

Ministère de la Santé

Secrétariat Général

République du Mali

Un Peuple- Un But Une Foi

**POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON
TRANSMISSIBLES**

Octobre 2013

SOMMAIRE

SIGLES ET ABBREVIATIONS	2
1. CONTEXTE.....	3
1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE	3
1.2. DONNEES ENVIRONNEMENTALES ET CLIMATIQUES.....	3
1.3. DONNEES DEMOGRAPHIQUES.....	3
1.4. DONNEES ADMINISTRATIVES	3
1.5. POLITIQUE NATIONALE ET ORGANISATION SANITAIRE :.....	3
1.5.1. <i>Les grandes orientations politiques :</i>	3
1.5.2. <i>Organisation du Système</i>	4
1.6. SITUATION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES:.....	4
1.6.1. <i>Situation des maladies non transmissibles dans le monde et en Afrique :</i>	5
1.6.2. <i>Situation des MNT au Mali</i>	6
2. JUSTIFICATION.....	7
3. ORIENTATIONS :	12
4. OBJECTIF GENERAL	14
4.1. OBJECTIF GENERAL.....	14
4.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	14
5. STRATEGIES DE MISE EN OEUVRE	15
5.1 LA PREVENTION	15
5.2 LA PRISE EN CHARGE DES CAS	15
5.3 LE RENFORCEMENT DES CAPACITES.....	15
5.3.1 <i>Le renforcement des compétences :</i>	15
5.3.2 <i>Le renforcement des moyens de diagnostic, thérapeutique et de réhabilitation :</i>	16
5.4 ACCES AUX SERVICES	16
5.5 LA RECHERCHE	16
5.6 LE RENFORCEMENT DU PARTENARIAT.....	16
5.7 LE SUIVI-EVALUATION.....	16
6. ACTIONS A REALISER	17
7. MOYENS DE MISE EN ŒUVRE	18
7.1. OUTILS :.....	18
7.2. LES PRINCIPAUX INTERVENANTS :.....	18
8. MECANISME DE COORDINATION ET DE SUIVI DE LA POLITIQUE	18

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ASACO :	Association de Santé Communautaire ;
CDMT :	Cadre des Dépenses à Moyen Terme ;
CEDEAO :	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest ;
CHU OS :	Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie ;
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire ;
CROCEP :	Comité Régional d'Orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS.
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire ;
CSCRP :	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté ;
CSRef :	Centre de Santé de Référence ;
DNS :	Direction Nationale de la Santé.
DPLM :	Division Prévention et Lutte contre la Maladie ;
EPH :	Etablissement Publique Hospitalier ;
IMC :	Indice de Masse Corporelle ;
INPS :	Institut National de Prévoyance Sociale ;
IOTA :	Institut d'Ophtalmologie Tropical de l'Afrique ;
Mmol/L :	Millimol/litre ;
MNT :	Maladies non Transmissibles ;
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé ;
ONG :	Organisation Non Gouvernementale ;
PAD :	Pression Artérielle Diastolique ;
PAS :	Pression Artérielle Systolique ;
PDDSS :	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social ;
PMA :	Paquet Minimum d'Activités ;
PRODESS :	Programme de Développement Sanitaire et Social ;
PTF :	Partenaires Techniques et Financiers ;
RAA :	Rhumatisme Articulaire Aigue ;

RIC : Rhumatisme Inflammatoire Chronique ;

SDAME : Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels ;

SIS : Système d'information Sanitaire ;

SLIS : Système Local d'information Sanitaire ;

SSP : Soins de Santé Primaire ;

STEPS WISE : Système de surveillance Progressif (pas à pas) des facteurs de risque des maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.

1. CONTEXTE

1.1. Situation géographique

Le Mali est un pays continental situé au cœur du Sahel. Il couvre une superficie de 1.241.238 Km². Il est limité au Nord par l'Algérie, à l'Est par le Niger et le Burkina Faso, au Sud par la Côte d'Ivoire et la Guinée Conakry et à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie.

1.2. Données environnementales et climatiques

Le Mali est constituée de 3 zones climatiques : une zone sahélienne 50%, une zone saharienne 25%, et une zone soudano-guinéenne 25%. La pluviométrie est faible (200 à 1300 mm) avec des périodes de sécheresse très variées. Le relief est peu accidenté et le pays est arrosé par deux grands fleuves : le Niger et le Sénégal.

1.3. Données démographiques

La population du Mali en 2009 est estimée à 14.517.176 habitants dont 49 % d'hommes et 51% de femmes (DNSI, RGHP 2009). La population est en majorité rurale 73,2% contre 26,8% de population urbaine. Elle est relativement jeune avec 46,06% de moins de 15 ans et 42,92% entre 15 et 49 ans. La densité est de 10 habitants au Km².

1.4. Données administratives

Le Mali compte 8 Régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, et Kidal) et le District de Bamako. Les Régions sont subdivisées en 49 cercles et 703 communes dont 684 communes rurales et 19 communes urbaines.

1.5. Politique nationale et organisation sanitaire :

1.5.1. Les grandes orientations politiques :

Le Gouvernement du Mali a adopté en 1990 une politique sectorielle de santé et de population basée sur la stratégie des soins de santé primaires et l'Initiative de Bamako.

Sa mise en œuvre s'effectue dans le cadre d'un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998 – 2007 qui est dans sa phase de prolongation. Il s'inscrit pleinement dans une approche programme.

Les efforts de chacun (Etat, Partenaires Techniques et Financiers, associations&ONG, collectivités) doivent être déployés en direction des objectifs fixés par l'Etat dans le cadre d'un programme sectoriel unique, cohérent et basé sur des priorités communément arrêtées. Son financement doit être établi sur la base du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Le PDDSS a été mis en œuvre à travers sa tranche quinquennale et

comprend deux Programmes de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) successifs :

- le PRODESS I (quinquennat 1998-2002), qui a été prolongé jusqu'en 2004,
- le PRODESS II (quinquennat 2005-2009), qui a été lui-même prolongé jusqu'en décembre 2011 pour coïncider avec l'échéance du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR).

Ces orientations seront prises en compte dans le PDDSS en cours d'élaboration.

1.5.2. Organisation du Système

Le système de santé est actuellement organisé de manière pyramidale et hiérarchisée avec à la base les centres de santé communautaires (CSCOM) au nombre de 1050 offrant un paquet minimum d'activités (PMA) et constituant le premier niveau de contact de la population.

Trois niveaux de référence sont définis :

- le premier niveau de référence constitué par 60 centres de santé de référence (Csref) offre les soins de référence y compris la prise en charge des urgences médico-chirurgicales.
- Le deuxième niveau de référence communément appelé hôpital régional est constitué de sept établissements hospitaliers à vocation générale.
- Le troisième niveau de référence correspond aux établissements hospitaliers à vocation générale (CHU GT, CHU Point « G » et l'hôpital du Mali) et à vocation spécialisée (Odontostomatologie et IOTA). Il est le dernier recours de référence pour la population.

A ces structures, il faut ajouter un hôpital parapublic : « Hôpital Mère Enfant le Luxembourg », les structures médicales privées et confessionnelles, le service de santé de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et le service de santé des Armées.

1.6. Situation des maladies non transmissibles:

La lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) et leurs facteurs de risque est l'un des grands défis pour le développement au XXI^e siècle. Par ailleurs, le renforcement des systèmes de santé afin qu'ils puissent offrir aux personnes atteintes de MNT des soins plus efficaces et plus équitables permettra de réduire la morbidité, les handicaps et la mortalité en contribuant à de meilleures issues sanitaires.

Les maladies non transmissibles regroupent un ensemble de pathologies qui ne sont pas dues à des agents pathogènes particuliers. Elles ne se transmettent pas d'homme à homme, mais ont pour facteurs étiologiques des agents chimiques, physiques, des facteurs alimentaires et sociaux. Elles constituent une cause importante de morbidité et de

mortalité, d'incapacités, d'infirmités, d'absentéisme au travail, de retard scolaire, etc....

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé sont considérées comme maladies non transmissibles, les affections suivantes :

- les pathologies cardio-vasculaires ;
- les maladies endocriniennes ;
- les affections rhumatismales ;
- les cancers ;
- les affections buccodentaires ;
- la santé mentale ;
- les maladies respiratoires chroniques ;
- les hémoglobinopathies ;
- Les violences ;
- les traumatismes ;
- les maladies oculaires.

Pour la plupart de ces MNT (diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers, affections bucco-dentaires) les facteurs de risque sont identiques : tabagisme, obésité, consommation excessive d'alcool, manque d'activité physique, pollution. L'ampleur de ces problèmes peut être réduite si des mesures appropriées d'accompagnement sont entreprises à temps notamment, le renforcement du système de santé, la sensibilisation et l'information des populations pour un changement de comportement en faveur de la santé.

Ainsi l'O.M.S. dans la stratégie de la région africaine en matière de maladies non transmissibles, propose de renforcer la capacité des Etats membres à définir des politiques et à mettre en œuvre des programmes de lutte contre les MNT en ayant recours à des approches multidisciplinaires et multi- sectorielles élargies

La lutte contre la maladie est une priorité du programme de développement sanitaire et social. A ce titre, le Mali dispose déjà de stratégies de prévention et de prise en charge pour les cancers, le diabète, la drépanocytose, la santé mentale.

1.6.1. Situation des maladies non transmissibles dans le monde et en Afrique :

Selon la stratégie pour la Région Africaine de l'OMS relative à la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (AFR/RC 50/10), en 2005 le nombre de décès lié aux maladies chroniques était de 35 millions dont 60% dus aux MNT. Les déterminants de ces MNT sont d'ordre comportemental, alimentaire, socio- culturel (mode de vie), médical et économique.

Selon l’OMS, la charge de la morbidité et de la mortalité imputable aux MNT telles que les affections cardio vasculaires, le cancer ou le diabète s’alourdit d’année en année. En 2020, 60% des décès feront suite à une MNT contre 41% en 1990. Environ 80% des décès dus aux maladies non transmissibles et chroniques surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen

Cette menace grandissante est une cause de pauvreté qui retarde le développement économique des pays..

Des facteurs de risque communs et évitables sont responsables de la majorité de ces maladies non transmissibles et chroniques.

1.6.2 Situation des MNT au Mali

Les données statistiques des supports du Système Local d’Information Sanitaire (SLIS) ne permettent pas, à l’heure actuelle, de disposer d’informations suffisantes sur la prévalence des maladies non transmissibles.

Les données ci-dessous sont le fruit de quelques études et enquêtes réalisées sur de petits échantillons. Les enquêtes STEPS 2007-2008 ont été réalisées dans les communes urbaines de Ségou, Sikasso, Koulikoro et des communes II, III et VI du district de Bamako et dans les communes rurales du cercle de Kati (Kati et Ouéléssébougou). Cette enquête a concerné 2855 personnes.

Les résultats obtenus ne sauraient donc être extrapolés à l’ensemble du pays mais peuvent fournir des indications suffisantes quant à l’ampleur du problème. De ces enquêtes ressortent les résultats suivants en ce qui concerne les facteurs de risque des MNT :

- La consommation de tabac

Dans la population générale, les fumeurs représentent 14,8% et dans cette proportion, ceux qui fument quotidiennement représentent 22%.

Quant à la consommation de tabac en milieu scolaire, 29% des élèves ont déjà fumé et 10,4% sont des fumeurs habituels. L’exposition des élèves à la fumée de cigarettes dans le milieu familial est faite dans 48,5% et en milieu public dans 81,4%.

- La consommation abusive d’alcool

La consommation abusive d’alcool a été retrouvée dans 3,8% des cas

- La non pratique de l’activité physique

Plus de la moitié soit 57,8% pratiquent moins de 10mn de marche par jour.

- La faible consommation de fruits

Quatre personnes sur cinq (80,2%) consomment moins de 5 portions de fruits/jour.

- Le surpoids

Les adultes atteints de surcharge pondérale et/ou d'obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 représentent 43,1% des cas et ceux dont l'IMC ≥ 30 sont 17% des cas.

- La tension artérielle élevée

Les adultes ayant une tension artérielle élevée. La pression artérielle systolique (PAS) ≥ 160 et/ou la pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 100 mm Hg ou actuellement sous traitement médical pour tension artérielle élevée représentent 12,7%.

- La glycémie élevée

La proportion d'adultes ayant une glycémie élevée à jeun (≥ 6.1 mmol/L ou ≥ 110 mg/dl) ou qui sont actuellement sous traitement médical pour glycémie élevée est de 46,9%.

Environ 31,1% des adultes âgés de 25 à 44 ans et 48,7% des personnes âgées de 45 à 64 ans présentent au moins un facteur de risque élevé.

2. JUSTIFICATION

Selon La stratégie pour la Région Africaine de l'OMS (AFR/RC 50/10), les maladies non transmissibles sont les premières causes de décès dans le monde, surtout dans les pays en développement. En 2008, elles ont fait plus de 36 millions de victimes, ce qui représente 63 % de la mortalité mondiale. En l'absence de mesures appropriées et d'adaptation des politiques publiques, plus de 51 millions de personnes décèderont des suites de MNT en 2030, et quatre décès sur cinq dus à ces maladies surviendront dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

En 2004, les maladies non transmissibles étaient responsables de 28% (3, 6 millions) des décès enregistrés en Afrique. Ce chiffre pourrait augmenter de 27% d'ici 2015. Environ 33% des décès dus aux maladies non transmissibles surviennent chez des personnes de moins de 60 ans faisant de ces maladies d'importantes causes de décès prématurés et de handicaps.

Depuis plusieurs années, on observe dans la région africaine une progression rapide des maladies non transmissibles (MNT) avec pour conséquence un alourdissement de la charge, déjà très pesante, qu'imposaient les maladies transmissibles, la malnutrition, la morbidité et la mortalité maternelles, néo natales et infanto juvéniles. Fautes de mesures immédiates, les MNT pourraient devenir d'ici l'an 2020 la première cause de mortalité et de morbidité en Afrique, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu moyen.

Les enquêtes du Système de surveillance Progressif (STEPS WISE) des maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque organisées au Mali en 2007 et 2008, ont montré une forte prédominance des facteurs de risques comme le tabagisme, la consommation abusive d'alcool, la non pratique de l'activité physique, la faible consommation de fruits et légumes, le surpoids, les mauvaises pratiques nutritionnelles, etc.

Au Mali les maladies non transmissibles constituent un véritable problème de santé publique compte tenu de leurs conséquences socioéconomiques très importantes. Leurs prévalences et incidences sont souvent mal connues au sein de la population générale faute d'études approfondies. Cependant les données statistiques disponibles permettent d'apprécier l'importance de certaines maladies non transmissibles au Mali.

Le diabète : Les indicateurs relatifs au diabète dans l'ensemble de la population malienne sont encore mal connus. Si l'on se base sur les statistiques d'un pays comme la France, l'incidence du diabète de type 1 serait de l'ordre de 7/100 000, soit 1 000 nouveaux cas par an.

Au Mali, la filière de malades pris en charge avec l'appui de l'ONG Santé Diabète est de 125 patients et ne concerne que certains districts du Mali. On peut donc considérer que chaque année, ce sont plusieurs centaines d'enfants de 5 à 10 ans pour la plupart qui meurent de cette affection, sans diagnostic et donc sans traitement. Lorsqu'ils sont vus dans un établissement sanitaire, les comas diabétiques qui emportent ces patients sont rarement diagnostiqués et traités comme tels. En ce qui concerne le diabète de type 2 les statistiques internationales dans le dernier « diabetes atlas » publié par International Diabetes Federation (réf diabetes atlas 4th edition 2010 IDF) estiment à 3,3 % le taux de prévalence du diabète de type 2 au Mali dans la tranche d'âge de 20 – 79 ans ; ce qui laisse entendre qu'il y a environ 200 000 personnes souffrant de cette affection. La gravité de ce mal est liée à ses complications, qui sont essentiellement dégénératives (cardiovasculaires, rénales, ophtalmologiques, etc...) et aiguës (comas).

La drépanocytose : Maladie devenue plus fréquente chez les populations d'Afrique subsaharienne sous les effets sélectifs du paludisme, la drépanocytose constitue une maladie dramatique pour les familles des enfants qui en sont atteints. Maladie génétique récessive, sa forme hétérozygote AS, dite « trait drépanocytaire » touche une moyenne de 12 % de la population malienne, mais atteint plus de 15 % dans certaines régions (Kayes, Mopti).

Sa forme homozygote SS touche quant à elle 0,8 % des nouveaux nés, soit 5 à 6 000 enfants par an, qui, sans prise en charge appropriée, vont subir un taux de mortalité de 50% avant d'atteindre l'âge de 5 ans et de 80% avant celui de 10 ans.

Le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD) assure actuellement la prise en charge de 2 000 malades, soit moins de 4 %, des drépanocytaires attendus tous âges confondus.

Les cancers : Les cancers occupent de plus en plus une place importante dans la morbidité et la mortalité au Mali.

Selon le registre des cancers, il a été enregistré en 2010, 1490 nouveaux cas de cancers dont 192 cancers du sein, 237 cancers du col de l'utérus, 53 cancers du foie, 77 cas de lymphomes malins non hodgkiniens, 81 cas de cancers du colorectum, 33 cas de cancers du poumon, 65 cas de cancers de la prostate, 16 cas de cancers de l'œsophage, 736 autres cancers. Parmi les cancers du sein, 80 % sont diagnostiqués chez des patientes à un stade où le mal n'est plus curable. Parmi l'ensemble de ces cancers, certains constituent une priorité de santé publique compte tenu de leur vulnérabilité, c'est à dire de la possibilité de réduire leur incidence et leur mortalité dans le contexte économique du Mali. Il s'agit :

- des cancers du sein et du col, qui sont les cancers les plus fréquents chez la femme. Leur vulnérabilité est liée à la faisabilité technique et financière du diagnostic et du traitement précoce.
- des cancers primitifs du foie qui résultent de l'évolution d'une hépatite B, pour laquelle le Mali dispose d'un vaccin qui doit être administré dès la naissance pour éviter les risques de transmission de l'antigène HBs de la mère à l'enfant.

Les autres peuvent être combattus en agissant sur des facteurs essentiels comme la consommation du tabac, la pollution de l'air à Bamako et dans les grandes villes, la contamination de l'eau par les pesticides et les bilharzioses. Au Mali comme dans tous les autres pays du monde, la consommation de tabac constitue un facteur de risque majeur des cancers du poumon, de la gorge et de la vessie, des broncho-pneumopathies chroniques et des affections cardiovasculaires.

Les affections cardio-vasculaires : On estime à 10 % au Mali le taux de prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) et on peut situer aux environs d'1 % le taux de porteurs d'une affection cardiaque cliniquement décelable, dont la plupart sont des cardiopathies valvulaires, dues au Rhumatisme Articulaire Aigue (RAA). L'HTA pose un problème particulier au Mali où elle est favorisée par les images favorables dans la population que

sont la consommation de sel et la corpulence physique (surpoids/obésité). Quant au RAA, il évolue sournoisement au sein des jeunes générations sans bénéficier de mesures préventives pour empêcher soit sa survenue à la suite d'une angine à streptocoque bêta hémolytique soit son traitement. Si l'hypertension est source de complications dégénératives chez les séniors, les cardiopathies valvulaires aboutissent généralement au décès de jeunes gens.

La santé bucco-dentaire et le noma :

La santé dentaire figure parmi les fléaux de la santé publique compte tenu de sa fréquence et de ses conséquences sanitaires sur l'alimentation et le bien être de ceux qui en souffrent.

Une étude réalisée en milieu scolaire a permis d'estimer à 82,4 % le taux de prévalence des caries dentaires chez les enfants de 10 ans.

La seule réponse apportée à ce problème à ce jour est l'utilisation de bâtons « frotte-dent », dont les effets sur les gencives sont préjudiciables à la santé bucco-dentaire.

Pour alléger ce fardeau, il est nécessaire d'initier dès à présent les activités qui permettront d'une part de créer l'offre des soins capable d'y répondre et d'assurer son développement, d'autre part de commencer à introduire sans délai les conduites appropriées pour prévenir les affections bucco-dentaires et leur permettre de prendre progressivement la place qui leur revient.

Trois types de problèmes se posent actuellement :

- Les insuffisances de l'hygiène bucco-dentaire, malgré l'utilisation du « bâton » traditionnel que l'on mâche et avec lequel on se frotte les dents,
- Le manque de fluor qui contribue à l'apparition des caries dentaires,
- Le retard ou l'absence de recours aux soins dentaires, qui aboutit à la destruction des dents.

Le noma est une affection fréquente au Mali et l'OMS estime à 140 000 nouveaux cas par an, dont la plupart se trouvent en Afrique Subsaharienne.

Ne disposant pas de statistiques nationales fiables, on peut considérer que ce sont chaque année plusieurs centaines de nouveaux enfants qui sont frappés par ce mal.

Touchant les enfants de moins de 6 ans des familles les plus pauvres, le noma est lié à la malnutrition et à l'absence de traitement médical de l'enfant.

La gravité du noma est d'abord liée à son taux de létalité, qui est de 80 % en l'absence de traitement. Mais elle l'est aussi par ses conséquences sociales dramatiques, les lésions faciales de cette maladie odieuse aboutissant à l'exclusion des enfants qui en sont atteints.

La santé mentale et l'épilepsie au Mali :

Si les questions de santé mentale occupent une place importante aujourd'hui, elles ne cesseront de s'amplifier à l'avenir, non seulement sous l'effet de la croissance démographique, mais aussi du bouleversement social qui se dessine avec l'urbanisation galopante du Mali et l'entrée du pays dans la mondialisation.

Si Bamako et les autres grandes villes ont su amortir jusqu'à présent le passage au monde urbain de la famille rurale et de son environnement culturel grâce au maintien d'une certaine vie sociale, leurs capacités d'intégration risquent d'être dépassées au cours des décennies à venir. La fragilisation de la famille viendra s'ajouter à l'agressivité du monde professionnel pour créer stress, angoisse et dépression. Le poids le plus lourd, qui accompagnera cette évolution, sera porté par la jeunesse, qui subira une complète perte de repères.

Les résultats remarquables obtenus au Mali dans la lutte contre l'épilepsie en zone rurale autorisent un passage progressif à l'échelle de l'approche utilisée pour permettre à un très grand nombre de malades souffrant de cette affection et du rejet social qui l'accompagne de retrouver une vie normale.

L'épilepsie touche actuellement près d'1 % de la population malienne soit environ 150 000 personnes et a des conséquences dramatiques non seulement sur la vie « physique » des malades, mais aussi sur leur vie sociale.

A ce jour, moins d'1 malade sur 20 est diagnostiqué et pris en charge alors que le Mali a montré la possibilité d'agir avec efficacité, grâce à la présence de médecins en zone rurale. La présence de plus de 250 médecins de campagne permet dès à présent la réalisation d'un programme national de lutte contre l'épilepsie. Il pourra s'étendre à l'ensemble du territoire avec l'extension de la médicalisation des zones rurales.

Les traumatismes et violences (les accidents de la voie publique) :

Selon le rapport bilan des accidents corporels de la circulation routière dans le district de Bamako, en 2009 il a été noté 2 568 accidents corporels ayant provoqué 156 tués, 1602 blessés graves et 1760 blessés légers soit un total de 3 518 victimes d'accidents de la route. En 2010, il a été enregistré 2090 accidents corporels dont 171 tués, 1408 blessés graves et 1384 blessés légers soit 2 963 victimes.

Il est admis que ces chiffres sont largement sous estimés. Ces accidents sont enfin à l'origine d'handicaps qui entravent la vie personnelle et économique de milliers de citoyens.

L'analyse des multiples problèmes évoqués ci-dessus, notamment : la prévalence élevée de certaines MNT, l'existence de multiples facteurs de risque, les conséquences socio-économiques liées aux MNT rend impérieux pour le département de la santé, de développer une politique de lutte contre les MNT dont la mise en œuvre se fera à travers le plan stratégique. Ces actions contribueront à atteindre l'objectif de soins universel pour les personnes atteintes de MNT conformément aux recommandations du rapport annuel 2010 de l'OMS.

3. ORIENTATIONS :

Les orientations de la politique de lutte contre les MNT sont conformes aux engagements nationaux et internationaux notamment sur :

- *la stratégie mondiale de la santé pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé :*

Le but de cette stratégie est de promouvoir et de protéger la santé en aidant à créer des conditions propices à l'application de mesures durables aux niveaux individuel, communautaire, national et mondial qui, ensemble, réduiront la morbidité et la mortalité liées à une mauvaise alimentation et à la sédentarité. Ces mesures s'inscrivent dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement définis par l'Organisation des Nations Unies et offrent un potentiel immense pour améliorer la santé publique partout dans le monde.

- *La stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles :*

Ce document s'adresse essentiellement à la communauté des partenaires internationaux du développement ainsi qu'à tous ceux qui, au sein des services gouvernementaux ou dans la société civile sont appelés à se préoccuper des mesures urgentes à prendre pour lutter contre la charge de morbidité croissante liée aux maladies non transmissibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

- *la stratégie pour la Région Africaine de l'OMS relative à la « prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles » (AFR/RC 50/10) à travers ;*
 - ✓ le renforcement de la capacité des Etats membres à définir des politiques et à mettre en œuvre des programmes de lutte contre les maladies Non transmissibles en ayant recours à des approches multisectorielles élargies ;
 - ✓ le renforcement des soins de santé aux sujets affectés d'une Maladie non Transmissible ;
 - ✓ l'appui à la surveillance intégrée des maladies ;

- ✓ la promotion de la recherche sur les interventions à assise communautaire ;
 - ✓ l'amélioration de la capacité du personnel de santé ;
 - ✓ la réduction du nombre de décès et d'incapacités imputables aux Maladies Non Transmissibles ;
 - ✓ l'apport de contributions financières nouvelles et substantielles des partenaires au développement et la société civile sans que cela ne se fasse au détriment du financement actuel et futur des maladies Non Transmissibles.
- la déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des Maladies Non Transmissibles dans la région africaine de l'OMS du 6 avril 2011 par :
- ✓ l'utilisation des défis actuels comme des opportunités pour accroître les investissements et améliorer la gestion des ressources disponibles en vue de ralentir, arrêter ou inverser les tendances des principales MNT ;
 - ✓ l'élaboration des plans d'action nationaux et
 - ✓ le renforcement des capacités institutionnelles pour la prévention et le contrôle des MNT.
- la déclaration de la première conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sain et les Maladies Non Transmissibles (Moscou 28 – 29 avril 2011) basée sur la mise en œuvre des politiques axées sur les facteurs comportementaux, environnementaux, sociaux et économiques associés aux maladies non transmissibles.
- L'engagement des plus hautes autorités des Etats à lutter contre les maladies non transmissibles lors de la 66^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies (New York 19-22 septembre 2011) à travers les mesures suivantes :
- ✓ Encourager la formulation de politiques publiques multisectorielles propres à créer des environnements propices et équitables pour donner à l'individu, à la famille et à la collectivité les moyens de faire des choix sains et de vivre en bonne santé;
 - ✓ Élaborer, renforcer et appliquer, selon qu'il conviendra, des politiques publiques et des plans d'action multisectoriels en vue de promouvoir l'éducation et l'information sanitaires ;
 - ✓ Accélérer la mise en œuvre par les États parties de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac;
 - ✓ Promouvoir la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé élaborée par l'OMS.

La politique ainsi définie intègre les dimensions de la pauvreté et le droit à la santé pour tous. Elle sert de cadre de référence pour l'élaboration des plans quinquennaux et la mise en œuvre concertée des interventions essentielles selon diverses approches : la multisectorialité, la multidisciplinarité, la décentralisation et l'approche communautaire. Le présent document de politique sera assorti d'un plan stratégique de cinq ans allant de la période 2012-2016.

4. OBJECTIF GENERAL

4.1. Objectif Général

Améliorer l'état de santé et le bien-être de la population en réduisant la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles et leurs complications.

4.2. Objectifs spécifiques

- Appuyer la surveillance intégrée des MNT par la réalisation d'enquête STEPP tous les trois ans
- Réduire la prévalence des décès prématurés et des incapacités dus aux MNT par le renforcement des mesures de prévention à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Renforcer la qualité de prise en charge des MNT dans les structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Soutenir les activités de recherche visant à définir des interventions communautaires efficaces, et intégrant le secteur de la phytothérapie traditionnelle;
- Renforcer le partenariat entre les différents intervenants dans la lutte contre les MNT ;
- Assurer le suivi-évaluation des activités du programme.

5. STRATEGIES DE MISE EN OEUVRE

Les stratégies s'articuleront autour de la prévention, de la prise en charge des cas, du renforcement des capacités, de la recherche et du renforcement du partenariat.

La mise en œuvre des activités se fera dans le cadre des Plans Opérationnels des services de santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional, district et communautaire) conformément aux procédures en vigueur.

5.1 La prévention

Elle s'articulera autour de la communication pour le changement de comportement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle sera axée sur :

- les interventions destinées à réduire l'exposition aux principaux facteurs de risque au niveau individuel et communautaire (méthodes efficaces par rapport à son coût, communication pour le changement de comportement, les activités physiques, ...)
- le dépistage précoce ;

5.2 La prise en charge des cas

Elle portera sur :

- le diagnostic des cas ;
- le traitement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. ;
- la mise à disposition des médicaments spécifiques y compris les médicaments traditionnels améliorés et leur intégration dans le schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels (SDAME).
- le suivi et la réhabilitation ;

A ce titre, les guides et modules standards seront élaborés, disséminés et utilisés.

5.3 Le renforcement des capacités

5.3.1 Le renforcement des compétences :

- la formation du personnel qualifié;
- la formation du personnel à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur les MNT;
- l'adaptation des programmes de formation des institutions de formation ;
- le recrutement du personnel additionnel.

5.3.2 Le renforcement des moyens de diagnostic, thérapeutique et de réhabilitation :

- développement et/ou réhabilitation des infrastructures ;
- le renforcement des équipements des établissements de santé ;

5.4 Accès aux services

L'accès aux services sera réalisé par :

- la prise en charge par l'Etat (gratuité pour le malade) des soins pour certaines maladies non transmissibles à déclarer comme maladies sociales :
 - o Cardiopathie valvulaire chez l'enfant ;
 - o Diabète type I et Type II ;
 - o Noma ;
 - o Cancers ;
 - o Certaines maladies mentales ;
 - o Epilepsie ;
 - o Drépanocytose SS ;
 - o Polyarthrites rhumatoïdes.
- le développement du système de la protection sociale (AMO, RAMED, Mutuelles, assurances privées) ;
- les subventions au système de santé ;
- la contribution directe des bénéficiaires (paiement direct).

5.5 La recherche

Des actions de recherche fondamentale, opérationnelle y compris la recherche sur les médicaments traditionnels améliorés seront réalisées afin d'améliorer la prévention, le diagnostic et la prise en charge des MNT.

5.6 Le renforcement du partenariat

Le partenariat entre l'État, les collectivités territoriales, les privés, la société civile (Associations, ONG), les partenaires techniques et financiers, sera renforcé.

5.7 Le Suivi-évaluation

Des outils et supports appropriés seront développés. Un cadre d'évaluation sera défini avec des indicateurs précis. Des rencontres périodiques seront organisées entre tous les

intervenants afin de suivre, évaluer et réorienter les interventions si nécessaires. Le suivi / évaluation portera à la fois sur les procédures, la mise en œuvre des activités et la surveillance des facteurs de risque. Il sera conduit par l'équipe de coordination du programme en collaboration avec les responsables des districts sanitaires, des EPH et des autres partenaires intervenants sur le terrain.

L'évaluation interne du plan stratégique se fera à mi-parcours tandis que l'évaluation externe devra être programmée à terme et nécessitera une implication multisectorielle. Cependant, un bilan annuel sera institué pour évaluer les plans d'action opérationnels.

6. ACTIONS A REALISER

Les actions prioritaires suivantes seront réalisées :

- la mise en place d'un cadre institutionnel de lutte contre les MNT ;
- la mise en place d'un cadre de concertation multidisciplinaire pour la prévention et la lutte contre les MNT ;
- le renforcement des capacités de communication des intervenants pour un changement de comportement ;
- le renforcement des compétences en matière de prévention et de prise en charge des MNT à tous les niveaux ;
- le renforcement de la détection précoce des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- le renforcement des infrastructures et équipements sanitaires en matière de prévention et de prise en charge des MNT.
- le renforcement de la disponibilité des médicaments selon le schéma directeur d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels.
- le renforcement de la surveillance épidémiologique des MNT
- le développement de la recherche afin de créer des stratégies novatrices de prévention et de prise en charge des MNT
- le développement d'un dispositif de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la politique

7. MOYENS DE MISE EN ŒUVRE

7.1. Outils :

La mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre les MNT sera faite à travers le plan stratégique national et les plans opérationnels annuels.

7.2. Les principaux intervenants :

Les départements ministériels en charge de la santé, de l'Éducation de base, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, de l'Énergie et de l'Eau, de l'Agriculture et de l'élevage, de la Jeunesse et des Sports, de la Justice, du Développement Social, de la Communication ; de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, des Finances, des Mines, de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, de la protection civile, les Communautés, les ONG et Associations, les PTF etc.

8. MECANISME DE COORDINATION ET DE SUIVI DE LA POLITIQUE

Sous le leadership du Ministère de la santé la coordination des activités des différents départements intervenant dans la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque se fera lors des assises du Comité technique et du comité de suivi du PRODESS. Ces mêmes activités de coordination seront réalisées aux niveaux régional et local à travers les CROCEP et les réunions de conseil de gestion.