur de malnutrition autant chez l'adulte que chez l'enfant ;
- le contexte économique et psychosocial dans lequel vit la population engendre des problèmes psycho sanitaires liés au mode de vie à l'origine des maladies telles que le diabète, l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux, les suicides et les stress.

I.4.2. Les Maladies Non Transmissibles et la prévention du Handicap

Dans le monde, sur 58 millions de décès toutes causes confondues, l'ensemble des maladies non transmissibles ont représenté 35 millions, soit 60 % de l'ensemble des décès, ou l'équivalent du double du nombre de décès dus aux maladies infectieuses (y compris le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme), aux affections maternelles et périnatales et aux carences nutritionnelles, prises ensemble ¹⁶.

Une étude menée par le Service de Lutte contre les Maladies Liées aux Modes de Vie (SLMV) dans la commune urbaine d'Antananarivo retrouve une proportion similaire : 50% de l'ensemble des décès enregistrés ces dernières années sont dus aux MNT ²⁷.

¹⁶OMS. Prévention des Maladies Chroniques : un investissement vital. 2006. 183p

²⁷Registre CUA

I.4.2.1. Les maladies cérébro- cardio- vasculaires(MCV)

Les MCV ont provoqué 17,5millions de décès soit 46% de décès par MNT en 2012 ²⁸.

Dans les pays en développement, les MCV sont caractérisées par leur tendance à entraîner des complications chez des personnes relativement jeunes. Ainsi, les AVC, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale viennent alimenter le cercle vicieux de la mauvaise santé et de la pauvreté.

Les FdR cérébro-cardio-vasculaires sont multiples et additifs. On retrouve souvent le tabagisme - fumer 20 cigarettes par jour multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde - or nous avons vu la forte prévalence du tabagisme à Madagascar ; l'obésité, le diabète et l'insuffisance d'exercice physique gagnent de l'importance, surtout en milieu urbain.

En outre, un suivi rigoureux des femmes sous contraception orale est préconisé afin de prévenir les risques de maladies cardio-vasculaires que le tabagisme majeure.

I.4.2.2. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Ils restent la première cause de mortalité hospitalière et de handicap chez l'adulte. En effet, l'hémiplégie se trouve en tête des cas pris en charge chez l'adulte dans nos services de rééducation. Le nombre de nouveaux cas d'AVC ne cesse d'augmenter, de 2103 cas enregistrés en 2008 à 3220 en 2010, soit un accroissement de 53% en trois ans ²⁹.

La recrudescence des AVC peut s'expliquer en grande partie par l'insuffisance, voire l'absence de prise de tension artérielle systématique des consultants adultes au niveau des formations sanitaires, ainsi que l'inobservance thérapeutique des patients hypertendus.

I.4.2.3. Les cancers

Sur un total de 58 millions de décès enregistrés au niveau mondial en 2005, 7,6 millions (soit 13%) étaient dus au cancer. Plus de 70% des décès par cancer survenus en 2005 concernaient des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. D'après les projections, le nombre des cas de cancer devrait continuer à augmenter dans le monde. On estime que 9 millions de personnes mourront d'un cancer en 2015 et 11,4 millions en 2030.

En 2012, 8,2 millions de décès par cancer dans le monde.

Le cancer du poumon est le premier type de cancer responsable de la mortalité cancéreuse (1,59 millions de décès, foie 745 000, Estomac.....).

D'après les estimations de l'OMS, le nombre de nouveaux cas de cancers à Madagascar auraient atteint 23 500 en 2014 dont environ 1000 enfants, et le nombre de décès serait de l'ordre de 10.640 ³⁰.

²⁸Rapport sur la situation mondiale des MNT 2014 OMS

²⁹Annuaire statistique 2010 p24

³⁰WHO- IARC. Globocan studies. 2008

En raison du retard au dépistage et du diagnostic, de la difficulté des référencements vers les rares services d'oncologie de l'île (HJRA, CHU Fianarantsoa, CENHOSOA), environ 1500 nouveaux cas seulement sont enregistrés chaque année au niveau de ces structures.

Les cancers gynécologiques (cancers du sein et cancers du col utérin) englobent plus de 50% des cas. Selon les résultats histopathologiques de l'IPM, sur 1722 cas de cancers diagnostiqués de 2008 à 2013, tout âge et tout sexe confondus, le cancer du col de l'utérus représente 13% de tous les cas (avec 227 cas) et constitue ainsi la seconde localisation après le cancer du sein qui représente 22% des cas (avec 378 cas).

Et pourtant, 40% des cas de cancer peuvent être évités grâce à une alimentation saine, la pratique de l'exercice physique et l'arrêt du tabac. Rien qu'en supprimant le tabac sans engager de dépenses supplémentaires, on peut supprimer un tiers des cancers.⁴⁵

Bien que les services d'oncologie se soient multipliés de 1 à 4 durant ces dernières années, les possibilités de prise en charge n'ont pas suivi. En effet, l'investissement de l'Etat pour l'achat de médicaments anticancéreux a diminué de Ar 368 000 000 en 2009 à Ar 80 000 000 en 2014 et la radiothérapie dans le centre hospitalier public n'est plus fonctionnelle depuis 2009. Un centre de radiothérapie privée vient d'ouvrir ses portes depuis mars 2015 mais reste financièrement inaccessible pour la grande partie de la population.

Actuellement, l'Etat s'engage dans la construction d'un bunker dont le processus de mise en place est en bonne voie. L'AIEA est prêt à s'investir en équipements de radiothérapie.

Le dépistage des lésions précancéreuses du col utérin par la méthode par inspection visuelle à l'acide acétique et traitement par cryothérapie a débuté en 2007 et concerne actuellement 6 districts sanitaires (Antananarivo Renivohitra, Antananarivo Atsimondrano, Antsirabe 1, Toamasina 1, Ansiranana 1 et Fianarantsoa 1). 5% seulement de la population cible a bénéficié de dépistage, la mise à l'échelle n'ayant pu progresser de façon significative en raison de contraintes financières.

Madagascar vient de bénéficier d'un fonds de GAVI pour mener sur deux districts (Toamasina 1 et Soavinandriana), une phase de démonstration de l'introduction du vaccin anti HPV, sur des fillettes de 9 à 13 ans et/ ou fréquentant la classe de 7ème. Une couverture vaccinale de 61, 59% a été obtenue la première année. La phase d'introduction est en bonne voie.

L'oncologie pédiatrique est appelé à se développer, avec l'appui de partenaires.

Le Registre de cancer a été instauré depuis 2005 dans quelques hôpitaux de référence. L'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières entrave son développement et sa généralisation.

Le développement actuel du secteur minier est susceptible d'exposer la population à des situations à risque telles que les irradiations, les intoxications aux minerais et les poussières.

⁴⁵Politique Nationale de prévention et lutte intégrées contre les maladies chroniques non transmissibles

I.4.2.4. Les maladies respiratoires chroniques (MRC)

Les maladies respiratoires chroniques constituent actuellement un véritable problème de santé publique aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement par le coût de leur prise en charge et par l'absentéisme qu'elles engendrent.

Dans les pays en développement, les maladies respiratoires chroniques sont surtout liées au comportement, au mode de vie et à l'environnement de la population, tels que le tabagisme, les pollutions domestiques, professionnelles et atmosphériques.

Les principales maladies respiratoires chroniques documentées sont l'asthme et les allergies respiratoires. Ces maladies figurent parmi les 10 principales causes de morbidité hospitalière en occupant le 6ème rang (2.1%) des consultations de référence des CHRR/CHU et le 8ème rang (2.3%) des consultations externes de référence des CHRD.²²

La Broncho- Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) post-tabagique est estimée à 8%. La pollution de l'air constitue un facteur important dans la genèse des maladies respiratoires et est responsable de 40 % des infections respiratoires, 10 000 décès par an chez les enfants de moins de 5 ans; 1 400 décès chez les femmes de plus de 30 ans suite à des bronchites chroniques.³¹

La BPCO, 3^e cause de mortalité dans le monde, a une létalité élevée à Madagascar, causant un décès pour 6 malades (17,8%).³²

Ce sont des maladies invalidantes, d'évolution chronique, source de réduction du rendement des personnes qui en sont atteintes.

La forte létalité imputable à ces pathologies s'explique en grande partie par l'insuffisance de ressources nécessaires existantes pour améliorer la qualité de la prise en charge.

I.4.2.5. Les troubles mentaux et neurologiques

A Madagascar, une étude épidémiologique année 1998- 2000 a montré que 47% de la population d'Antananarivo et 31% de Mahajanga ont présenté au moins un trouble mental.

Au niveau des CHU, des CHRR, des ES, les maladies neuropsychiques représentent 7,11% des consultations externes. Parmi ces troubles, l'épilepsie vient en tête (40,28%), suivie des troubles liés à l'alcool (10,99%), puis de la schizophrénie (10,38%).²²

Les malades mentaux sont encore victimes de stigmatisation et de discrimination. D'une façon générale, ils viennent rarement consulter dans les formations sanitaires et ont d'abord recours soit aux guérisseurs traditionnels, soit aux « toby », tenus par des religieux. De plus, l'accès aux soins est encore limité.

²² Annuaire des statistiques sanitaires 2012

³¹ PNUD-SSE 2013

³² Profil sanitaire des personnes âgées à Madagascar, 2014

I.4.2.6. Les affections bucco- dentaires

La forte prévalence des FdR des MNT à Madagascar tels que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, l'insuffisance de consommation de fruits et légumes, exposent la population aux parodontopathies, au déchaussement prématuré des dents, au cancer buccal, et aux caries, surtout en cas d'abus de sucreries et de mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Une forte prévalence des caries et parodontopathies, avoisinant les 80% est notée pour toutes les tranches d'âge.³³

Les affections bucco-dentaires figurent parmi les 10 causes de morbidité au niveau des CSB.³⁴

En général, l'accessibilité de la population à des soins buccodentaires réguliers est encore difficile. Les soins de caries sont plus habituelles au niveau des Centres hospitaliers (CHD, CHRR, CHU, ES).

Des efforts de multiplication des cabinets dentaires ont été entrepris depuis une dizaine d'années ayant abouti à la création de centres de dentisterie jusqu'au niveau de tous les chefs-lieux de districts sanitaires, d'une quarantaine de communes et de quelques écoles grâce à l'appui de l'Etat. Malheureusement, ce développement des infrastructures souffre de l'insuffisance de dentistes sortants ou recrutés.

I.4.2.7. La drépanocytose

La drépanocytose, révélée également comme étant un véritable problème de santé publique à Madagascar, avec une prévalence globale de 9 % et de 18,5% dans la région de forte endémicité (Grand Sud Est). Responsable de la mortalité des enfants de moins de 5ans, c'est une pathologie lourdement handicapante également. Selon le rapport annuel d'activité 2012, 2013 et 2014, 2409 drépanocytaires ont été enregistrés en 2012, 2399 en 2013 et 3630 cas en 2014 avec 3291 en consultation externe dans toutes les formations sanitaires et 339 en morbidité hospitalière, ceci grâce aux efforts de dépistage en collaboration avec LCDMF. Les nouveaux cas dépistés nécessitent une prise en charge et un suivi à long terme.

I.4.3. Les déficiences et facteurs sources d'incapacités et de handicap à Madagascar

En se référant à la prévalence mondiale du handicap, on peut estimer à plus de 3 000 000 les personnes en situation de handicap à Madagascar. Les conditions socio-économiques précaires où vit la population constituent une toile de fond source de déficiences ou d'incapacités.

³³Enquête nationale IOSTM 2001-2002

³⁴Annuaire statistiques 2011, 2012, 2013

I.4.3.1. Déficiences et incapacités physiques

Le Rapport mondial sur le handicap diffusé en 2011 par l'OMS et la Banque mondiale attire l'attention sur la nécessité d'une meilleure prise de conscience du problème du handicap qui concerne environ 15% de la population mondiale.

Chez l'enfant de 2 à 9ans, un peu plus du tiers de l'ensemble, soit 34,5% des enfants présentaient un risque positif d'incapacité avec une prédominance de l'incapacité liée au développement moteur (14,3%), suivie de celle liée au retard mental (11,6%).³⁵

Les situations à risques d'incapacité pour les enfants sont multiples. Citons :

- Un suivi des grossesses encore insuffisant en termes de complétude : 1 visite: 86%; 4 visites: 49%.¹⁹
- Le faible taux d'accouchement dans les établissements de santé, de l'ordre de 35 % seulement¹⁹, expliquant en partie une fréquence croissante de la paralysie cérébrale devenue actuellement un vrai problème de santé publique, la mettant en tête des pathologies les plus fréquemment rencontrées dans les services de réadaptation.
- La malnutrition : 50 % des enfants de moins de 5 ans accusent un retard de croissance : 24 % sous la forme modérée et 26 % sous la forme sévère¹⁹. A noter que la prévalence de la malnutrition chronique augmente très rapidement avec l'âge : à moins de 6 mois, un quart des enfants (24 %) accusent un retard de croissance et à 18-23 mois, plus d'un enfant sur deux (53 %) est touché par la malnutrition chronique. Le rachitisme, à l'origine d'importantes déformations invalidantes, n'est pas en reste.
- Les infections, comme les ostéomyélites souvent négligées sont encore fréquentes en raison de l'insuffisance des soins préventifs et de la priorité accordée par la population aux massages traditionnels, entraînant des situations chroniques avec incapacités physiques.

I.4.3.2. Les traumatismes

Environ 5,8 Millions de personnes meurent chaque année des suites d'un traumatisme, ce qui représente 10% des décès survenant dans le monde et environ 16% de toutes les incapacités dans le monde sont dues à des traumatismes.³⁶

A Madagascar, les traumatismes constituent un autre facteur de risque majeur de déficiences et d'incapacités tant chez l'enfant que l'adulte ; 61,9% des admissions dans les urgences hospitalières en 2009 étaient victimes de traumatismes. Les premières causes en sont les accidents de circulation (57,5% des cas), suivies des chutes (27,9% dont 7% concernent des personnes âgées de plus de 60 ans)³⁷. Les paraplégies et tétraplégies post-traumatiques ne bénéficient pas d'une prise en charge adéquate tant en phase aigüe qu'au stade de récupération ou au stade séquellaire.

¹⁹EDS IV. 2008- 2009 : p 204- 207 -208

³⁵DDSS/INSTAT/UNICEF, MICS 2000

³⁶TV : Les faits OMS 2010

³⁷Enquête hospitalière SLMV/OMS en 2009

D'autres pathologies de l'enfant sources de handicap n'ont pas de cause évidente, mais ont une fréquence suffisamment élevée pour être prises en considération, tel le pied bot varus équin congénital. Ce dernier constitue la seconde préoccupation des services de rééducation avec une référence tardive, nécessitant souvent un traitement chirurgical, alors que le traitement orthopédique institué dès la naissance et suivi régulièrement garantit de très bons résultats fonctionnels.

Chez l'adulte, le premier facteur de risque d'incapacité physique est l'HTA, principale cause d'AVC et d'hémiplégie à Madagascar.

L'insuffisance de sensibilisation en matière de prévention du handicap, le retard de la prise en charge par défaut de dépistage, de diagnostic ou de référence de toute condition pathologique, même la plus banale, constitue la principale source d'incapacité. En outre, les Services de Réadaptation sont insuffisants en qualité et en quantité. Christofell Blindenmission (CBM) et Move Ability- Comité International de la Croix Rouge (MA- CICR) s'engagent actuellement pour appuyer les services d'orthopédie et de réadaptation.

1.4.3.3. La violence

En Afrique, toutes les formes de violence sont rencontrées et celles qui deviennent de plus en plus préoccupantes sont la violence collective (par la guerre), la violence interpersonnelle et la violence sexuelle.

A Madagascar, la violence, sous toutes les formes, est aussi devenu un problème de santé publique pouvant être pourvoyeur de déficiences et d'incapacités. 41,7% des admissions au niveau des services d'urgence hospitaliers en 2009 étaient victimes de violence. La violence entre jeunes est prépondérante et affecte 6 victimes sur 10, suivie par la violence conjugale qui touche près de 1/5 des victimes³⁷. Des efforts sont actuellement entrepris pour faciliter la prise en charge des violences. Malgré tout, les victimes hésitent encore à briser le silence. Parfois, l'insuffisance de coordination des différents secteurs concernés démotivent également les familles à poursuivre le processus.

1.4.3.4. La déficience oculaire et la cécité

D'après les estimations de l'OMS, dans le monde, 285 millions de personnes présentent une déficience visuelle (4%) dont 39 millions sont aveugles (0,5%) et 246 millions présentent une baisse de l'acuité visuelle.³⁸

Selon l'estimation de l'OMS, la prévalence de la cécité à Madagascar est de 1%, dont 50 % due à la cataracte³⁹. Cette dernière reste à l'origine d'un grand nombre de cécités évitables mais le taux de chirurgie reste encore faible

Durant ces trois dernières années, une tendance à la baisse du taux de chirurgie de la cataracte (TCC) est notée, en raison du contexte sociopolitique qui prévaut dans le pays entraînant un ralentissement de la collaboration avec les partenaires. Ce taux a baissé de 2011 à 2013, passant de 348 à 252,64 alors que l'objectif à atteindre était de 450.

³⁷ Enquête hospitalière SLMV/OMS en 2009

³⁸ OMS. Aide-mémoire N°282, publié en Octobre 2013

³⁹ La région subsaharienne/PNSO 2009

Il faut noter qu'à ce jour, les activités communautaires et les appuis techniques et financiers des centres d'ophtalmologie du pays sont supportés intégralement par les partenaires hormis les salaires des fonctionnaires.

A part la cataracte qui a été priorisée jusqu'ici, les sources hospitalières révèlent que les principales causes de cécité et de déficiences visuelles qui devraient nous préoccuper dans les années à venir sont les erreurs de réfraction (première cause de consultation ophtalmologique), les conjonctivites, les traumatismes, les infections (conjonctivite, kératite, uvéite), le glaucome, l'avitaminose A, la rétinopathie diabétique, la cécité de l'enfant.

Un projet de prise en charge du rétinoblastome, cancer de l'œil touchant l'enfant accessible au traitement si dépistée tôt, est en cours de préparation.

I.4.3.5. La déficience auditive et la surdité

Dans le monde d'après les estimations de l'OMS, 360 millions de personnes (5,14%) souffrent de déficience auditive incapacitante.⁴⁰

D'après les enquêtes et études menées à Madagascar, la première cause de déficience auditive est l'otite, suivie par le bouchon de cérumen. Selon l'annuaire statistique 2012, l'otite, toutes formes confondues, figure en 9ème place sur les 10 principales causes de morbidité, avec 2,5% des consultations externes de référence des CHRR/CHU/ES chez les enfants de moins de 5 ans. En effet, les otites souvent non dépistées et donc non traitées sont les principales sources de déficiences auditives dans le pays.

Les services ORL ne sont présents que dans quelques grandes villes. Ainsi, le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de ses partenaires dont SALFA a entamé le renforcement du dépistage et de la prise en charge des pathologies courantes de l'oreille au niveau des formations sanitaires de base. Ceci s'est fait à travers un renforcement de compétences des prestataires et une dotation en otoscopes. Mais faute de moyens, cette action peine à s'étendre. La SALFA assure tant bien que mal les activités communautaires avec l'appui ponctuel de nos médecins fonctionnaires pour le renforcement de capacité de nos agents de santé. Cette action mérite pourtant d'être appuyée et pérennisée pour prévenir la déficience auditive en particulier chez les enfants, d'autant que les rhinopharyngites, à l'origine des otites sont communes chez l'enfant Malagasy.

La fondation STARKEY par le biais des clubs ROTARY d'Antananarivo, organise depuis peu, une fois par an, une campagne de distribution gratuite de prothèses auditives aux patients déficients auditifs nécessitant un appareillage.

La cécité, la surdité et la déficience auditive font partie des principales formes d'invalidité causant de graves problèmes éducationnels, professionnels et socio-économiques. A Madagascar, les structures de réadaptation (écoles des sourds) sont surtout privées, relevant de l'Eglise Luthérienne principalement. L'éducation inclusive n'en est qu'à ses débuts.

⁴⁰ OMS. Aide-mémoire N°300 de Février 2014

II. IMPACTS SOCIO- ECONOMIQUES DES MNT

II.1.1. Impacts socio- économiques sur le pays

Les MNT sont pour la plupart liées à quatre facteurs de risques comportementaux communs, à savoir *le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité*.

En réalité, l'alcoolisme entraîne bien d'autres effets nocifs sur la santé en général, sans parler des problèmes socio-économiques qu'il engendre tant au niveau de la famille, du milieu professionnel, qu'au niveau de la communauté. D'une part, les personnes sous l'influence de l'alcool travaillent moins efficacement, d'autre part, les absences ou les décès provoquent une perte de revenu à combler.

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 pertes de productivité dues aux MNT et aux handicaps qu'elles engendrent constituent la première conséquence sur le plan social. Tel est le cas sur l'absentéisme fréquent et l'invalidité entraînés par les BPCO occasionnant des charges supplémentaires pour la famille et la société. Leur traitement qui peut durer une vie entière est lourd et coûteux.

Dans le monde, les soins de santé liés au diabète représentent 2,5 à 15% du budget annuel des soins de santé, les frais indirects (perte de production, etc.) pouvant être encore cinq fois plus importants.

Les conséquences économiques des troubles mentaux sont également très importantes, on estime que l'impact mondial cumulé des troubles mentaux en termes de perte de production économique représentera US \$16 300 millions de millions entre 2011 et 2030.⁴¹

Les handicaps liés à ces maladies (hémiplégie, amputation ou cécité, par exemple) exercent de fortes pressions sur les systèmes de santé et de protection sociale, réduisent la productivité et appauvrissent les familles. Par conséquent, le handicap est un phénomène multifactoriel qui est la résultante de l'interaction de l'individu avec la société au sein de laquelle il vit.

Dans les pays en développement, seules 3 à 5% des personnes handicapées bénéficient des services en institutions et centres, tandis que 5 à 15% seulement ont accès à des aides techniques. Environ 90% des enfants handicapés ne fréquentent pas l'école⁴². 97% des personnes en situation de handicap sont analphabètes dont 99% des femmes adultes.

⁴¹ Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020

⁴² UNESCO

II.1.2. Impacts financiers sur l'individu et le ménage

Parlant d'impacts financiers sur l'individu et le ménage se rapportant au diabète, la Fédération Internationale du Diabète (IDF) estime qu'en 2010 111 US\$ ont été dépensés par chaque personne diabétique en Afrique.

A Madagascar, chaque coût de MNT est estimé comme suit :

- Avec une population d'environ 22 000.000, le nombre d'adultes hypertendus serait près de 2.503.000. Le coût moyen d'un traitement en monothérapie d'un cas d'HTA non compliquée en ambulatoire est de 22.400Ar par mois (1 /5 du salaire minimum de base). Le coût moyen annuel de prise en charge d'un cas simple est d'Ar 840.000 et triplé en cas de complications associées. En outre, le coût annuel de la prise en charge des hypertendus potentiels représente environ 6 fois le budget annuel alloué au Ministère de la Santé
- La prise en charge normalisée des malades admis pour AVC dans un seul centre hospitalier d'Antananarivo (HJRB) en 2006 (n = 263) s'élève à Ar 7.800.000.000 soit 394.500 US\$.
- Le coût annuel de la prise en charge d'une bronchite chronique (y compris extracteur d'oxygène à domicile et médicaments) est d'environ 6 000 000 Ar.
- Les coûts directs du traitement des troubles mentaux et épilepsie, sans parler des coûts sociaux supportés par les familles sont disproportionnés.
- Le coût du traitement mensuel d'entretien de la drépanocytose est d'environ 36 US\$ (prix officine). A cela s'ajoute le coût des bilans de suivis périodiques et la réalisation de la transfusion sanguine.

III. ENJEUX TRANSVERSAUX

Conscient que les MNT ne figurent pas parmi les cibles définies dans le cadre des OMD alors que les conséquences sanitaire et socioéconomique de l'épidémie des MNT, compromettent à la réalisation des OMD dans de nombreux pays, l'ONU, au cours de sa 66ème Assemblée Générale, vient d'adopter une Déclaration Politique sur la prévention et la maîtrise des MNT afin de mener une action mondiale concertée contre l'ampleur de ces maladies. Ainsi, tout en reconnaissant que les facteurs de risque et les déterminants sociaux des MNT dépassent les limites du ministère de la santé, l'ONU recommande dorénavant, « une action multisectorielle avec la prise en compte des questions de la santé dans les secteurs tels que notamment, l'éducation, l'énergie, l'agriculture, les sports, les transports, les communications, l'urbanisme, l'environnement, le travail, l'emploi, l'industrie et le commerce, la finance et le développement social et économique. »²

² Déclaration politique de l'ONU sur la prévention et le contrôle des MNT Paragraphe 36

Désormais les ODD, prennent en considération la lutte contre les MNT. L'enjeu se focalisera surtout sur l'engagement des Gouvernements et de tous «à œuvrer en faveur d'un monde juste et équitable et à travailler ensemble en faveur d'une croissance économique durable qui profite à tous, du développement social et de la protection de l'environnement dans l'intérêt de tous, et en particulier des enfants de par le monde, des jeunes et des générations futures, sans distinction d'âge, de sexe, de handicap, de culture, de race, d'appartenance ethnique, d'origine, de statut migratoire, de religion et de statut économique ou autre»⁴³. Les indicateurs en MNT dans l'ODD étant :

- Cible 3.4: En 2030, diminuer de 1/3 la mortalité prématurée par MNT
- Cible 3.5: Renforcer les réponses pour réduire l'utilisation nocive d'alcool
- Cible 3.8: Atteindre la couverture sanitaire universelle
- Cible 3.a: Renforcer la mise en œuvre de la CCLAT
- Cible 3.b: Soutenir la recherche et le développement de vaccins et médicaments pour les MNT qui touchent en majorité les pays en développement
- Cible 3.b: Assurer l'accès aux médicaments essentiels les moins chers et aux vaccins pour les MNT

Les MNT et le handicap deviennent des problèmes majeurs de santé publique et socio-économique. Face au problème de développement complexe des MNT, les enjeux en matière de morbidité et mortalité consistent en une lutte intra, inter et multisectorielle. Toutes les entités concernées depuis les autorités, les leaders d'opinion, les PTF, les programmes transversaux et la communauté elle-même, doivent s'engager pour lutter contre ces maladies. En effet, ces dernières constituent un véritable blocage au développement du pays déjà confronté au double fardeau de MNT et MT et à un système de santé débordé. En outre, les principaux enjeux en matière de lutte contre les MNT- PH résident dans le financement même du programme ainsi que dans le débat social et économique complexe confondu par de grands intérêts commerciaux. En effet, les programmes des MNT- PH sont « **négligés** », sous-financés. Une relation évidente pauvreté- MNT et handicap se pose réellement, aussi beaucoup d'efforts doivent être entrepris pour soutenir la lutte contre les MNT- PH. Le renforcement de l'intégration des MNT- PH dans le système de santé notamment dans les soins de santé primaire (SSP), dans la CSU et dans la recherche est alors de règle. De même, le renflouement des ressources financières attribuées aux MNT- PH n'est plus à écarter afin de faciliter la lutte préservant ainsi la productivité du pays.

⁴³ONU, Rapport du Groupe de travail ouvert de l'Assemblée générale sur les ODD, août 2014

IV. ANALYSE FFOM

FORCES	FAIBLESSES
- Engagement de l'Etat - Existence de CICLD, de l'ONN, de l'OFNALAT - Existence de la DLMNT avec les différentes composantes - Partenaires qui interviennent dans le domaine - Documents stratégiques - Appui des ONG - Bonne implication des spécialistes - LNME mise à jour - Définition des PMA	- Faiblesse du système de santé - Insuffisance de coordination dans la lutte contre les MNT et le handicap - Faiblesse de la multisectorialité dans la lutte contre les MNT et le handicap - Insuffisance de décentralisation des services de prise en charge des MNT et des services de réadaptation - Insuffisance en ressources humaines (qualité et quantité) - Insuffisance et vétusté des infrastructures et équipements - Insuffisance de financement - Accessibilité des soins difficile - Faiblesse de suivi évaluation - Faiblesse du système d'information des MNT et des déficiences - Dépendance aux financements des partenaires pour qui les MNT et le handicap ne sont pas une priorité - Faible disponibilité des médicaments essentiels - Non disponibilité des intrants d'appareillage - Insuffisance d'IEC - Insuffisance de recherche en matière de MNT et handicap
OPPORTUNITES	MENACES
- Développement de la Couverture sanitaire universelle - Partenaires potentiels - Existence des stratégies et recommandations mondiales et régionales en matière de lutte contre les MNT et le handicap - Reprise progressive de la coopération entre Madagascar et de nombreux partenaires - Utilisation des NTIC dans l'IEC - Au niveau de l'ONU, les MNT constituent une priorité	- Instabilité politique - Changement climatique - Urbanisation - Conflit d'intérêt - Bas niveau d'alphabétisation - Niveau élevé de la pauvreté

V. STRATEGIES DE PREVENTION INTEGREE DES MNT ET PREVENTION DU HANDICAP

En se basant sur l'analyse de la situation ainsi que dans la perspective de la souscription aux ODD 2015-2030, le MSANP s'est fixé comme vision « **En 2030, l'ensemble de la population malgache est en bonne santé dans un environnement sain, ayant une vie meilleure et productive** ». A cet effet, le présent document plan stratégique de lutte contre les MNT et de prévention du handicap développe des approches communes suivant les niveaux de prévention.

V.1. PREVENTION PRIMAIRE

- Plaidoyer pour l'engagement des autorités, leaders d'opinion, PTF, société civile
- Promotion de la sensibilisation pour réduire les principaux facteurs de risque communs modifiables pour les MNT: tabagisme, mauvaise alimentation, l'inactivité physique et l'usage nocif de l'alcool
- Promotion de la vaccination anti hépatite et anti HPV
- Promotion de la détection des MNT et du handicap au niveau communautaire
- Promotion de l'éducation thérapeutique des patients
- Renforcement du système de référence- contre référence
- Suivi- évaluation des actions de prévention primaire

V.2. PREVENTION SECONDAIRE

- Plaidoyer pour l'engagement des autorités, leaders d'opinion, PTF, société civile (mobilisation de ressources, dépistage et prise en charge précoce, prévention des complications)
- Intégration du dépistage et de la prise en charge précoce des MNT dans les SSP
- Réorientation du système de santé pour offrir un minimum de soins pour les MNT au niveau des SSP
- Mis en œuvre et suivi des approches faisables, rentables pour la détection et la prise en charge précoce des MCV, les cancers, le diabète, MRC et leur gestion dans les SSP
- Renforcement du système de référence- contre référence
- Suivi- évaluation des actions de prévention secondaire
- Surveillance des MNT et handicap

V.3. PREVENTION TERTIAIRE

- Plaidoyer pour l'engagement des autorités, leaders d'opinion, PTF, société civile (mobilisation des ressources, dépistage et prise en charge des séquelles)
- Réorientation du système de santé pour offrir des soins pour les séquelles
- Renforcement du système de référence- contre référence
- Suivi- évaluation des actions de prévention tertiaire
- Surveillance des handicaps dus aux MNT

VI. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL

Etant donné que la mortalité due aux maladies non transmissibles devrait encore augmenter de 17 % au cours des dix prochaines années si rien n'est fait, l'OMS estime que les décès dus aux MNT atteindront 44 millions en 2020 et 55 millions en 2030 ⁴⁴. Aussi, la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles met surtout l'accent sur l'action contre les facteurs de risque comportementaux qui en grande partie sont évitables.

La mise en œuvre de ce plan stratégique permettra de contribuer à l'atteinte des objectifs du PDSS car les stratégies du présent document s'alignent avec les axes stratégiques du PDSS.

VI.1. VISION

La vision à atteindre par la mise en œuvre du présent document de plan stratégique est cadrée dans la vision du PDSS 2015- 2019.

La population Malagasy est libérée du poids évitable occasionné par les maladies non transmissibles et tous les Malagasy en situation de handicap, y compris les enfants et leurs familles vivent dans la dignité, ont les mêmes droits et opportunités que les autres et peuvent accéder à un plein épanouissement

VI.2. MISSION

Fournir un leadership et direction aux efforts nationaux pour la lutte contre les MNT et les FdR associés en utilisant une approche basée sur une évidence.

VI.3. PRINCIPES DIRECTEURS

Ces principes sont représentés par les valeurs fondamentales dont:

- Equité
- Accès universel
- Solidarité
- Justice sociale
- Participation communautaire
- Action intersectorielle
- Approche droits de l'homme du programme
- Approche intégrée sur la lutte des FDR communs
- Choix d'intervention avec coût efficace
- Appropriation et redevabilité nationale

⁴⁴ Global Health

VI.4. OBJECTIFS

VI.4.1. Objectif général

Participer pleinement à la lutte contre la pauvreté et au redressement socio-économique du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population

VI.4.2. Objectifs spécifiques

- Renforcer l'organisation et la gestion du système de santé dans le domaine MNT et handicap
- Assurer un environnement sain et durable pour une meilleure santé de la population
- Améliorer l'offre de services et de soins intégrés de qualité des MNT et du handicap à tous les niveaux

VI.5. PRINCIPALES STRATEGIES

L'objectif visé à travers ce plan est de prévenir les MNT et le handicap pour la réduction significative de la mortalité liées aux MNT, la morbidité, l'incapacité ainsi que le niveau d'exposition aux facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues, à une mauvaise alimentation et à la sédentarité. Il en est de même pour les maladies bucco-dentaires, les troubles mentaux, les traumatismes, la violence, la drépanocytose.

A cet effet, six (06) stratégies à haut impact sur le système de santé et dont l'atteinte est réaliste ont été identifiées pour ce plan stratégique 2017-2021 :

S1 Renforcement de la coordination, du leadership, de la gouvernance, du plaidoyer, de l'action multisectorielle (approche stratégique) et des partenariats (appui) pour accélérer la lutte contre les MNT

S 2 Réduction de l'exposition aux FdR modifiables et environnementaux (écologiques) des MNT et des Handicaps en créant des environnements favorables à la santé

S 3 Renforcement du système de santé afin de prévenir et de combattre les MNT et les handicaps

S 4 Accessibilité aux soins de qualité pour renforcer la prise en charge des MNT et handicap

S 5 Promotion de la recherche pour la lutte contre les MNT-PH

S 6 Surveillance et évaluation de l'évolution des MNT-PH et de leurs déterminants

VI.6. RESULTATS ATTENDUS

La mise en œuvre des activités cibles 2017-2021 du PSNLIMNT-PH permettra d'atteindre les résultats d'impacts et d'effets ci après :

- réduction d'au moins 10% de la mortalité due aux MNT ;
- réduction de 20% de la morbidité due aux MNT
- réduction de la prévalence de l'HTA de 35,8% à 30%
- réduction de 5% de la proportion des personnes présentant des incapacités

VI.7. CADRE LOGIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE

Activités prioritaires (A) par Stratégie (S)	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses et risques
<i>S1 Renforcement de la coordination, du leadership, de la gouvernance, du plaidoyer, de l'action multisectorielle (approche stratégique) et du partenariat (appui) pour accélérer la lutte contre les MNT</i>	% de régions intégrant les MNT-PH dans leurs PMO/PTA : activités financées et/ou réalisées	Plans de travail MNT régional	Politique sectorielle appropriée
A1.1 Renforcer le plaidoyer pour l'intégration, la prévention et la prise en charge des MNT dans les SSP et CSU	Nombre de plans d'engagements signés	Plan de travail MNT régional	
<i>1.1.1 Faire le plaidoyer pour l'intégration de la prise en charge des MNT-PH dans les soins de santé primaires</i>			
<i>1.1.2 Elaborer un document de plaidoyer</i>			
<i>1.1.3 Mener des actions de plaidoyer</i>			
A1.2 Redynamiser les comités techniques de coordination de MNT- PH à tous les niveaux	Proportion de structures décentralisées disposant de comités fonctionnels	PV de réunion et rapports techniques	
A1.3 Développer la collaboration multi et intersectorielle	Proportion de conventions et mise en œuvre par rapport aux signées	Conventions	
A1.4 Développer la collaboration intersectorielle	Nombre de comités intersectoriels opérationnels		
A1.5 Renforcer la législation (lois sur la santé mentale, commercialisation des aliments, allaitement maternel, personnes handicapées, utilisation du sel, protection des consommateurs)			

Activités prioritaires (A) par Stratégie (S)	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses et risques
<i>S 2 Réduction de l'exposition aux facteurs de risque modifiables et environnementaux (écologiques) des MNT et des Handicaps en créant des environnements favorables à la santé</i>	Prévalence du tabac à fumer Prévalence alcoolisme	Enquête STEPS	Attitudes positives socioculturelles
A2.1 Renforcer et pérenniser l'environnement favorable à la lutte contre tabac, alcool et drogue	% des textes appliqués par rapport aux adoptés		
2.1.1 Assurer l'application de la CCLAT			
2.1.2 Assurer l'application et renforcer la législation sur l'alcool			
A2.2 Promouvoir les comportements favorables à la lutte contre les MNT-PH	% de lieu de travail promouvant la santé	Note de service	
2.2.1 Développer les activités de communication pour un impact comportemental en vue de la prévention des FdR modifiables et l'adoption de mode de vie sain dans la communauté, les écoles et le milieu de travail			
2.2.2 Impliquer la communauté notamment les leaders d'opinion dans les activités de prévention des FdR modifiables et de promotion de mode de vie sain			
2.2.3 Favoriser la mise en place des écoles et lieux de travail promouvant la santé			
<i>S 3 Renforcement du système de santé afin de prévenir et de combattre les MNT et les handicaps</i>	Taux de disponibilité des intrants de santé en MNT et handicap au niveau FS	Logiciel channel	Ressources financières inappropriées
A3.1 Impliquer les structures communautaires prévues par la PNSC dans la lutte contre les MNT-PH	% de cas dépistés en MNT au niveau communautaire	RMA communautaire	
3.1.1 Assurer le dépistage, la référence et le suivi des cas de MNT et handicap au niveau communautaire			
A3.2 Renforcer les plateaux techniques à tous les niveaux dans la prise en charge des MNT-PH	Taux de disponibilité de médicaments traceurs en MNT au niveau FS de base	Logiciel channel	
3.2.1 Développer et diffuser à large échelle les guides et protocoles de PEC des MNT et handicaps			
3.2.2 Améliorer l'approvisionnement en intrants aux niveaux appropriés de système			

Activités prioritaires (A) par Stratégie (S)	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses et risques
<i>de santé</i>			
<i>3.2.3 Doter en matériels et équipements adéquats les FS à tous les niveaux</i>			
<i>3.2.4 Mettre aux normes les infrastructures en MNT et Handicap</i>			
S 4 Accessibilité aux soins de qualité à toutes les couches de la population y compris les vulnérables et les extrêmes pauvres pour renforcer la prise en charge des MNT et handicap	<i>Prévalence de l'HTA Prévalence du diabète Prévalence des PSEH Prévalence de la drépanocytose Nombre de cas de cancer TCC</i>	Enquête STEPS, estimation OMS, registre OMS	Ressources financières inappropriées
A4.1 Renforcer la prévention, le dépistage et la prise en charge précoces des MNT et handicap	Taux de morbidité des MNT	Annuaire des statistiques	
<i>4.1.1 Développer les programmes de dépistage des MNT- PH</i>			
<i>4.1.2 Mettre à l'échelle les activités de vaccination anti-HPV</i>			
<i>4.1.3 Intégrer les MNT dans les services des autres programmes du MSANP (PVVIH, TB, DSFa,)</i>			
<i>4.1.4 Assurer les soins palliatifs se rapportant aux MNT- PH</i>			
<i>4.1.5 Assurer la référence contre référence</i>			
A4.2 Assurer la disponibilité des RH nécessaires			
<i>4.2.1 Renforcer les compétences des agents prestataires en matière de MNT et PH</i>			
<i>4.2.2 Appuyer la mise en place de formations initiales relative aux MNT- PH</i>			
S 5 Promotion de la recherche pour la lutte contre les MNT-PH	% recherches sur MNT- PH menées	Rapports des Etablissements de recherche	Besoins et intérêts des chercheurs
A5.1 Développer un plan national de recherche sur MNT- PH			
<i>5.1.1 Développer la recherche opérationnelle dans le cadre de lutte contre les MNT-PH</i>			
<i>5.1.2 Identifier et promouvoir les autres axes</i>			

Activités prioritaires (A) par Stratégie (S)	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses et risques
<i>de recherche sur les MNT-PH</i>			
A5.2 Assurer la mise en œuvre du plan national de recherche sur MNT- PH			
S 6 Surveillance et évaluation de l'évolution des MNT-PH et de leurs déterminants	Taux de létalité de l'AVC en milieu hospitalier % des traumatismes par accidents de circulation % des traumatismes par accidents de travail	RMA	Système d'information uniforme
A6.1 Développer un système d'informations uniforme pour les données MNT- PH (données gendarmerie, police nationale, ATT, justice, FS privées, Communes...)			
A6.2 Développer des enquêtes (STEPS...)			
A6.3 Mettre en place un cadre de suivi évaluation des MNT-PH			
<i>6.3.1 Développer un plan de suivi évaluation</i>			
<i>6.3.2 Mettre en œuvre un plan de suivi évaluation</i>			
A6.4 Intégrer les MNT-PH dans la surveillance intégrée des maladies			
<i>6.4.1 Intégrer la surveillance épidémiologique des MNT et MT</i>			
<i>6.4.2 Combiner les données des forces de l'ordre et du système de santé sur les décès dus aux accidents de circulation</i>			
A6.5 Evaluer les lacunes dans les soins de santé primaire pour la gestion correctes des MNT			
A6.6 Promouvoir le développement de recherche pharmaceutique dans le cadre de prévention des MNT			

VI.8. RESUME BUDGET

	2017	2018	2019	2020	2021	COUT OTAL (en \$ USD)	Pourcenta ge
OG: Réduire la charge évitable de morbidité, mortalité et handicap due aux maladies non transmissibles et aux conditions handicapantes, grâce à une collaboration intersectorielle et une coopération à tous les niveaux							
<i>S1 Renforcement de la coordination, du leadership, de la gouvernance, du plaidoyer, de l'action multisectorielle (approche stratégique) et du partenariat (appui) pour accélérer la lutte contre les MNT</i>	50 000	230 000	180 000	124 570	25 000	609 570	2,79%
A1.1 Renforcer le plaidoyer pour l'intégration, la prévention et la prise en charge des MNT dans les SSP et CSU							
A1.2 Redynamiser les comités techniques de coordination de MNT- PH à tous les niveaux							
A1.3 Développer la collaboration multi et intersectorielle							
A1.4 Développer la collaboration intersectorielle							
A1.5 Renforcer la législation							
<i>S 2 Réduction de l'exposition aux facteurs de risque modifiables et environnementaux (écologiques) des MNT et des Handicaps en créant des environnements favorables à la santé</i>	75 000	200 000	300 000	350 000	400 000	1 325 000	6,00%
A2.1 Renforcer et pérenniser l'environnement favorable à la lutte contre les MNT-PH							
A2.2 Promouvoir les comportements favorables à la lutte contre les MNT-PH							

	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL	Pourcentage
OG: Réduire la charge évitable de morbidité, mortalité et handicap due aux maladies non transmissibles et aux conditions handicapantes, grâce à une collaboration intersectorielle et une coopération à tous les niveaux							
<i>S 3 Renforcement du système de santé afin de prévenir et de combattre les MNT et les handicaps</i>	1 000 000	2 500 000	2 125 000	2 250 000	2 521 595	10 396 595	47,11%
A3.1 Impliquer les structures communautaires prévues par la PNSC dans la lutte contre les MNT-PH							
A3.2 Renforcer les plateaux techniques à tous les niveaux dans la prise en charge des MNT-PH							
<i>S 4 Accessibilité aux soins de qualité à toutes les couches de la population y compris les vulnérables et les extrêmes pauvres pour renforcer la prise en charge des MNT et handicap</i>	500 000	1 500 000	2 000 000	2 250 000	2 500 000	8 750 000	39,65%
A4.1 Renforcer la prévention, le dépistage et la prise en charge précoces des MNT- PH							
A4.2 Assurer la disponibilité des RH nécessaires							
<i>S5 Promotion de la recherche pour la lutte contre les MNT- PH</i>	30 000	85 000	95 000	100 000	132 289	437 289	2,00%
5.1 Développer un plan national de recherche sur MNT- PH							
5.2 Assurer la mise en œuvre du plan national de recherche sur MNT- PH							

	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL	Pourcentage
OG: Réduire la charge évitable de morbidité, mortalité et handicap due aux maladies non transmissibles et aux conditions handicapantes, grâce à une collaboration intersectorielle et une coopération à tous les niveaux							
<i>S 6 Surveillance et évaluation de l'évolution des MNT-PH et de leurs déterminants</i>	50 000	100 000	120 000	132 500	142 482	544 982	2,47%
A6.1 Développer un système d'informations uniforme pour les données MNT- PH (données gendarmerie, police nationale, ATT, justice, FS privées, Communes...)							
A6.2 Développer des enquêtes (STEPS...)							
A6.3 Mettre en place un cadre de suivi évaluation des MNT-PH							
A6.4 Intégrer les MNT-PH dans la surveillance intégrée des maladies							
A6.5 Evaluer les lacunes dans les soins de santé primaire pour la gestion correctes des MNT							
A6.6 Promouvoir le développement de recherche pharmaceutique dans le cadre de prévention des MNT							
COUT TOTAL (en \$ USD)	1 705 000	4 615 000	4 820 000	5 207 070	5 721 166	22 068 236	100%
Pourcentage	7,73%	20,91%	21,84%	23,60%	25,92%	100%	

VI.9. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

Le présent plan stratégique intégré de lutte contre les MNT- PH s'applique dans le cadre de la Politique Nationale de Santé (PNS) et du PDSS 2015-2019. Se basant sur l'approche intégrée à travers la sensibilisation, le dépistage et la prise en charge précoces des MNT et du handicap, il se caractérise par une collaboration multisectorielle à tous les niveaux.

VI.9.1. Cadre institutionnel de mise en œuvre

La mise en œuvre efficace du PSNLIMNT- PH nécessite la redynamisation du grand Comité National de Lutte contre les MNT regroupant les acteurs clés (secteurs public et privé, société civile, PTF, communauté).

Ce comité se réunira une fois par an et sera chargé (i) de la gestion du plan sur le plan technique, administratif et financier; (ii) d'œuvrer au maintien des relations opérationnelles avec les instances de coordination au niveau décentralisé; (iii) d'assurer le suivi et la supervision à tous les niveaux ; (iv) d'assurer l'évaluation du plan de façon périodique à tous les niveaux. La tutelle technique du plan sera assurée par le Ministère en charge de la Santé et la DLMNT assurera le Secrétariat. Chaque acteur clé, membre du comité veillera à la réalisation des responsabilités qui lui sont confiées.

VI.9.2. Partenaires de mise en œuvre du plan d'action

Les interventions des partenaires de mise en œuvre sont régies par le présent document de PSNLIMNT- PH; ce sont :

VI.9.2.1. Le secteur privé

Le secteur privé sera sollicité pour jouer un rôle essentiel à l'appui des programmes de lutte contre les MNT- PH. Il sera également un cadre des interventions de promotion de la santé et de prévention des programmes MNT au bénéfice des employés de ces structures et de la population générale. Par ailleurs, les entreprises commerciales peuvent aussi contribuer de manière décisive à la prévention des MNT en optant pour un commerce responsable qui évite de promouvoir des aliments malsains et d'autres comportements nocifs à la santé et en encourageant la consommation d'aliments sains.

VI.9.2.2. Les organisations de la société civile

Les organisations de la société civile (ONG, Clubs services, les sociétés savantes, les fondations et autres organisations de bienfaisance, les associations des malades ainsi que les organisations des droits de l'homme) sont particulièrement bien placées pour sensibiliser l'opinion publique et les responsables politiques et soutenir les efforts déployés pour prévenir et combattre les MNT et le handicap.

VI.9.2.3. Les partenaires institutionnels

Il s'agit :

- des partenaires au développement dont l'appui technique, matériel et financier sera nécessaire à la mise en œuvre des documents cadres de lutte contre les maladies non transmissibles et de prévention du handicap.
- des Ministères et structures techniques en dehors du secteur de la santé dont l'implication, au regard de leurs domaines respectifs d'activités et d'intervention en rapport avec les facteurs de risques et les déterminants des maladies chroniques non transmissibles (MCNT), des maladies non transmissibles prioritaires du pays ainsi que du handicap est indispensable dans le cadre de l'action intersectorielle :
 - ✓ Ministère du commerce
 - ✓ Ministère du transport
 - ✓ Ministère de l'éducation nationale
 - ✓ Ministère de l'économie du finance et budget
 - ✓ Ministère de l'agriculture
 - ✓ Ministère de la jeunesse et sport
 - ✓ Ministère de l'énergie et des mines
 - ✓ Ministère de la population
 - ✓ Ministère de la justice
 - ✓ Ministère de la communication
 - ✓ ONN
- des programmes et structures techniques du Ministère de la Santé dont les domaines d'intervention sont en relation avec la gestion des maladies chroniques non transmissibles (MCNT), des maladies non transmissibles prioritaires du pays et du handicap.

VI.9.2.4. Le milieu de travail

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

VI.9.2.5. Le milieu scolaire

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

VI.9.3. Niveaux de mise en œuvre du plan d'action

Les interventions seront mises en œuvre aux différents niveaux suivants :

VI.9.3.1. Le niveau central

Le niveau central est responsable de la planification, de la coordination et de la supervision dans la mise en œuvre sur le territoire national, des différentes interventions et actions retenues dans les différents plans d'actions annuels découlant de ce document. Dans sa mission le niveau central appuie le niveau régional.

VI.9.3.2. Le niveau Régional

En tenant compte de la spécificité de chaque Région, le niveau régional est responsable de la planification, de la coordination et de la supervision dans la mise en œuvre des différents plans d'action annuels au niveau opérationnel du système de santé (Districts sanitaires). Ce niveau accompagne le niveau district.

VI.9.3.3. Le niveau District sanitaire

Le district sanitaire, en tant que niveau opérationnel du système de santé est responsable de la mise en œuvre effective des différents plans d'action opérationnels annuels au bénéfice de la communauté. Il est également responsable de la supervision des différents plans d'action opérationnels au niveau des formations sanitaires de base. Le District appuie, coordonne et accompagne les formations sanitaires de base ainsi que tous les intervenants qui offrent à la population des services de lutte contre les MNT et de prévention du handicap

VI.9.3.4. Les structures de prestation des soins de santé

Selon leurs plateaux techniques, tous les niveaux de prestation de soins de santé seront impliqués dans les différentes préventions et la recherche. Les capacités d'accueil ainsi que le plateau technique de ces structures de soins devront être renforcées pour les adapter aux besoins de la PEC des patients. A cet effet, le personnel médical et para médical au niveau des FS de base fera la prévention primaire à travers notamment la sensibilisation, l'éducation thérapeutique, la vaccination ainsi que la prévention secondaire dont le dépistage et la PEC précoces des cas de MNT et handicap. Les hôpitaux de référence prodigueront la PEC des cas compliqués et/ou référés du niveau inférieur. Quant aux Etablissements spécialisés, leurs attributions est surtout de PEC les soins pour les séquelles.

VI.9.3.5. La communauté

Plus qu'un bénéficiaire de ce plan stratégique, la communauté devra être impliquée comme actrice dès le départ, dans les phases d'identification des problèmes prioritaires de santé, de planification et de mise en œuvre des interventions et mesures ciblant la communauté y compris la réadaptation à base communautaire. Ceci permettra de garantir l'appropriation et le succès de ces interventions, puis d'en assurer la pérennisation au terme de leur action. Par ailleurs, sa participation est active par le biais aux agents communautaires grâce à leurs activités entre autres la sensibilisation, la référence et le suivi ou l'accompagnement des malades.

VI.9.4. Suivi de la mise en œuvre

Un plan de suivi évaluation de la mise en œuvre du présent document sera élaboré. Ce plan précisera les acteurs impliqués, leurs rôles et responsabilités respectifs, le mécanisme de suivi ainsi que les différents indicateurs de mesures de performance.

Le suivi régulier et périodique sera assuré :

- au niveau central par une structure spécifique en charge du suivi et évaluation la Cellule de Suivi et Evaluation des performances et Audit de Lutte les MNT : suivi de planification et de la mise en œuvre des stratégies et interventions définies dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les MNT- PH.
- au niveau de la région sanitaire par l'équipe de la DRSP avec comme premier responsable le Responsable MNT régional : suivi de la mise en œuvre des interventions au niveau de la DRSP.
- au niveau du district par l'équipe du SDSP : suivi de l'exécution des activités définies dans le cadre des interventions prioritaires retenues par les niveaux central et régional en vue de la lutte contre les maladies non transmissibles.

VI.9.5. Evaluation

L'évaluation du plan d'action intégré se fera à travers les évaluations à mi-parcours et finale conformément aux dispositions de suivi évaluation du PDSS 2015-2019 de concert avec la coordination de la DLMNT, les autres Directions nationales de santé impliquées, entre autres l'OFNALAT, la DSFa, la DPEV, la DLT, la DLIS, la DVSSE....

VI.9.5.1. Evaluation à mi- parcours

Elle se fera au début Janvier 2019 et portera sur le processus et les résultats :

- Prévalence de la consommation de tabac
- Prévalence de la consommation nocive de l'alcool
- Prévalence de l'inactivité physique
- Prévalence de la consommation quotidienne d'au moins 5 portions de fruits et légumes
- Prévalence de l'HTA
- Prévalence du diabète
- Disponibilité des médicaments essentiels pour le traitement des MNT
- Taux d'invalidités précoces dues aux maladies chroniques cibles prioritaires
- Taux de mortalité précoce par maladie chronique cible prioritaire

VI.9.5.2. Evaluation finale

Elle se tiendra en Octobre 2021 et portera sur les résultats d'impact attendus du présent document de plan stratégique 2017-2021.

CONCLUSION

Le présent document PSILMNT-PH, trouve son alignement dans les orientations du PDSS 2015-2019 de Madagascar et de la Déclaration politique des nations unies sur la prévention et la maîtrise des MNT.

Le PSIMNT- PH national 2017-2021 est un cadre formel qui présente les lignes directrices du Ministère en charge de la santé dans la prévention et la prise en charge précoces des principales MNT prioritaires et handicaps à Madagascar.

Après une analyse de la situation des MNT et handicaps, il propose des stratégies de lutte permettant de contribuer significativement, dans un esprit de partenariat multisectoriel, à la réduction du fardeau des MNT et des handicaps à Madagascar.

Annexe 1. ODD EN RELATION AVEC LES MNT ET LES HANDICAPS

ODD 2: Faim « zéro ». Eliminer la faim et la famine, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable.

- D'ici à 2030, une **alimentation saine, nutritive et suffisante** ;
- plus de retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des **personnes âgées**

ODD 3: Bonne santé et bien-être. Donner aux individus les moyens de mener une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges.

- fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et **combattre l'hépatite**, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles
- **réduire d'un tiers** le taux de **mortalité prématurée** due à des **maladies non transmissibles** et **promouvoir la santé mentale et le bien-être**
- renforcer la **prévention et traitement liés aux stupéfiants et d'alcool**
- **diminuer de moitié le nombre de décès et de blessures** dus à des **accidents de la route**
- une **assurance-santé**,
- **réduire le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol**
- la **lutte antitabac**
- **Appuyer la recherche** et la mise au point de **vaccins et de médicaments** contre les **maladies**, transmissibles **ou non**,
- **Accroître** considérablement le **budget de la santé**

ODD 4: Education de qualité. Veiller à ce que tous aient accès à l'éducation et promouvoir des possibilités d'apprentissage de qualité dans des conditions équitables tout au long de la vie.

- éliminer les inégalités entre les sexes dans le domaine de l'éducation et assurer l'égalité d'accès des **personnes vulnérables, y compris les personnes handicapées**,
- **l'éducation en faveur du développement et de modes de vie durables**,
- **Faire construire des établissements scolaires** qui soient **adaptés** aux enfants, **aux personnes handicapées** et aux deux sexes

ODD 5: Egalité entre les sexes. Parvenir à l'égalité des sexes en autonomisant les femmes et les filles.

- **Éliminer violence** faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation

Annexe 2: CADRE OPERATIONNELLE

Niveau	IOV	Baselin e	Cible	Chronogramme					Moyens de vérificatio n	Responsa bles
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5		
Réduction d'au moins 10% de la mortalité due aux MNT	Taux de mortalité du aux MNT	39%	29%						Profil OMS	MSANP
S1 Renforcement de la coordination, du leadership, de la gouvernance, du plaidoyer, de l'action multisectorielle (approche stratégique) et des partenariats (appui) pour accélérer la lutte contre les MNT	% Régions intégrant MNT- PH dans PMO/PTA	ND	100%						Plans de travail MNT régional	MSANP Ministère de la décentralisation
Mise en place des conditions favorable à la lutte contre MNT- PH	% Ministères intégrant la lutte contre MNT- PH dans leurs plans de travail	ND	50%						Plans	Tous les ministères impliqués dans la lutte
A1.1 Renforcer le plaidoyer pour l'intégration, la prévention et la prise en charge des MNT dans les SSP et CSU	Nombre de plans d'engagements signés	0	1	X	X	X	X	X	Plan de travail MNT régional	MSANP
<i>1.1.1 Faire le plaidoyer pour l'intégration de la prise en charge des MNT-PH dans les soins de santé primaires</i>										
<i>1.1.2 Elaborer un document de plaidoyer</i>										
<i>1.1.3 Mener des actions de plaidoyer</i>										
A1.2 Redynamiser les comités techniques de coordination de MNT- PH à tous les niveaux	Proportion de structures décentralisées disposant de comités fonctionnels	ND	50%	X	X	X	X	X	PV de réunion et rapports techniques	MSANP
A1.3 Développer la collaboration multi et intersectorielle	Proportion de conventions et mise en œuvre par rapport aux signées	ND	100%	X	X	X	X	X	Conventions signées	MSANP-PTF- Autres ministères

Niveau	IOV	Baselin e	Cible	Chronogramme					Moyens de vérificatio n	Responsa bles
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5		
A1.4 Développer la collaboration intersectorielle	Nombre de comités intersectoriels opérationnels			X	X	X	X	X		
A1.5 Renforcer la législation (lois sur la santé mentale, commercialisation des aliments, allaitement maternel, personnes handicapées, utilisation du sel, protection des consommateurs)	% textes appliqués par rapport aux adoptés	ND	100%	X	X	X	X	X	Textes adoptés	MSANP- Autres ministères Assemblée nationale
S 2 Réduction de l'exposition aux FdR et environnementaux (écologiques) des MNT et des Handicaps en créant des environnements favorables à la santé	Prévalence du tabac à fumer Prévalence alcoolisme à insérer	28,5% (homme) 24,6% (femme)	20% 20%						Enquête STEPS	MSANP
Promotion de la lutte antitabac, alcool et drogue	Taux de prévalence tabagisme chez les jeunes	20%	16%						Enquête GYTS	OFNALA T
A2.1 Renforcer et pérenniser l'environnement favorable à la lutte contre tabac, alcool, drogue	% des textes appliqués par rapport aux adoptés	ND	100%	X	X	X	X	X	Textes adoptés	OFNALA T
2.1.1 Assurer l'application de la CCLAT										
2.1.2 Assurer l'application et renforcer la législation sur l'alcool										
Promotion de la sensibilisation en faveur de la prévention des FdR des MNT	Prévalence de non consommation de fruits et légumes dans les quantités recommandées	72,6%	50%						Enquête STEPS	MSANP
	Prévalence de la sédentarité	22,2%	15%						Enquête STEPS	
A2.2 Promouvoir les comportements favorables à	% de lieu de travail	ND	100%	X	X	X	X	X	Note de	DLMNT

Niveau	IOV	Baselin e	Cible	Chronogramme					Moyens de vérificatio n	Responsa bles
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5		
la lutte contre les MNT-PH	promouvant la santé								service	
<i>2.2.1 Développer les activités de communication pour un impact comportemental en vue de la prévention des FdR modifiables et l'adoption de mode de vie sain dans la communauté, les écoles et le milieu de travail</i>										
<i>2.2.2 Impliquer la communauté notamment les leaders d'opinion dans les activités de prévention des FdR modifiables et de promotion de mode de vie sain</i>										
<i>2.2.3 Favoriser la mise en place des écoles et lieux de travail promouvant la santé</i>										
S 3 Renforcement du système de santé afin de prévenir et de combattre les MNT et les handicaps	Taux de disponibilité des intrants de santé en MNT et handicap au niveau FS	ND	75%						Logiciel channel	MSANP/D PLMT/DL MNT
A3.1 Impliquer les structures communautaires prévues par la PNSC dans la lutte contre les MNT-PH	% de cas dépistés en MNT au niveau communautaire	ND	25%	X	X	X	X	X	RMA communautaire	MSANP/DLMNT-DDS- DPS
<i>3.1.1 Assurer le dépistage, la référence et le suivi des cas de MNT et handicap au niveau communautaire</i>										
A3.2 Renforcer les plateaux techniques à tous les niveaux dans la prise en charge des MNT-PH	Taux de disponibilité de médicaments traceurs en MNT	ND	100%	X	X	X	X	X	Logiciel channel	MSANP/D LMNT-DPLMT-DAAF
<i>3.2.1 Développer et diffuser à large échelle les guides et protocoles de PEC des MNT</i>										

Niveau	IOV	Baseline	Cible	Chronogramme					Moyens de vérification	Responsables
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5		
et handicaps										
3.2.2 Améliorer l'approvisionnement en intrants aux niveaux appropriés de système de santé										
3.2.3 Doter en matériels et équipements adéquats les FS à tous les niveaux										
3.2.4 Mettre aux normes les infrastructures en MNT et Handicap										
S 4 Accessibilité aux soins de qualité à toutes les couches de la population y compris les vulnérables et les extrêmes pauvres pour renforcer la prise en charge des MNT et handicap	Prévalence de l'HTA	35,8%	30%						Enquête STEPS	DLMNT
	Prévalence du diabète	4%	2%						Estimation OMS	
	% personnes appareillées par rapport aux personnes handicapées	X%	X%						Registre SAR, SRF Estimation OMS	
	Prévalence de la drépanocytose	15%	10%						Estimation OMS	
	% personnes dépistées par rapport à l'estimation de l'OMS	X%	X%						Registre cancers Estimation OMS	
	Taux de morbidité des MNT	ND	20%						Annuaire des statistiques	
	Prévalence des caries dentaires	80%	70%						Enquête nationale	
Renforcement de la prise en charge des MNT et handicap dans le système de santé	% de cas dépistés en FdR au niveau FS de base	20%	50%						RMA des FS de base	DLMNT
	Taux de couverture en chirurgie de cataracte	346,62 par million d'hab	400par million d'hab						Rapports des intervenants	DLMNT
	Pourcentage des affections mentales et troubles psychiques par rapport aux MNT au niveau								RMA	

Niveau	IOV	Baselin e	Cible	Chronogramme					Moyens de vérificatio n	Responsa bles
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5		
	FS de base									
A4.1 Renforcer la prévention, le dépistage et la prise en charge précoces des MNT et handicap	Taux de morbidité des MNT	ND	20%	X	X	X	X	X	Annuaire des statistiques	DLMNT
<i>4.1.1 Développer les programmes de dépistage des MNT- PH</i>										
<i>4.1.2 Mettre à l'échelle les activités de vaccination anti-HPV</i>										
<i>4.1.3 Intégrer les MNT dans les services des autres programmes du MSANP (PVVIH, TB, DSFa,)</i>										
<i>4.1.4 Assurer les soins palliatifs se rapportant aux MNT- PH</i>										
<i>4.1.5 Assurer la référence contre référence</i>										
Renforcement des RH en quantité et en qualité	Ratio médecin spécialiste	ND	1/400 000						Logiciel GRH parfaite	MSANP/D LMNT-DRH
A.4.2 Assurer la disponibilité des RH nécessaires				X	X	X	X	X		
<i>4.2.1 Renforcer les compétences des agents prestataires en matière de MNT et PH</i>										
<i>4.2.2 Appuyer la mise en place de formations initiales relative aux MNT- PH</i>										
S 5 Promotion de la recherche pour la lutte contre les MNT-PH	% recherches sur MNT- PH menées	ND	25%						Rapports des Etablissements de recherche	MSANP Instituts de recherche MINSUP
A5.1 Développer un plan national de recherche sur MNT- PH				X	X	X	X	X		DLMNT

Niveau	IOV	Baselin e	Cible	Chronogramme					Moyens de vérificatio n	Responsa bles
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5		
5.1.1 Développer la recherche opérationnelle dans le cadre de lutte contre les MNT-PH										
5.1.2 Identifier et promouvoir les autres axes de recherche sur les MNT-PH										
A5.2 Assurer la mise en œuvre du plan national de recherche sur MNT- PH				X	X	X	X	X		DLMNT
S 6 Surveillance et évaluation de l'évolution des MNT-PH et de leurs déterminants	Taux de létalité de l'AVC en milieu hospitalier	40%	20%						RMA	DLMNT
	% des traumatismes par accidents de circulation	57,4%	50%						Registre ATU	DLMNT
	% des accidents de travail	ND	10%						RMA	DLMNT
A6.1 Développer un système d'informations uniforme pour les données MNT- PH (données gendarmerie, police nationale, ATT, justice, FS privées, Communes...)				X	X	X	X	X		
A6.2 Développer des enquêtes (STEPS...)					X			X		
A6.3 Mettre en place un cadre de suivi évaluation des MNT-PH				X	X	X	X	X		
6.3.1 Développer un plan de suivi évaluation										
6.3.2 Mettre en œuvre un plan de suivi évaluation										
A6.4 Intégrer les MNT-PH dans la surveillance intégrée des maladies										
6.4.1 Intégrer la surveillance épidémiologique des MNT et MT										
6.4.2 Combiner les données des forces de l'ordre et du système de santé sur les décès										

Niveau	IOV	Baselin e	Cible	Chronogramme					Moyens de vérificatio n	Responsa bles
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5		
<i>dus aux accidents de circulation</i>										
A6.5 Evaluer les lacunes dans les soins de santé primaire pour la gestion correctes des MNT					X		X			
A6.6 Promouvoir le développement de recherche pharmaceutique dans le cadre de prévention des MNT (voir avec DPLMT, DAMM, recherche scientifique, SARGEC)				X	X	X	X	X		

Annexe 3 : LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A L'ELABORATION

Nom et Prénoms	Fonction/ Provenance
Docteur Randrianarivo Harinjaka	Directeur DLMNT
Docteur Andrianabela Sonia	AT/DLMNT
Docteur Andrianarisoa Samuel Hermas	NPO/OMS
Docteur Chuk Hen Shun Rabarijaona	Chef USFR- Oncologie Radiothérapie HJRA
Docteur Lovatianaharisoa Fetinjanahary Henri	Responsable pgrm/SLMV/DLMNT
Docteur Noeliarisoa Eulalie	Responsable suivi- évaluation/SSOABDV/DLMNT
Docteur Rabeson Fidimalala	USFR/ Endocrinologie HJRB
Docteur Raharinivo Mbolatiana	Responsable pgrm/SSM/DLMNT
Docteur Raharivohitra Henri Fidèle Marie	Chef SLMV/DLMNT
Docteur Rakotomizao Jocelyn	Chef USFR/Pneumologie HJRB
Docteur Rakotonandrasana Bonaventure	Médecin Chef CRMM Antsirabe
Docteur Rakotondrajoa Hanitriniaina	Responsable MNT/DRSP Vakinankaratra
Docteur Rakotondrazaka Holiarisoa Mbolatiana	Responsable pgrm/SLMV/DLMNT
Docteur Rakotoniaina Masinarivo Daniella	USFR/Cardiologie HJRB
Docteur Rakotonjanabelo Lamina Arthur	DPL/OMS
Docteur Rakotonomenjanahary Henintsoa Suzanne	AT/DLMNT
Docteur Rakotovao Gisèle	Chef SSTOI/DLMNT
Docteur Ramahalison Andry	Responsable pgrm/SSOABD/DLMNT
Docteur Ramamonjisoa Haja	Coordonateur National AMaDia
Docteur Ranaivoarimiandry Abel Richard	Chef SPPV/DLMNT
Docteur Randriatsara Hanitra Odette	AT/DLMNT
Docteur Ratsifandrihamanana Lanto	Directeur d'Etablissement CHU SMAnjanamasina
Docteur Ravelojoeliandriambeloaritifika Aurélien	Directeur OFNALAT
Docteur Razanakoto Jean Christian	AT/DLMNT
Madame Raminosoa Malala	HIP/OMS
Madame Randrianarijaona Noro Yolande	Secrétaire/DLMNT
Monsieur Yao Théodore	Consultant OMS

Annexe 4 : MEMBRES DU COMITE DE REDACTION

Nom et Prénoms	Fonction/ Provenance
Docteur Randrianarivo Harinjaka	Directeur DLMNT
Docteur Andrianabela Sonia	AT/DLMNT
Docteur Rakotonomenjanahary Heninstoa Suzanne	AT/DLMNT
Docteur Randriatsara Hanitra Odette	AT/DLMNT
Docteur Chuk Hen Shun Rabarijaona	Chef USFR- Oncologie Radiothérapie HJRA
Docteur Raharivohitra Henri Fidèle Marie	Chef SLMV/DLMNT
Docteur Rakotojanabelo Lamina Arthur	DPL/OMS

Annexe 5 : LISTE DES PERSONNES AYANT VALIDE LE DOCUMENT

N°	Nom et Prénoms	FONCTION / ENTITE
1	ANDRIAMBOAVONJY Andrien	Directeur de Bureau Central de Coordination des Projets /Ministère de la Santé Publique (MSP)
2	RANDRIANARIVO Harinjaka	Directeur de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (DLMNT)
3	ANDRIAMANJATO Hery	Directeur des Partenariats
4	RAZAFINDRAKOTO Lafy Roger	Directeur de l'Agence Nationale Hospitalière
5	RATSIFANDRIHAMANANA Lanto	Directeur d'Etablissement CHUSMA- Anjanamasina
6	HERISOA Fortunée	Directeur du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)
7	RALAMBOARISOA Zoely Tiana	Direction des Systèmes d'Information
8	RATSIMBAZAFY Marie Rolland	DFR/ Institut National de Santé Publique et Communautaire
9	ANDRIANAIVO Lova	DI/Office National de Nutrition
10	RAMAMONJISOA Haja	Directeur AMADIA
11	RASOARINESY Rindratiana V.	CSAQE/DPH/Ministère de l'Eau, Assainissement et l'Hygiène
12	RAFARAHANTA Nirina	DSST/Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme de l'Administration, du Travail et des Lois Sociales
13	RAMANANTSOA Lolona	CAS- Ministère de l'Education Nationale
14	ANDRIANABELA Sonia	Médecin de la Rééducation Fonctionnelle
15	RANDRIATSARA Hanitra Odette	AT/DLMNT
16	RAKOTOARINOSY Lalanirina Vonimboahirana	AT/ Direction Générale de la Santé
17	RAHARISON Tsihory	AT/Direction des Affaires Administratives et Financières
18	RAKOTOARISOA Alain	AT/Direction de la Veille Sanitaire et Surveillance Epidémiologique
19	RATOLOJANAHARY Andrianary Lucien	AT/Direction des Ressources Humaines
20	HANITRINIALA Sahondranirina Paquerette	AT /CNTS
21	RAKOTONOMENJANAHARY Henintsoa Suzane	Chef de Service CSEpALMNT/DLMNT
22	RAHARIVOHITRA Henri Fidèle Marie	Chef de Service SLMV/DLMNT
23	RANIVOHARILANTO Eva	Chef de Service SOABD/DLMNT
24	LEONDARIS Félicien Georges	Chef de Service SPPV/DLMNT
25	RAZANAKOLONA Raivotiana	Chef de Service SSM/DLMNT
26	RANAIVOARIMIANDRY Abel Richard	Chef de Service STOI/DLMNT
27	ANDRIANAIVOSOHERISOLO Faly	Chef de Service des Affaires Juridiques / Agence de Contrôle Sanitaire et de la Qualité des Denrées Alimentaires
28	RAVELOMANATSOA Théodule	Chef SOENP/ANH
29	RAKOTOVAO Rivo	Chef SSH/Direction Générale des Etablissements du Centre Hospitalier Universitaire
30	RADAFIMANANTSOA Aina Tolojanahary	RSE/ DLMNT
31	RAKOTONDRAZAKA Holiarisoa Mbolatiana	ET/SLMV/DLMNT
32	RAFANJASOA Eugenie	ET/DLMNT
33	RANDRIANARIJAONA Noro Malalatiana Yolande	ET/DLMNT

34	RASOMANARIVO Hanitriranirina	ET/Direction des Etudes et Planification
35	ANDRIANAKANGA Aina	ET/Direction des Hôpitaux de Référence Régionale et de District
36	RAKOTOBÉ Tanteliniaina	ET/Unité d'Approvisionnement en Solutés Massifs
37	RALAIVELO Mbolatiana Luc	Institut National des Sciences et Techniques Nucléaire
38	RAKOTONIAINA Jean Pierre	Office National de Lutte Anti-Tabac
39	HASINIATSY Rodrigue	Oncologue Médical CENHOSOA
40	RABARIJAONA Léontine Irène	Oncologue Radiothérapie
41	RAMBININTSOA Nomenjanahary Saina	Organisation Mondiale de la Santé
42	ANDRIANARISOA Samuel Hermas	Organisation Mondiale de la Santé
43	RAMINISOA Malala	Organisation Mondiale de la Santé
44	RAHARISON Vololoniaina	Représentant du Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
45	NORONANDRASANA Voahirana	Représentant du Ministère des Finances et Budgets
46	RAMANANTSOA Mirana	Représentant du Ministère des Transports et Météorologie
47	RABARISOA Jacqueline	Responsable Médecine Complémentaire / DPLMT
48	RAHARISANA Gaie	SSRA/Direction de la Santé Familiale et Adolescent
49	RAKOTONDRIAKA Jean Robert	USFR Pneumologue Befelatanana
50	RABESON Fidimalala	USFR/Endocrinologie Befelatanana
51	ANDRIANTSOA Norotiana	Vice-Présidente /ONM/DPS