



POLITIQUE NATIONALE DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES EN COTE D'IVOIRE



Organisation mondiale de la Santé

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

REMERCIEMENTS

Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**)
Organisation Ouest Africaine de la Santé (**OOAS**)

pour leurs appuis technique et financier.



SOMMAIRE		PAGE
	LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
	PREFACE.....	6
	INTRODUCTION.....	7
I	CONTEXTE.....	8
II	ANALYSE DE LA SITUATION...	10
II-1	DONNEES GENERALES.....	10
II-2	FACTEURS DE RISQUES DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	10
II-3	CONSEQUENCES LIEES AUX MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	14
II-4	REPONSE EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	16
II-5	CON TRAINTES / FAIBLESSES DE LA REPONSE DU SYSTEME DE SANTE.....	18
III	FONDEMENTS ET PRINCIPES DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	19
III-1	FONDEMENTS.....	19
III-2	PRINCIPES.....	20
IV	VISION.....	22
V	BUT.....	22
VI	OBJECTIFS.....	22
VI-1	OBJECTIF GENERAL.....	22
VI-2	OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	23
VII	CIBLES	23
VII-1	GROUPES CIBLES.....	23
VII-2	MALADIES CIBLES PRIORITAIRES.....	23
VIII	STRATEGIES.....	23
IX	MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE.....	24
IX-1	CADRE INS TITUTIONNEL D E MISE EN ŒUVRE.....	24
IX-2	PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE.....	24
IX-3	NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE.....	25
X	SUIVI EVALUATION.....	26
	CONCLUSION.....	27
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	28

LISTE DES ABREVIATIONS

<i>AFRO</i>	<i>Africa Regional Office</i>
<i>AVB SP</i>	<i>Année de Vie de Bonne Santé Perdue</i>
<i>CDC</i>	<i>Center for Disease Control and prevention</i>
<i>CHR</i>	<i>Centre Hospitalier Régional</i>
<i>CHU</i>	<i>Centre Hospitalier Universitaire</i>
<i>CNPS</i>	<i>Caisse Nationale de Prévoyance Sociale</i>
<i>DIPE</i>	<i>Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation</i>
<i>EIS</i>	<i>Enquête sur les Indicateurs de Sida</i>
<i>EPS</i>	<i>Education Pour la Santé</i>
<i>ESPC</i>	<i>Etablissement Sanitaire de Premier Contact</i>
<i>HG</i>	<i>Hôpital Général</i>
<i>IMC</i>	<i>Indice de Masse Corporelle</i>
<i>INS</i>	<i>Institut National de la Statistique</i>
<i>INSP</i>	<i>Institut National de Santé Publique</i>
<i>MICS</i>	<i>Multiple Indicators Cluster Survey</i>
<i>MSHP</i>	<i>Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique</i>
<i>OMS</i>	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
<i>ONG</i>	<i>Organisation Non Gouvernementale</i>
<i>OSER</i>	<i>Office de la Sécurité Routière</i>
<i>PNPMNT</i>	<i>Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles</i>
<i>PND</i>	<i>Plan National de Développement Sanitaire</i>
<i>PNN</i>	<i>Programme National de Nutrition</i>
<i>PNUD</i>	<i>Programme des Nations Unies pour le Développement</i>
<i>PSP</i>	<i>Pharmacie de la Santé Publique</i>
<i>STEPS</i>	<i>Approche par étape de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des MNT</i>
<i>TAD</i>	<i>Tension Artérielle Diastolique</i>
<i>TAS</i>	<i>Tension Artérielle systolique</i>
<i>WHA</i>	<i>World Health Assembly / Assemblée Mondiale de la Santé</i>

PREFACE

La transition épidémiologique, les changements des modes et styles de vie, la globalisation et le vieillissement de la population engendrent de plus en plus d'affections chroniques non transmissibles qui dans bien des pays à faibles revenus, ont déjà surpassé l'ampleur des maladies transmissibles.

Face à cette nouvelle menace particulièrement grandissante, la 53^e Assemblée mondiale de la santé de mai 2000 a adopté la stratégie globale de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la prévention intégrée et le contrôle des maladies non transmissibles en vue d'accorder de plus en plus la priorité à ces épidémies émergentes à partir d'approches coût efficacité basées sur les facteurs de risque.

En effet, ces maladies chroniques sont engendrées par l'exposition prolongée, depuis la période fœtale jusqu'à l'âge adulte, à plusieurs facteurs de risque.

Au nombre des facteurs de risque modifiables à la base de la plupart des cancers, des diabètes et des pathologies cardiovasculaires, figurent en bonne place le tabagisme, l'inactivité physique, la mauvaise alimentation, la consommation excessive d'alcool, mais également des risques intermédiaires tels que l'obésité, la pression sanguine élevée, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie.

A cela faut-il ajouter l'accroissement des cas d'insuffisance rénale chronique et de drépanocytose qui alourdissent davantage le fardeau au niveau des familles et de l'Etat.

En Côte d'Ivoire, l'enquête STEPS de base de 2005 a montré au sein de la population âgée de 15 à 64 ans, un niveau de risque élevé de développer une maladie chronique, faisant craindre une situation dramatique due à l'explosion de ces pathologies, sources de pauvreté, d'invalidité et de mortalité précoces.

Face à cette préoccupation, le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013 a retenu les maladies non transmissibles au titre des problèmes prioritaires de santé en Côte d'Ivoire. De plus, la 11^e Assemblée des Ministre de la Santé de la CEDEAO qui s'est tenue du 23 au 24 avril 2010 à Freetown en Sierra Léone, a adopté la résolution sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles.

Aussi, la présente Politique Nationale de Prévention et de lutte contre les Maladies chroniques non transmissibles traduit l'engagement de la République de Côte d'Ivoire, à travers le Ministère en charge de la Santé, dans la coalition mondiale contre ces épidémies émergentes.

Je voudrais à travers cette Politique, fruit d'une collaboration avec l'OMS et l'OOAS, inviter tous nos partenaires à se joindre à nous pour entamer ensemble et de manière coordonnée, ce vaste chantier de lutte contre les maladies non transmissibles.

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

Le Ministre de la Santé et de la Lutte contre le SIDA

Pr. NDRI-YOMAN A. Thérèse

INTRODUCTION

Les maladies "non transmissibles" sont des affections qui ne sont pas causées par un agent pathogène particulier et de ce fait sont non contagieuses, se distinguant ainsi des maladies infectieuses dites "transmissibles". Ce sont des affections de longue durée, qui en règle générale, évoluent lentement ; d'où leur appellation de maladies chroniques qui prend en compte les caractéristiques communes ci-après :

- Risques contractés dans l'enfance et l'adolescence, parfois au cours de la période fœtale
- S'installent au bout de plusieurs décennies
- Existence de nombreuses possibilités de prévention
- Nécessitent une approche à long terme et systématique du traitement.

Les maladies chroniques représentent l'essentiel de la charge de morbidité dans les pays développés. Elles touchent aujourd'hui de plus en plus les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires dont les systèmes de santé subissent la double charge liée aux affections transmissibles et non transmissibles.

Le "Rapport sur la santé dans le monde 2002" de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1] montre clairement comment quelques grands facteurs de risque sont responsables d'une proportion importante de tous les décès et de tous les cas de maladies chroniques non transmissibles dans la plupart des pays.

En effet, le vieillissement de la population a d'énormes répercussions sur les schémas de morbidité et de mortalité dans les pays développés. Dans les pays en développement, on prévoit pour les vingt prochaines années une augmentation de près de 400% du nombre de personnes de plus de 60 ans. Pour bien des pays en développement, cela signifiera une augmentation de la charge des maladies chroniques, qui viendra s'ajouter à la charge durable des maladies infectieuses.

Plus préoccupant encore sont les effets de la transition nutritionnelle rapide, les pratiques en matière d'alimentation, les troubles de la santé mentale et de la sédentarité croissante dans le monde en développement, où les cas de maladies cardio-vasculaires et de cancers ne cessent de croître de même que l'obésité et le diabète de type 2. Il y a aujourd'hui beaucoup plus de personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires, de cancers ou de diabète de type 2 dans les pays en développement que dans les pays développés.

En 2005, 35 millions de personnes sont décédées de maladies chroniques. Ces décès qui représentent 60% de l'ensemble des décès enregistrés dans le monde surviennent dans 80% des cas, dans les pays à revenus faibles et intermédiaires [2].

Dans tous les pays, les maladies chroniques ont d'énormes répercussions sur la demande de services de santé. Les coûts élevés du traitement, la perte de productivité et les décès prématurés sont autant de facteurs qui grèvent l'économie.

Alors que les taux de mortalité peuvent dans un premier temps, être plus élevés dans les couches les plus prospères de la société et dans les zones urbaines, l'expérience dans le monde donne à penser qu'avec le temps, les principaux risques pour la santé se concentreront dans les groupes les plus défavorisés, y compris dans de nombreuses zones rurales pour devenir le principal facteur contribuant aux inégalités entre les classes sociales.

En Côte d'Ivoire, l'enquête STEPS de 2005 montre une exposition massive et continue des populations aux facteurs de risque commun aux MNT ; ce qui laisse craindre une épidémie de ces affections dans les années à venir.

Face à cette situation préoccupante, l'Etat de Côte d'Ivoire à travers le Ministère en charge de la Santé a décidé d'élaborer et de mettre en œuvre une politique multisectorielle, multidisciplinaire et intégrée de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles.

I - CONTEXTE

I - 1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE

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

Le climat est de type tropical humide et réparti en climat équatorial humide au sud et climat tropical de type soudanais au nord. Classiquement quatre (4) saisons se succèdent, une grande et une petite saison des pluies qui vont de mars à juillet, une grande et une petite saison sèche d'août à février. La pluviométrie annuelle varie entre 2300mm au sud et 900mm au nord, avec des températures élevées dont la moyenne est de 30°C.

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

I - 2 CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

La population de la Côte d'Ivoire est estimée, en 2007, à 20 581 770 habitants selon les perspectives de l'Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998. Selon l'INS [3], 43 % de la population à moins de 15 ans. Les femmes représentent 49% de la population totale dont 51% sont en âge de procréer.

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

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

I - 3 CONTEXTE ADMINISTRATIF

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

I - 4 CONTEXTE SOCIOCULTUREL

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque). Le Français est la langue officielle. Le niveau d'alphabétisation est relativement faible. La population adulte sachant lire et écrire est de 53% [4] en 2005 dont 61% d'hommes et 46% de femmes.

En 2006, les résultats de l'enquête "Multiple Indicators Cluster Survey" (MICS) [5] estimaient le taux net de fréquentation du cycle primaire à 55%, et le taux de scolarisation des fillettes à 51%.

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

I - 5 CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE

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

Dans le cadre de la résolution de la dernière crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, les Accords de Ouagadougou en mars 2007, ont permis la mise en place d'un gouvernement de transition le 7 avril 2007 avec pour mission de préparer la sortie de crise sous l'égide de la communauté internationale, par la tenue d'élections libres et transparentes.

I - 6 CONTEXTE ECONOMIQUE

La crise sociopolitique que traverse le pays a eu des effets négatifs sur la croissance du PIB qui a été fortement ébranlée entre 2000 et 2003. Les taux en volume ont été respectivement – 2,3%, et -1,7% [6].

Toujours dominée par le binôme café-cacao, l'économie nationale a connu une légère amélioration depuis 2004, grâce aux ressources issues de l'extraction pétrolière, du développement du secteur des télécommunications et du commerce [6].

Ce redressement de la croissance se traduit par des taux respectifs de +1% en 2004, +1,8% en 2005 et +1,2% en 2006 [6].

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

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

I - 7. CONTEXTE SANITAIRE NATIONAL

I - 7.1 Organisation du système sanitaire

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

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

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

L'avènement des conseils généraux dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique de décentralisation oriente vers une redistribution des rôles et des missions dans le domaine de la santé.

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

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

I - 7.2 Le secteur sanitaire public

L'organisation du système de santé ivoirien [7] comprend les services de soins et l'administration sanitaire.

Les services de soins sont organisés en une pyramide sanitaire à trois niveaux.

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

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

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

L'administration sanitaire comprend les services centraux et les services extérieurs. Les services centraux sont composés du

cabinet, des services et directions rattachés et des directions générales et centrales. Quant aux services extérieurs, ils sont composés de 19 Directions Régionales (DR) et de 118 Directions Départementales (DD) ou Districts sanitaires. Ils ont pour missions de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Les services de soins sont représentés au niveau public et privé.

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

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

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

II - ANALYSE DE LA SITUATION

II - 1. DONNEES GENERALES

La mortalité générale c'est-à-dire la mortalité à tous âges confondus, a baissé continuellement depuis les années 1950 avant d'enregistrer une inversion de tendance dans les années 1990. Le taux brut de mortalité (TBM) est passé de 13,9 ‰ en 1998 à 14‰ en 2006 [8].

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

La mortalité maternelle estimée à 543 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005 [4] reste encore très élevée. Cependant la malnutrition qui contribue à élever ces taux de mortalité tant chez la mère que chez l'enfant demeure une préoccupation.

Les données sur la mortalité imputable aux maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire demeurent encore parcellaires et de sources hospitalières.

II - 2. FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

II - 2.1 Facteurs de risque des maladies non transmissibles

Plusieurs facteurs de risque à l'origine des pathologies non transmissibles sont connus. Ces principaux facteurs de risque sont l'abus de l'alcool, le surpoids et l'obésité, l'élévation de la pression sanguine, la consommation de tabac, l'augmentation du cholestérol total et une faible consommation de fruits et de légumes, l'inactivité physique et l'hyperglycémie.

II - 2.1.1. Le tabagisme [1]

Dans l'ensemble des pays développés, la cigarette est responsable de plus de 90% des cancers du poumon chez l'homme et environ 70% de ces cancers chez la femme. La fraction attribuable aux maladies respiratoires chroniques et aux maladies cardiovasculaires est respectivement de l'ordre de 56-80% et 22%.

Dans le monde on estime que le tabagisme est annuellement responsable d'environ 8,8% des décès soit 4,9 millions de morts par an, et de 4,1% des années de vie en bonne santé perdues (59,1millions).

Une enquête sur la prévalence et le profil du tabagisme réalisée de 2002 à 2005 par BOGUI et collaborateurs [9] à Abidjan, sur 8159 personnes (dont 48% de femmes) âgées de 08 à 47 ans révélait que la prévalence du tabagisme était dépendante du sexe quelle que soit la tranche d'âge. Cette étude montrait aussi, que la période du plus fort attrait pour le tabagisme était celle de l'adolescence dans les deux sexes.

En milieu scolaire et universitaire, cette prévalence, évaluée sur près de 2000 élèves et étudiants âgés de 08 à 23 ans, augmentait avec l'âge, avec des chiffres deux fois plus élevés chez les garçons que chez les filles entre 13 et 22 ans.

L'enquête STEPS réalisée en 2005 [10] a donnée les résultats suivants :

-La prévalence du tabagisme actuel quotidien (produits à base de tabac tels que cigarettes, cigares ou pipes) était de 9.5% et celle des fumeurs actuels non quotidiens représentaient 4.1% de la population âgée de 15 à 64 ans.

- Cette prévalence au sein de la population masculine était de 17.7% contre une prévalence de 3.3% dans la population féminine.

- et en zone urbaine on notait une prévalence de 9.4% contre 10.1% de en milieu rural.

II - 2.1.2. La faible consommation de fruits et légumes

On estime qu'elle est à l'origine d'environ 5,3 millions de décès par an. Elle serait responsable d'environ 19% des cancers gastro-intestinaux, environ 31% des maladies ischémiques cardiaques et de 11% des attaques cardiaques au plan mondial [1]. La faible consommation de fruits et légumes, est responsable d'environ 85% des maladies cardiovasculaires et 15% des cancers [1].

En 2005, sur l'ensemble de la population enquêtée dans la région administrative des lagunes [10], 37.2% consomment peu ou pas de fruits et légumes contre 62.8% de consommateurs quotidiens de fruits et légumes. L'analyse des niveaux de consommation permet de noter que 78.1% des consommateurs ont un faible niveau de consommation de fruits et légumes (moins de 5 portions de fruits et légumes par jour) tandis que les 21.9% d'entre eux consomment 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour. Les faibles niveaux de consommation quotidienne de fruits et légumes se retrouvent principalement en milieu urbain (93.6%) contre 6.4% en milieu rural [10].

II - 2.1.3. L'inactivité physique

Au plan mondial, on estime que l'inactivité physique est à la base de 1,9 millions de décès annuels et de 19 millions d'années de vie en bonne santé perdues (AVBSP) [1]. Ce mode de vie est responsable d'environ 10-16% des cancers du sein, du colon, du rectum et des diabètes sucrés, ainsi que 22% des maladies ischémiques cardiaques [1].

L'enquête STEPS de 2005 [10] conduite en Côte d'Ivoire a révélé que 88.1% des populations avaient un faible niveau d'activité physique. Les niveaux moyen et élevé d'exercice physique étaient observés respectivement chez 6.5% et 5.4% d'entre elles.

II - 2.1.4. Surpoids et Obésité

En 2000, environ 58% de l'ensemble des diabètes sucrés, 21% des maladies ischémiques cardiaques et 8 à 42% de certains cancers étaient attribués à un IMC>21 dans le monde [1].

En Côte d'Ivoire, selon l'enquête STEPS de 2005 [10], l'Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen dans l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans était de 23.4 avec une moyenne de 23 chez les sujets de sexe masculin et de 24 chez la femme.

Sur l'ensemble de la population enquêtée, 32.2% avaient un IMC \geq 25. Le pourcentage de la population féminine concernée par le surpoids et l'obésité était de 37.6% tandis que 24.6% des personnes de sexe masculin étaient atteints. Le surpoids (excès pondéral) était observé chez 23.1% des sujets de sexe masculin tandis que l'obésité atteignait 9.1% de cette population des régions des Lagunes âgées de 15 à 64 ans

L'analyse en fonction du groupe d'âge permet d'observer que plus de 15% des jeunes de 15-24 ans présentent un surpoids tandis que l'obésité touchait deux fois plus les filles que les garçons dans le même groupe d'âge.

L'analyse en fonction du milieu de résidence a permis de noter que les prévalences de l'excès pondéral et de l'obésité étaient respectivement de 23.3% et 9.3% en milieu urbain tandis que dans le milieu rural, ces prévalences s'établissaient respectivement à 20.6% et 7.3%. Toutefois ces différences observées n'étaient pas significatives. En milieu urbain, les pourcentages d'excès pondéral et d'obésité sont significativement plus élevés chez la femme que chez l'homme ; il en est de même pour l'obésité en milieu rural.

Le **rapport tour de Taille/tour de Hanche (RTH)** est supérieur à la normale chez 3.2% des personnes de sexe masculin contre 39.5% des personnes de sexe féminin [10].

II - 2.1.5. La Cholestérolémie élevée

L'hypercholestérolémie est à l'origine de 18% des maladies cérébrovasculaires et 56% de l'ensemble des maladies ischémiques cardiaques. Cela représente 4,4 millions de décès (7,9% du total) et 40,4 millions d'années de vie en bonne santé perdues (AVBSP) [1]

Selon l'enquête STEPS 2005 [10], 93.1% de la population utilisait le plus souvent de l'huile végétale raffinée pour la préparation des repas à la maison tandis que 6% employait de l'huile végétale non raffinée. Parmi les utilisateurs d'huile végétale, 25.2% des consommateurs habituels d'huile végétale non raffinée dans les repas quotidiens vivaient en milieu rural tandis que 95.4% de ceux qui utilisent le plus souvent l'huile végétale raffinée se retrouvaient en milieu urbain.

L'analyse de la nature des végétaux sources des huiles végétales le plus souvent utilisées dans la préparation des repas a permis de noter que 63.4% de l'huile végétale consommée était de l'huile de palme, 34% de l'huile d'arachide et 2.3% de l'huile de coprah. L'huile de palme est la plus consommée aussi bien en zone urbaine que rurale.

Du fait de sa teneur élevée en acides gras saturés, la consommation régulière d'huile de palme favorise l'augmentation du taux de cholestérol sanguin.

II - 2.1.6. La consommation abusive d'alcool

La mesure de la consommation alcoolique est exprimée en boisson ou verre standard qui correspond à une quantité de boisson alcoolisée contenant 13-16 grammes d'éthanol. La consommation abusive ou nocive de l'alcool correspond chez la femme à une consommation journalière de 4 verres standards tandis que chez l'homme elle est de 5 verres standards.

Au niveau mondial, la consommation nocive de l'alcool provoque 3,2% des décès (1,8 millions) et 4,0% d'AVBSP (58,3 millions). Cette proportion est plus élevée chez les hommes (5,6% de décès et 6,5% d'AVBSP) que chez les femmes (0,6% décès et 1,3% AVBSP) [1].

En Côte d'Ivoire, l'enquête STEPS de 2005 [10] a montré que 71.1% de la population ont consommé de la boisson alcoolisée tandis que 28.9% s'abstenaient. En milieu urbain, 70.9% ont consommé de l'alcool contre 73.4% en milieu rural. La région des Lagunes était à une moyenne de 9 verres standards d'alcool consommés en 1 semaine par personne. La moyenne journalière de consommation standard d'alcool dans l'ensemble de la population enquêtée est de 5 verres standards avec une moyenne de 4 verres en milieu rural et 5 verres en milieu urbain.

La population de sexe masculin consomme en moyenne 6 verres standards de boissons alcoolisées par jour en milieu urbain contre 5 en zone rurale. Quant aux femmes, leur consommation journalière moyenne est de 4 verres standards de boissons alcoolisées en milieu urbain contre 2.2 en milieu rural. La fréquence de la consommation alcoolique est plus élevée en milieu rural par rapport au milieu urbain.

II - 2.1.7. La pression sanguine élevée

Les principaux facteurs modifiables en cause dans la pression sanguine élevée sont la consommation excessive de sel et d'alcool, le manque d'exercice physique régulier et l'obésité. Globalement, 62% des maladies cérébrovasculaires et 49% des maladies cardiaques ischémiques sont attribuables à des pressions sanguines élevées [1]

L'enquête STEPS de 2005 [10] a également relevé une prévalence de la pression sanguine élevée (TAS \geq 140 mm Hg et TAD \geq 90 mm Hg) de 21.7%. La prévalence des niveaux de pression sanguine élevée augmente avec l'âge pour atteindre 58.4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans. Par ailleurs, elle est de 28% chez les sujets de sexe masculin et 17.2% chez les sujets de sexe féminin.

II - 2.2 Autres facteurs de risque des maladies non transmissibles

II - 2.2.1. Les accidents de la circulation routière

On estime qu'ils sont à l'origine d'environ 1,2 millions de décès survenus dans le monde en 2000. Plus de 90% de ces décès surviennent dans les pays à moyen et faibles revenus où les taux de mortalité qui sont respectivement de 21 et 24 pour 100 000 habitants sont approximativement le double des pays développés (12 pour 100 000) [1].

En 2001, l'office de sécurité routière (OSER) a enregistré 6 540 accidents de la circulation routière [11].

Les facteurs contributifs les plus fréquemment reconnus dans la survenue de ces accidents en 2001 étaient par ordre d'importance décroissante, l'imprudence du piéton (IMPIE), l'imprudence du conducteur (IMC), la vitesse excessive (VE), le défaut de maîtrise (DM), le stationnement dangereux (STDANG) et la défaillance mécanique (DMECA) [11].

D'une manière générale, l'enquête [10] a montré que les accidentés de la circulation routière se recrutaient principalement parmi les passagers (45.6%) et les piétons (33.4%).

II - 2.2.2. Les Violences

En 2000, les violences ont causé 700 000 décès dans le monde dont environ 50% par suicide, 30% par violence interpersonnelle et 20% par violence collective [1].

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

Violences intentionnelles

- Implication dans un incident violent

L'enquête STEPS réalisée en 2005 [10] a montré que 12.3% de la population âgée de 15 à 64 ans ont été impliqués dans des incidents violents (à caractère intentionnel) dans lesquels ils ont subi des préjudices corporels ayant nécessité des soins au cours des 12 derniers mois.

L'analyse de la fréquence et du niveau d'implication ont permis de noter que 8.8% de la population a déclaré avoir été **souvent** (6 fois et plus) concernés par ces violences à caractère intentionnel, **quelque fois** (3-5 fois) dans 21.1% des cas et **rarement** pour 70.1% de la population [10]. L'observation dans chaque sexe permet de noter que 10.4% des femmes ont été souvent (6 fois et plus) concernées par ces violences à caractère intentionnel contre 6.8% d'hommes. Toutefois ces différences constatées ne sont pas significatives [10].

- Violences corporelles

Les violences corporelles subies au cours de la jeunesse laissant des traces durant plus d'une journée ou permanentes concernent 28.7 % de la population totale âgée de 15 à 64 ans. Parmi ces derniers, 8.9% ont déclaré avoir subi **pratiquement tous les jours** ce type de violences durant leur jeunesse [10].

L'analyse dans chaque catégorie de sexe a permis de noter que 9.5% des sujets de sexe féminin et 7.9% de sexe masculin étaient dans cette situation de violence quasi quotidienne laissant des traces corporelles durant plus d'une journée [10].

Responsabilité et auteurs des violences interpersonnelles

L'analyse de la nature et de la fréquence des liens existant entre les personnes auteurs de ces violences intentionnelles avec préjudices corporels et leurs victimes a permis de noter que les parents étaient mis en cause dans 33.7% des cas suivi des amis ou camarades dans 20.7% des cas et des partenaires intimes dans 15.5% des cas [10].

- Violences sexuelles

Sur l'ensemble de la population, 8.4% des sujets de sexe féminin déclaraient avoir subi des violences sexuelles. La tranche d'âge de 15 à 34 ans était la plus concernée [10]. Selon les résultats du MICS 2006 [5], le taux de prévalence des mutilations génitales féminines était de 36% et celle de la forme extrême d'excision de 5%.

Violences non intentionnelles

- Le port de la ceinture de sécurité

Sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, 44.1% déclaraient utiliser tout le temps la ceinture de sécurité à bord d'une voiture contre 20.4% qui ne l'utilisent jamais [10]. L'analyse en fonction du milieu de résidence indique que sur l'ensemble de cette population, 54.2% de ceux qui n'utilisent jamais la ceinture de sécurité se retrouvaient en milieu rural [10].

L'analyse selon le sexe indique que 60.5% de la population féminine n'utilisent jamais la ceinture de sécurité à bord d'une voiture contre 46.4% de la population masculine [10].

II - 2.2.3. Hygiène bucco-dentaire

Environ 78% de la population ne sait pas le rôle du fluor [12]

II - 3 CONSEQUENCES LIEES AUX MALADIES NON TRANSMISSIBLES

II - 3.1 Morbidité et mortalité spécifique dues aux maladies non transmissibles

Au plan mondial, les maladies non transmissibles surpassent aujourd'hui, de par leur ampleur, les maladies transmissibles et multiplient par 2 le poids des maladies dans beaucoup de pays en voie de développement. [1,2]

En effet, Les maladies non transmissibles sont responsables de 60% des décès globaux et représentent en termes d'importance, 43% de l'ensemble des maladies. 80% des décès dus aux maladies non transmissibles surviennent déjà dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

En 1999, 29% des décès survenus dans la région AFRO de l'OMS étaient dus aux affections chroniques non transmissibles.

En 2005, 35 millions d'individus sont décédés de maladies chroniques, dont 80% survenaient dans les pays à revenu faible et intermédiaire [2].

En Côte d'Ivoire, les statistiques existantes sur l'importance et l'ampleur de ces maladies sont parcellaires le plus souvent vieilles d'une vingtaine d'années pour celles ayant une envergure nationale. En raison de la faiblesse de la capacité du système de santé (insuffisance de personnels formés et de plateau technique) et de la sous notification, les informations actuellement disponibles sont parcellaires et se retrouvent dans quelques services spécialisés de soins comme l'hôpital psychiatrique de Bingerville, les Centres Hospitaliers Universitaires et Institut de soins spécialisés comme l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. Cependant, des données éparées issues de certains travaux académiques permettent d'avoir un aperçu de ce que pourrait être l'importance et l'ampleur de ces maladies non transmissibles ainsi que de leurs facteurs de risque à l'échelle nationale.

Maladies cardiovasculaires

Au plan mondial, les cardiopathies constituent la première cause de mortalité avec 17 500 000 décès par an [2].

En Afrique, les statistiques de l'Organisation mondiale de la Santé indiquent que plus de 20 millions de personnes sont affectées par l'hypertension artérielle ; la prévention et le contrôle de cette hypertension artérielle permettrait d'éviter 250 000 décès par an. Si rien n'est fait, les projections de l'Organisation Mondiale de la Santé indiquent qu'en 2020, les maladies cardiovasculaires seront à elles seules à la base de 50% des décès toutes causes confondues.

Une étude rétrospective portant sur les complications cardiaques de l'hypertension artérielle chez des sujets hospitalisés à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan entre 1997 et 1999¹, a mis en évidence un taux de prévalence hospitalière de 71% dont 44,8% avaient une TAS et une TAD au stade 3 selon la classification de la "Joint National Committee VI" ; 50% de ces complications cardiaques hospitalisées étaient représentées par une insuffisance cardiaque globale.

Cancer

Les cancers tuent en moyenne 7 586 000 personnes chaque année dans le monde. Selon l'OMS, 582 000 nouveaux cas dont 412 100 décès ont été enregistrés dans la région AFRO en 2002. Si rien n'est fait, 804 000 cas dont 626 400 décès seront observés en 2020.

Les premières données du Registre du Cancer d'Abidjan recueillies entre 1995 et 1997 et publiées en 2000, ont révélé un total de 2.815 nouveaux cas de cancer [13]. L'incidence est de 98,6 cas pour 100 000 habitants avec 34% de cancers du sein et 29,2% de cancers du col de l'utérus. La morbidité globale reste élevée avec 3 248 cas de cancers estimés entre 2000 et 2004 [13].

L'incidence chez l'homme est légèrement inférieure (83,7 cas pour 100 000) avec 26,2 % de cancer primitif du foie et 23,7% de cancer de la prostate. On note 37,6 cas pour 100 000 chez l'enfant avec prédominance du lymphome de Burkitt (62%). 88% des cas de cancers décèdent dans les 5 premières années. La durée médiane de survie du cancéreux est de 11 mois [14].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il y a entre 15 000 et 20 000 nouveaux cas de cancer par an en Côte

¹TIABAS L. E., Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine ; 2000

d'Ivoire. Parmi ces cancers, les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux.

Diabète

Le diabète est responsable d'environ 1 125 000 décès par an [2]. Dans la région AFRO de l'OMS, 10,4 millions de cas ont été enregistrés en 2007 avec une projection de 18,7 millions de cas attendus en 2025.

Selon les résultats des travaux effectués par ZMIROU en 1979, la prévalence nationale du diabète a été estimée à 5,7% [15].

Drépanocytose

La drépanocytose est l'affection génétique la plus fréquente au monde avec 300 millions de personnes porteuses du gène drépanocytaire. On dénombre 500 000 naissances annuelles qui portent les formes majeures de la maladie dont 200 000 décès [16].

En Afrique, la drépanocytose est à l'origine de 5% des décès d'enfants de moins de cinq ans avec une proportion de 9 à 16% dans certains pays d'Afrique de l'Ouest [17].

En Côte d'Ivoire, 12 % de la population sont porteurs de l'hémoglobine S [18], faisant de la drépanocytose un véritable problème de santé publique. Par ailleurs les données des services d'hématologie des CHU d'Abidjan en 2008² indiquent une prévalence de 44,5% et une mortalité de 21,3%.

Asthme

Selon les statistiques de l'OMS, en moyenne 4 057 000 personnes meurent chaque année d'affections respiratoires chroniques dont l'asthme.

En Europe, on compte près de 30 millions d'asthmatiques avec un décès par heure causé par une crise d'asthme. Selon l'EFA (Fédération Européenne des Associations d'allergiques et de maladies respiratoires), 90% des décès causés par l'asthme seraient évitables par une meilleure sensibilisation, par des soins mieux adaptés au patient asthmatique et par le développement de nouveaux médicaments.

L'asthme est une pathologie fréquente en Côte d'Ivoire. Sa prévalence en milieu scolaire est passée de 8 % en 1988 [19] à 15 % en 2000 [20]. En milieu hospitalier, l'asthme représente 5 % des malades hospitalisés et 25 % des malades vus en consultation de pneumologie³.

Affections buccodentaires

Le cancer de la cavité buccale est particulièrement prévalent chez les hommes puisqu'il arrive au huitième rang des cancers les plus fréquents dans le monde ; le taux d'incidence varie chez les hommes de 1 à 10 cas pour 100 000 habitants dans de nombreux pays.

La prévalence nationale de la carie dentaire est de l'ordre de 62,4% chez les enfants de 12 ans, de 75,2% à Abidjan et de 47,4% en zone rurale. 70% d'élèves font une carie dentaire selon une enquête réalisée en milieu scolaire de la Côte d'Ivoire en 2000 [21].

Les données de dépistage des affections buccodentaires réalisées en 2008 par le Programme National de Promotion de la Santé Buccodentaire dans certaines populations ivoiriennes, indiquent qu'environ 84% des personnes examinées âgées de 35 à 44 ans montrent des signes évidents d'une maladie parodontale [21].

Santé mentale

Les études hospitalières ont montré une croissance des admissions dans le service d'hygiène mentale durant la période 2003-2005 (hausse de 12,5%). Les pathologies et états morbides sont dominés par des pathologies thymiques (dépression, psychose maniaque...) et l'on a observé une recrudescence des pathologies chroniques (schizophrénies, psychoses paranoïaques, PHC, PMD et des conduites addictives). Par ailleurs les effets de la guerre se traduisent aussi par une aggravation des affections psychosomatiques (HTA, diabète) et on note 93% d'état de stress post traumatique [22].

² Relevé mensuel sur la morbidité en 2008 dans les EPN hospitaliers : CHU Yopougon, Cocody et Treichville

³ KOFFIN. Bilan d'une année d'activité d'un service de pneumologie. Thèse Médecine, Abidjan 1988, n°892.

Entre 2003 et 2006, une augmentation (3,2%) a été également observée au niveau des consultations liées aux pathologies et des troubles spécifiques des enfants pris en charge au Centre de Guidance Infantile (CGI) : difficultés scolaires, les troubles psychomoteurs, du langage et du comportement [21].

II - 3.2 Autres conséquences des maladies non transmissibles

Ces maladies chroniques contribuent à :

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

II - 4 REPOSE EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

II - 4.1 Réponse au plan international

Préoccupée par ces tendances, la 53^e Assemblée mondiale de mai 2000 a adopté la résolution WHA/53.17 approuvant la stratégie globale de l'OMS pour la prévention et le contrôle intégrés des maladies non transmissibles. Cette 53^e Assemblée mondiale de mai 2000 demandait également au Directeur général de l'OMS de continuer à donner la priorité à cette question.

Répondant à l'appel des Etats Membres qui lui demandaient d'agir, l'OMS a entrepris plusieurs initiatives ciblées face aux principaux risques de maladies chroniques-entre autre :

- La poursuite des journées mondiales contre le diabète,
- La poursuite des journées mondiales contre le tabagisme,
- L'initiation de journées mondiales à thème spécifique telles que "**Restons actifs pour mieux vieillir**" pour la journée mondiale des personnes du troisième âge, "**Préparer l'avenir, un environnement sain pour les enfants**" pour la journée mondiale de l'enfance en 2003 et "**l'accident de la route n'est pas une fatalité**" pour la journée mondiale de la Santé en 2004.
- L'initiative internationale "**QUIT and WIN**" dans le cadre de la lutte contre le tabagisme,
- Les initiatives spécifiques pour la promotion de la pratique régulière de l'Activité Physique :
 - AGITA MUNDO Network (ONG)
 - Active 2010 (Ministère de la Promotion de la Santé-Ontario)
 - Fuel Up/Lift-Off LA-Los Angeles
 - Fun 5-Hawaï
 - Move to improve-Georgia
 - Fit for life-Finland
 - Move for Health-Finland
 - 10 000 steps-Australia
 - Olympia-India
- La régionalisation de la mise en œuvre de cette stratégie mondiale à travers les réseaux régionaux de l'OMS dont le réseau NANDI⁴
- L'encouragement des états membres, à travers un engagement politique soutenu, en faveur de l'application de cette stratégie de lutte contre les maladies chroniques et les maladies non transmissibles en général,

⁴Network of African Noncommunicable Disease Initiatives

- Le développement de l'approche STEPSwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles et des maladies non transmissibles majeures grâce à l'appui de partenaires financiers internationaux, d'universités, d'institutions de recherche, du CDC, etc.
- L'adoption en 2003, de la convention anti tabac par la 56^e assemblée mondiale de la santé
- Adoption en 2004, de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé par l'OMS, en consultation avec les Etats Membres.
- Adoption de la résolution WHA60.23 sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale
- Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale du tabac en 2008 – Stratégie MPOWER
- Adoption de la résolution WHA61.4 sur les stratégies pour réduire l'usage nocif de l'alcool
- Adoption le 24 mai 2008, par la 61^e Assemblée Mondiale de la Santé, d'un plan d'action mondial 2008-2013 pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles

II - 4.2 Réponse du système de santé ivoirien

II - 4.2.1 Au plan Politique

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

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

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

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

II - 4.2.2 Surveillance

Cette activité existe essentiellement pour les maladies à potentiel épidémique et transmissibles. Bien que l'on observe une ébauche de surveillance des principales maladies non transmissibles, avec l'introduction du diabète et de l'hypertension artérielle dans le SIG, les maladies chroniques en général ne font pas encore l'objet d'une collecte de données en routine.

II - 4.2.3 Prévention et promotion de la santé

Dans la mise en œuvre des différentes politiques [24, 25] et stratégie [26] nationales de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de l'activité physique [27], différentes actions et initiatives ont été menées aussi bien dans la population générale que dans des groupes restreints de la population dans des zones géographiques bien limitées. Ces interventions mises en œuvre par les différents programmes de santé ont consisté à informer, sensibiliser (counselling) la population et à organiser des séances de dépistage de cas de maladies chroniques et de leurs facteurs de risque. Il s'agit entre autre de :

- Campagnes de dépistage communautaire des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans les différentes communautés urbaines et rurales, sur les lieux de travail, en milieu scolaire
- Campagnes média d'information et de sensibilisation des populations sur les maladies non transmissibles, leurs facteurs de risque et les comportements et modes de vie favorables à la santé
- Rencontres, conférences d'information et de sensibilisation des populations, communautés, travailleurs et élèves à la prévention primaire des Maladies Chroniques non transmissibles
- Renforcement des connaissances des enseignants, des décideurs, acteurs, partenaires et de la population générale sur leurs facteurs de risque des maladies non transmissibles et les comportements et modes de vie favorables à la santé
- Vulgarisation de la pratique de l'autocontrôle domestique des facteurs de risque physiologiques des maladies non transmissibles

- Elaboration et diffusion des guides à l'usage des prestataires de soins, pour la prévention primaire des maladies non transmissibles
- Promotion de la pratique régulière de l'activité physique

II - 4.2.4 Financement

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

De manière spécifique, l'Etat subventionne l'insulinothérapie chez le diabétique ; il en est de même pour la chimiothérapie anticancéreuse à travers le circuit de commande et de distribution de la pharmacie de la santé publique.

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

II - 4.2.5 Partenariat

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

II - 4.2.6 Collaboration multisectorielle

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

II - 4.2.7 Prise en charge de la maladie

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

Infrastructures et équipements :

Au nombre des structures spécialisées de soins et de recherche fonctionnelles, l'on note 01 Institut de cardiologie, 01 service cancérologie, 01 service d'endocrino diabétologie, 01 service de néphrologie, 01 service d'hématologie et 03 centres d'hémodialyse.

Soins au long cours et Personnel spécialisé

Des soins au long cours sont prodigués aux malades dans ces structures par des personnels spécialisés du secteur public et du privé.

Traitement des maladies chroniques

Un effort particulier a été fait dans les domaines de la chimiothérapie anticancéreuse, de l'insulinothérapie et du traitement des affections cardiovasculaires nécessitant un appareillage.

II - 5 CONTRAINTES/FAIBLESSES DE LA REPONSE DU SYSTEME DE SANTE

Malgré ces efforts, des contraintes majeures subsistent :

Au niveau du plateau technique :

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

Au niveau de la répartition des ressources humaines

Les insuffisances se traduisent par :

- la une mauvaise répartition des ressources humaines sur tout l'ensemble du territoire
- l'Insuffisance, la démotivation et la répartition inéquitable des Ressources humaines spécialisées affectées à la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles sur l'ensemble du territoire.

Selon les données de la DRH Santé, il y a 1 chirurgien dentiste pour 12 588 habitants à Abidjan contre 1 pour 154 337 habitants dans les autres régions du pays, 5 oncologues dont un radio thérapeute.

Au niveau des Soins

Les soins globaux demeurent parcellaires malgré l'existence des algorithmes et protocoles de prise en charge

La Faiblesse et l'irrégularité de la disponibilité des médicaments essentiels à la PEC des maladies chroniques

Faible accessibilité financière des malades aux traitements des affections chroniques

Trop grande centralisation de la PEC à l'origine d'un problème d'accessibilité géographique et d'équité du traitement.

De manière générale, la couverture sociale des maladies chroniques est limitée. 10% de la population ont une couverture sociale.

Quant aux soins palliatifs des affections chroniques non transmissibles, ils ne sont pas encore organisés au niveau du système de santé.

Au niveau institutionnel

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

III - FONDEMENTS ET PRINCIPES DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

III - 1 FONDEMENTS

La politique nationale de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles se fonde sur l'adoption de diverses stratégies au plan international, notamment :

- 1- la stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles
- 2- la stratégie africaine de lutte contre les maladies non transmissibles
- 3- la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé
- 4 la convention anti tabac par la 56^e assemblée mondiale de la santé
- 5 Résolution WHA60.23 sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale
- 6 Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale du tabac en 2008 – Stratégie MPOWER
- 7 Résolution WHA61.4 sur les stratégies pour réduire l'usage nocif de l'alcool
- 8 Plan d'action mondial 2008-2013 pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles
- 9 Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013
- 10 La menace pour le système de santé et l'économie nationale du fait des maladies chroniques devenus un problème de santé publique en Côte d'Ivoire.

III-2 PRINCIPES

La prévention et la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles reposent d'une part sur les caractéristiques de la stratégie globale de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la prévention intégrée et le contrôle des maladies non transmissibles et d'autre part sur les principes de promotion de la santé. On retiendra les principes de base suivants :

1. L'action sur les facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et leurs déterminants
2. L'approche globale
3. L'approche intégrée
4. L'approche STEPwise
5. La projection sur toute la durée de la vie
- 6 La participation communautaire
7. L'empowerment
8. Le contextualisme
9. La multisectorialité
10. La multi stratégie
11. L'équité
- 12 La durabilité

1. L'action sur les facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et leurs déterminants

L'approche par les facteurs de risque communs et modifiables tire sa pertinence et son efficacité dans les observations ci-dessous :

- La mesure des facteurs de risque nous permet de faire une description de la distribution des maladies futures dans la population et non de l'état de santé d'un individu notamment par la mesure du **Risque Global** qui fait référence à la probabilité de l'apparition future d'une maladie chronique sur une période donnée: ***nos facteurs de risque d'aujourd'hui indiquent nos maladies non transmissibles (MNT) de demain***
- Les facteurs de risque constituent la meilleure approche pour la prévention primaire des MNT
- l'efficacité de la lutte contre les MNT par le contrôle des facteurs de risque a été démontrée
- Cette approche offre une souplesse de la Prévention/contrôle et implique des interventions à faibles coûts.

Toutefois, les chances d'obtenir les changements souhaités au niveau des risques comportementaux et physiologiques sont d'autant plus grandes si l'on s'attaque aux déterminants à la base de ces facteurs de risque. L'action sur les déterminants des maladies non transmissibles évitables permet d'envisager la durabilité du changement et le maintien de la santé.

2. L'approche globale

La lutte contre les maladies chroniques non transmissibles devra associer d'une part des mesures de santé publique de portée nationale qui mettent l'accent sur les facteurs de risque communs plutôt que de se cantonner sur certaines maladies, en synergie avec les soins de santé individuels appliqués à l'ensemble de la population plutôt qu'à certaines catégories de personnes. Cette association vise à couvrir les besoins de l'ensemble de la population et à exercer des effets aux niveaux individuel, communautaire et national.

Dans ce schéma d'approche globale, l'action intégrée sur les facteurs de risque communs devra, dans le cadre de la prévention, associer l'évaluation du Risque Global, l'incitation au changement de comportement (population générale et personnes à haut risque) et l'orientation vers des structures spécialisées de prise en charge médicale ou chirurgicale où des schémas thérapeutiques appropriés et adaptés leur seront appliqués afin d'accélérer la réduction du risque ou de retarder voire d'empêcher la survenue des complications.

Les actions de santé publique développées devront englober des stratégies de promotion, de prévention en synergie avec les actions de prise en charge menées par les programmes de lutte contre les maladies chroniques spécifiques et s'appliquer aussi bien dans le système de prise en charge médicale, dans les établissements scolaires, sur les lieux de travail que dans la communauté.

3. L'approche intégrée

Ce principe implique la combinaison d'interventions de santé publique et de soins de santé individuels. Il permet de couvrir et s'attaquer dans le même temps aux principaux facteurs de risque modifiables communs aux maladies chroniques non transmissibles par des mesures de promotion de la santé, de prévention des maladies ; ceci devant se faire en synergie avec les interventions ciblant plusieurs maladies chroniques non transmissibles par des soins accessibles et équitables mises en œuvre de manière précoce par les autres programmes de lutte contre les maladies chroniques spécifiques.

L'approche intégrée nous permettra à la fois de faire le suivi des tendances des facteurs de risque et de mettre en œuvre les mesures pour amoindrir leurs effets dans les populations. Dans la mesure où les maladies non transmissibles sont liées à un petit nombre de facteurs de risque *communs, inter reliés* et *modifiables*, leur prévention devrait être mise en œuvre à travers un processus intégré permettant une utilisation rationnelle et optimale des maigres ressources disponibles selon une approche coût efficacité.

4. L'approche « STEPwise » ou progressive

Dans un contexte de limitation des ressources disponibles, cette approche de mise en œuvre progressive ou par étapes déclinée en 3 étapes, sera le cadre de mise en œuvre de toutes les stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles :

- La première étape implique d'accorder la priorité aux interventions de base ou mesures essentielles qui peuvent aisément être mises en place avec les ressources disponibles à court terme.
- La deuxième étape implique la mise en place de mesures dites élargies dès lors que les mesures de base auront été au préalable mise en œuvre et que la disponibilité de ressources additionnelles permettent la mise en œuvre de nouvelles mesures dont les effets (produits résultats) sont atteignable à moyen terme.
- La troisième étape verra l'application de mesures optionnelles dites souhaitables après la mise en œuvre des mesures élargies et la disponibilité de ressources additionnelles pour initier des actions dont les effets (produits, résultats) sont plus difficiles et plus long à atteindre.

L'approche STEPwise sera appliquée aussi bien à la planification budgétaire qu'à la mise en œuvre des interventions de santé publique et des mesures individuelles retenues en raison de leur pertinence et de leur efficacité éprouvée pour la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles.

5. La projection sur toute la durée de la vie

En raison du fait que les facteurs de risque soient contractés pendant l'enfance et l'adolescence pour s'accumuler jusqu'à l'âge adulte, les stratégies de lutte et de prévention devront cibler l'âge préscolaire et scolaire axée sur la promotion d'une alimentation saine, de la pratique régulière de l'activité physique et de l'abstinence tabagique. L'adolescence devra également être ciblée par des interventions spécialisées en vue de réduire les risques déjà contractés et observés à ce stade de la vie. Enfin le vieillissement de la population constituant en lui-même un facteur de risque majeur mais non modifiable, la politique de prévention des maladies non transmissibles devra inclure des mesures de promotion de la santé chez l'adulte, les personnes âgées afin d'améliorer la qualité du vieillissement.

6. La participation communautaire

C'est un processus qui consiste à ne plus « faire pour » mais plutôt « faire avec » dans une participation-négociation à tous les niveaux de la démarche. La participation communautaire doit amener à ne plus raisonner en termes de bénéficiaire de l'action sanitaire mais plutôt d'acteur participant à la conception et à la mise en œuvre de l'action sanitaire.

La participation communautaire contribue au renforcement du pouvoir de la communauté par son implication dans la prise des décisions sur les problèmes se posant à elle.

7. L'empowerment

Par ce principe, les acteurs de la lutte contre les maladies non transmissibles s'emploieront à rendre les individus, les communautés et les organisations capables de prendre en charge, par leurs propres moyens, la résolution de leurs problèmes de santé.

L'empowerment suppose au préalable, que la communauté participe à l'identification de leurs problèmes prioritaires de santé ainsi que des solutions adéquates, à la résolution de ces problèmes de santé à partir de ressources provenant à majorité de la communauté, à l'évaluation et l'utilisation des résultats. Ces conditions, réalisées avec l'accompagnement des professionnels de santé, permettent d'assurer la durabilité et la pérennisation des interventions dans la communauté.

8. Le contextualisme

Toutes les interventions devront tenir compte des particularités locales qui peuvent être d'ordre politique, structurel, économique, environnemental ou culturel.

9. La multisectorialité

La politique de lutte contre les maladies non transmissibles sera basée sur l'action intersectorielle qui est nécessaire et indispensable en raison de l'origine multisectorielle des déterminants sous-jacents (pauvreté, manque d'éducation, etc.) de la charge de morbidité liée aux maladies chroniques.

Par ailleurs, des facteurs de risques modifiables plus directs comme la mauvaise alimentation et la sédentarité sont aussi influencés par des secteurs extérieurs à celui de la santé, à savoir le Transport et Sécurité routière, la Construction et l'Urbanisme, l'Economie et les finances, l'Agriculture et le Commerce. La mise en œuvre du processus de prévention nécessite également l'implication des associations de consommateurs, de partenaires institutionnels et de la société civile et d'autres Ministères et ou secteurs techniques d'activités en charge de l'agriculture, de l'industrie alimentaire, de la production animale, du sport, de la justice, du travail, de l'éducation, des affaires sociales et de la sécurité.

L'option la plus efficiente de cette action multisectorielle est la trans-sectorialité dans laquelle, la communauté et les partenaires devront être impliqués à tous les stades de l'identification des problèmes de santé à résoudre, de la planification des interventions, de leur mise en œuvre de même que le suivi, l'évaluation et l'utilisation des résultats.

Dans cette coalition trans-sectorielle, le Ministère de la Santé aura un rôle fédérateur, de leadership en vue de canaliser par la médiation, les priorités et intérêts sectoriels souvent conflictuels pour promouvoir une situation et des issues avantageuses pour tous et pour la santé des populations.

10. La multi-stratégie

L'origine multifactorielle et multisectorielle des déterminants à la base des maladies non transmissibles évitables nécessite de combiner différentes stratégies de façon complémentaire afin d'améliorer l'état de santé, rétablir la santé et maintenir la santé des individus et communautés.

11. L'équité

Les iniquités en santé constituent un frein aux performances du système de santé. La recherche de l'équité doit être permanente dans la répartition des ressources financières, humaines, matérielles ainsi que des services de santé pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles.

12. La durabilité

Parvenir à la durabilité ou pérennisation de l'action sanitaire nécessite la mise en œuvre du mécanisme de participation de type développement communautaire qui implique de centrer l'intervention sur la priorité de la communauté et à agir sur les principaux déterminants qui sont à la base du problème de santé.

Ce type de participation où le professionnel de santé joue le rôle d'accompagnateur, facilitateur et référent, conduit nécessairement à l'empowerment car, il donne à la communauté la possibilité de réfléchir sur ses propres problèmes et en lui donnant les moyens, cette communauté acquiert la compétence dans le savoir faire pour poursuivre l'action tant que le problème persistera.

IV - VISION

Dans un environnement construit amélioré, institutionnel, macroéconomique et réglementaire appropriés, les populations vivant en Côte d'Ivoire connaissent les facteurs de risques, ont accès à un traitement adéquat et équitable et mettent en œuvre les mesures de prévention des maladies chroniques non transmissibles.

V - BUT

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

VI - OBJECTIFS

VI - 1. OBJECTIF GENERAL

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies chroniques non transmissibles.

VI - 2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Les objectifs du plan d'action mondial 2008-2013 de mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles ont été retenus :

- 1- Accorder un rang de priorité plus élevé aux MNT
- 2- Intégrer les activités de prévention et de lutte aux politiques de l'ensemble des ministères impliqués.
- 3- Promouvoir des interventions multisectorielles, multidisciplinaires et intégrées destinées à réduire les principaux facteurs de risque modifiables des MNT.
- 4- Promouvoir la recherche pour prévenir et combattre les MNT.
- 5- Promouvoir des partenariats pour prévenir et combattre les MNT
- 6- Suivre les MNT et leurs déterminants et évaluer les progrès accomplis au niveau national.

VII- CIBLES

VII - 1 GROUPES CIBLES

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

VII - 2 MALADIES CIBLES PRIORITAIRES

Maladies cardiovasculaires

Cancers

Diabète

Maladies respiratoires chroniques

Insuffisance rénale

VIII - STRATEGIES

1. Réorientation des Services de Santé

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

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

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

2. Acquisition des aptitudes individuelles

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

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

3. Renforcement de l'Action Communautaire

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

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

4. Elaboration de Politique Publique Saine

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

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

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

5. Création de milieux favorables

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

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

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

IX - MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

IX - 1 CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

La DC PNPMT placée sous la tutelle du ministère en charge de la santé sera appuyée dans son fonctionnement par un Comité National Interministériel de Coordination (CNC) et un groupe scientifique.

IX - 2 PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

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

☞ Organisations de la société civile

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

☞ Secteur privé

Il sera sollicité pour l'appui au financement de la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles.

Le secteur privé sera également le creuset des interventions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre par ces structures au bénéfice de leurs employés et de la population générale, en partenariat avec le ministère en charge de la Santé.

☞ **Partenaires institutionnels**

Il s'agit :

- des partenaires au développement dont l'appui technique, matériel et financier sera nécessaire à la bonne conduite de la politique nationale de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles.
- des Ministères et structures techniques en dehors du secteur de la santé dont l'implication, au regard de leurs domaines respectifs d'activités et d'intervention en rapport avec les facteurs de risques et les déterminants des maladies chroniques non transmissibles est indispensable dans le cadre de l'action intersectorielle.
- les programmes et structures techniques du Ministère de la Santé dont les domaines d'intervention sont en relation avec la gestion des maladies chroniques non transmissibles.

IX - 3 NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE

Les interventions seront mises en œuvre aux différents niveaux suivants :

IX - 3.1 Le niveau central

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

IX - 3.2 Le niveau Régional

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

IX - 3.3 Le Niveau District sanitaire

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

IX - 3.4 Les structures de prestation des soins de santé

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

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

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

IX - 3.5 La communauté

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

IX - 3.6 Le milieu du travail

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

☞ **Secteur privé**

Il sera sollicité pour l'appui au financement de la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles.

Le secteur privé sera également le creuset des interventions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre par ces structures au bénéfice de leurs employés et de la population générale, en partenariat avec le ministère en charge de la Santé.

☞ **Partenaires institutionnels**

Il s'agit :

- des partenaires au développement dont l'appui technique, matériel et financier sera nécessaire à la bonne conduite de la politique nationale de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles.
- des Ministères et structures techniques en dehors du secteur de la santé dont l'implication, au regard de leurs domaines respectifs d'activités et d'intervention en rapport avec les facteurs de risques et les déterminants des maladies chroniques non transmissibles est indispensable dans le cadre de l'action intersectorielle.
- les programmes et structures techniques du Ministère de la Santé dont les domaines d'intervention sont en relation avec la gestion des maladies chroniques non transmissibles.

IX-3 NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE

Les interventions seront mises en œuvre aux différents niveaux suivants :

IX - 3.1 Le niveau central

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

IX - 3.2 Le niveau Régional

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

IX - 3.3 Le Niveau District sanitaire

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

IX - 3.4 Les structures de prestation des soins de santé

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

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

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

IX - 3.5 La communauté

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

IX - 3.6 Le milieu du travail

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

IX - 3.7 Le milieu scolaire

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

X- SUIVI EVALUATION

L'évaluation du plan d'action intégré se fera à travers les évaluations à mi-parcours et finale.

CONCLUSION

Les maladies non transmissibles menacent de submerger les services de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire qui se trouvent déjà ébranlés par le poids des maladies transmissibles.

Face à cette situation, la 53^e Assemblée mondiale de la santé de mai 2000 a adopté la résolution WHA/53.17 approuvant la stratégie globale de l'organisation mondiale de la santé pour la prévention et le contrôle intégrés des maladies non transmissibles.

En Côte d'Ivoire, des initiatives politiques ont abouti au développement de programmes de santé en vue de faire face d'une part, à la prise en charge spécifique du cancer, des maladies métaboliques, des affections buccodentaires, des affections mentales et d'autre part, à la prévention intégrée des maladies non transmissibles sur la base des facteurs de risques communs à la majorité de ces affections chroniques.

L'analyse de la situation a d'une part, révélé un engagement politique du gouvernement et d'autres part, mis en évidence des insuffisances au niveau des infrastructures, des équipements et des ressources humaines... mais également au niveau de l'action sanitaire dans le domaine de la prévention, de la prise en charge des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé. Ce tableau peu reluisant fait craindre l'explosion future des maladies chroniques au sein de la population.

Ce présent document dépeint la situation nationale de ces affections et présente les grandes orientations pour la prévention et la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles. Il propose dans ce cadre formel, des éléments de solutions permettant de contribuer significativement à la réduction du fardeau des maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 World Health Report: 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Organization
- 2 Organisation Mondiale de la Santé, Prévention des maladies chroniques, un investissement vital
- 3 Base de données sur la population, INS, Département de la démographie et des statistiques sociales, 2006
- 4 Côte d'Ivoire – Enquête sur les indicateurs du SIDA 2005
- 5 Côte d'Ivoire – Multiple Indicators Cluster Survey 2006
- 6 Côte d'Ivoire – Evaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 1 Intérimaire 2008
- 7 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique : Arrêté N° 0228/MSP/CAB du 08 février 2002 portant détermination de la pyramide sanitaire et répartition des établissements et services publics sanitaires.
- 8 Base de données de l'annuaire statistique, DIPE/MSHP 2001-2006
- 9 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Politique Nationale de Lutte contre le tabac et addictions
- 10 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, Régions des Lagunes 1 et 2, 2005.
- 11 République de Côte d'Ivoire, Ministère des transports : Statistiques sur les Accidents de la circulation en Côte d'Ivoire, 2001
- 12 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Politique Nationale de la Santé Bucco dentaire
- 13 ECCHIMANE A K, AHNOUX A A, ADOUBI J, HIEN S, M'BRA K, D'HORPOCK A, DIOMANDE M, ANONGBA D, MENSAH-ADOH, PARKIN D M.
Registre national du cancer en Côte d'Ivoire, CHUT, 2004.
- 14 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Politique Nationale de Lutte contre le cancer
- 15 ZMIROU D., Epidémiologie du diabète sucré en Côte d'Ivoire. Thèse Méd, Grenoble, 1979, N° 1217, 349p.
- 16 Renan Mouren (CutKiwi), Bruno David (Noir&Blanc), Stéphane Indjeyan (réalisateur), La Drépanocytose: un fléau oublié, Prj_Noir&Blanc_PIPD_Mission_RDC_Drépanocytose_V5.odt, 2006, P9
- 17 Organisation mondiale de la santé cinquante neuvième assemblée mondiale de la santé, Point 11.4 de l'ordre du jour provisoire, 24 avril 2006
- 18 Cabannes (Raymond), Sendrail (A), Penneros (Henri) : intérêt de la recherche des hémoglobines anormales en Côte d'Ivoire, Annales de l'université Abidjan, Série B, Med, 1969, CIV3 P107-120
- 19 PIGEARIAS B., OSSEY YA, MENSAH-ADO I., LONSDORFER I., BOGUI P., DAH C.
Epidemiology of asthma, respiratory diseases and smoking habits in black teenagers living on the Savane border in the Côte

d'Ivoire Africa. (A 4.3 83 sample survey), Eur sos Pneumol, 7th congress, Budapest, September 1988.

20 FADIGA A., YAVO JC, KOUASSI B, NGOM A, TOURE M. FADIGA A, AKADANGUY E.
Prévalence de l'asthme en milieu scolaire dans les 3 régions bioclimatiques de la Côte d'Ivoire. Méd Afrique Noire, 2000, 47 (10) : 417-420.

21 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Politique Nationale de la Santé Bucco dentaire

22 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Politique Nationale de Santé Mentale

23 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013

24 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Politique Nationale de Prévention des Maladies Non Transmissibles

25 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Politique Nationale de Nutrition

26 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Stratégie Nationale de Prévention des Maladies Non Transmissibles 2009-2013

27 République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Initiative Nationale de Promotion de la pratique régulière de l'activité physique en Côte d'Ivoire 2009-2018

Les personnes ressources ci-après ont participé à la finalisation de ce document :

<i>Nom et Prénoms</i>	<i>Ministère / Structure</i>	<i>Fonction</i>	<i>Contact</i>
<i>COULIBALY Adama</i>	<i>OMS Bureau Abidjan</i>	<i>Conseiller en Programme</i>	<i>+225 05 -09-92-07</i>
<i>THIAM Ismaël</i>	<i>OOAS</i>	<i>PO/OOAS</i>	<i>+226 -76-53-37-41</i>
<i>KONE Souleymane</i>	<i>OMS, Bureau Abidjan</i>	<i>Chargé des Programmes</i>	<i>+225 01 -17-90-23</i>
<i>DOUA Kouamelan</i>	<i>MSHP/DC PNPMT</i>	<i>Directeur Coordonnateur</i>	<i>+225 07 -82-02-09</i>
<i>ADOUENI Katche Valery</i>	<i>MSHP/PNLMM</i>	<i>Directeur Coordonnateur</i>	<i>+225 01 -50-20-30</i>
<i>TOURE Eugène</i>	<i>MSHP/PNPSBD</i>	<i>Chef de service Promotion</i>	<i>+225 05 -94-36-38</i>
<i>KOUADIO Kouakou Anatole</i>	<i>MSHP/DSC</i>	<i>S/Directeur</i>	<i>+225 09 -56-90-00</i>
<i>AKA Bekroudjobehon</i>	<i>MSHP/PNPMT</i>	<i>DCA</i>	<i>+225 07 -80-68-83</i>
<i>ADIE Yao M. Olivier</i>	<i>MSHP/PNLCA</i>	<i>Chargé de suivi et évaluation</i>	<i>+225 07 -04-61-82 +225 05 -87-82-69</i>
<i>KOUAME Oka René</i>	<i>MSHP/DC PNN</i>	<i>Chargé d'Etude</i>	<i>+225 07 -67-41-18</i>
<i>N'GORAN-Theckly Patricia</i>	<i>MSHP/DC PNN</i>	<i>Directeur Coordonnateur</i>	<i>+225 01 -22-64-28</i>
<i>Dr DIANGO Nobou Claudine</i>	<i>MSHP/PNSSU</i>	<i>Directeur Coordonnateur</i>	<i>+225 07 -41-47-11</i>
<i>Françoise KROUZOU</i>	<i>MSHP/SJ</i>	<i>Conseiller Juridique</i>	<i>+225 20 -21-77-66</i>
<i>BISSOUMA Anna</i>	<i>MSHP/DCPNSM</i>	<i>Chargé d'Etude</i>	<i>+225 07 -06-36-63</i>
<i>IRIE Bi Gala Maxime</i>	<i>MSHP/DGS</i>	<i>Chargé d'Etude/Focal OOAS</i>	<i>+225 05 -39-16-10</i>
<i>ALI Ouattara</i>	<i>MSHP/PN PMNT</i>	<i>Chargé d'Etude</i>	<i>+225 08 -47-36-99</i>
<i>Mme ATTOUMBRE Sidonie</i>	<i>Ministère Jeunesse, Sport et Loisirs</i>	<i>Point focal SIDA</i>	<i>+225 05 -30-82-75</i>
<i>Mme ASSOUE Delphine</i>	<i>MSHP/PN PMNT</i>	<i>Chargé d'Etude</i>	<i>+225 07 -13-78-89</i>
<i>SONDJO Berthe</i>	<i>MSHP/DAF</i>	<i>Chargé d'Etude</i>	<i>+225 07 -87-18-24</i>
<i>NIAMIEN Kadjo</i>	<i>Ministère d'Etat, Ministère de Plan et du Développement/DGP/DP</i>	<i>Directeur</i>	<i>+225 05 -74-05-42</i>
<i>KONE Soualého</i>	<i>Ministère de l'Education Nationale/ Direction des Cantines Scolaires</i>	<i>Chargé de Projet</i>	<i>+225 07 -51-97-54</i>
<i>SAMBA Mamadou</i>	<i>MSHP/Cellule de Prospective et de Stratégie</i>	<i>Chef Cellule de Prospective et de Stratégie</i>	<i>+225 20 -22-60-43</i>
<i>NWAMAN N'Zébo M.</i>	<i>MSHP/PNLTAB</i>	<i>Service prévention/ PEC</i>	<i>+225 07 -64-88-73</i>
<i>Mme KOFFI Zéguéla</i>	<i>Ministère de l'Education Nationale/DPFC</i>	<i>S/Directeur des Programmes</i>	<i>+225 07 -57-52-96</i>