



REPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité-Travail-Progress

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PROGRAMMATION

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL  
MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE  
LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES  
2019-2021**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Niger**





**REPUBLIQUE DU NIGER**

Fraternité-Travail-Progrès

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**



**SECRETARIAT GENERAL**

**DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PROGRAMMATION**

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES**

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL  
MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE  
LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES  
2019-2021**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Niger**

# SOMMAIRE

PREFACE.....	7
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	8
INTRODUCTION .....	12
I- GENERALITES SUR LE NIGER .....	13
A. Données géographiques et organisation administrative.....	13
B. Données démographiques.....	13
C. Données socio-économiques .....	14
D. Transport et communication.....	14
E. Politique de santé et Organisation du Système de Santé .....	16
1. Politique de santé.....	16
2. Organisation du système de santé .....	16
3. Ressources Humaines du Ministère de la Santé.....	18
4. Infrastructures et équipements.....	18
5. Système d'information sanitaire .....	20
6. Médicaments et technologies essentiels.....	21
7. Financement de la santé .....	21
8. Prestations des services de santé .....	23
9. Leadership et gouvernance.....	24
II- ANALYSE DE LA SITUATION DES MNT .....	26
A- Données générales sur les Maladies Non Transmissibles dans le monde .....	26
B- Situation des MNT dans la région Africaine .....	27
C- Situation des MNT et leurs facteurs de risque au Niger .....	30
1. Situation des MNT.....	30

a. Les maladies cardiovasculaires .....	30
b. Le cancer.....	32
c. Les affections respiratoires chroniques.....	34
d. Le diabète.....	34
e Les violences et traumatismes.....	36
2. Facteurs de Risque .....	40
a. Tabagisme.....	41
b. Mauvaise alimentation.....	42
c. Inactivité physique .....	42
d. Consommation nocive d'alcool .....	43
e. Surpoids et obésité.....	43
f. Facteurs de risque environnementaux .....	43
g. Facteurs de risque infectieux .....	44
h. Produits éclaircissants .....	44
3. Impacts socio-économiques des maladies non transmissibles.....	45
III CONTRAINTES-DEFIS-OPPORTUNITES .....	45
A- Contraintes.....	45
1. Problèmes institutionnels :.....	45
2. Problèmes structurels :.....	46
3. Problèmes organisationnels :.....	46
B- Défis.....	47
C- Opportunités :.....	47
IV- PLAN STRATEGIQUE .....	49
A- Vision.....	49
B- But .....	49

C- Principes Généraux :	49
1. Prise en compte de tous les âges de la vie	49
2. Autonomisation des personnes et des communautés	49
3. Stratégies fondées sur des bases factuelles	50
4. Couverture sanitaire universelle	50
5. Gestion des conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels	50
6. Approche fondée sur les droits de l'homme	50
7. Approche fondée sur l'équité	51
8. Action nationale, coopération et solidarité internationales	51
9. Action multisectorielle	51
D- Objectifs	52
1- Objectif général	52
2- Objectifs stratégiques	52
E- Cibles	52
F- Cadre de mise en œuvre du plan	53
1. Cadre institutionnel	53
2. Niveaux de mise en œuvre	56
3. Structures de Soins :	57
G- Cadre opérationnel pour la mise en œuvre du plan	59
H- Suivi et évaluation	72
1. Suivi	72
2. Évaluation	72
3. Indicateurs de suivi	72
I- Budgetisatoin du plan	73

## **PREFACE**

Les maladies non transmissibles (MNT), principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète sont les principales causes de mortalité dans le monde. Plus de 38 millions de personnes en meurent chaque année.

La charge de ces maladies non transmissibles et la menace que celles-ci représentent constituent un problème de santé publique majeur qui entrave le développement économique et social dans le monde entier.

C'est pourquoi, les Chefs d'Etat et de gouvernement se sont engagés dans la Déclaration politique des Nations Unies sur les MNT, en septembre 2011, à établir des politiques et des plans multisectoriels nationaux pour prévenir et combattre les MNT.

C'est dans cette optique que le présent plan stratégique national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles est élaboré. Ce plan est le cadre formel de référence des activités à mener par le PNLMT de 2019 à 2021 pour réduire l'exposition aux facteurs de risque et permettre au système de santé de mieux agir afin d'améliorer l'accès équitable aux soins. Il servira de base d'orientation pour les différentes interventions dans le secteur.

J'ai à cœur de travailler avec les partenaires techniques et financiers et les membres du comité national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles, pour sauver des vies, améliorer la santé et le bien être des générations actuelles et futures et pour veiller à ce que le fardeau humain, social et financier des MNT ne compromette pas l'atteinte des Objectifs de Développement Durable liés à la santé.

Il est temps d'agir.

Dr Idi Illiassou Mainassara

Ministre de la Santé Publique



## **LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES**

AFD	:	Agence Française de Développement
ARV	:	Anti Rétro Viraux
AECID	:	Agence Espagnole pour la Coopération Internationale au Développement
AVC	:	Accident Vasculaire -Cérébral
AVCN	:	Agence de Vérification de Conformité aux Normes
BM	:	Banque Mondiale
CFA	:	Communauté Financière Africaine
CSME	:	Centre de Sante Mère - Enfant
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CSI	:	Centre de Sante Intégré
CERMES	:	Centre de Recherche Médicale en Santé
CPNR	:	Consultation Périnatale Recentrée
CTNS	:	Comité Technique National de Santé
CNS	:	Comité National de Santé
DRSP	:	Direction Régionale de la Santé Publique
DPG	:	Déclaration de Politique Générale
DNS	:	Dépense Nationale de Santé
DPH/MT	:	Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle
DS	:	District Sanitaire
ECD	:	Equipe Cadre de District

EPIC	:	Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial
FC	:	Fonds Commun
FID	:	Fédération Internationale du Diabète
GAR	:	Gestion Axée sur le Résultat
GAVI	:	Global Alliance for Vaccine and Immunization
GYTS	:	Global Youth Tobacco Survey
HNN	:	Hôpital National de Niamey
HTA	:	Hypertension Artérielle
HTAP	:	Hypertension Artérielle Pulmonaire
HPV	:	Human Papuloma Virus
IMC	:	Indice de Masse Corporelle
INS	:	Institut National de la Statistique
ISF	:	Indice Synthétique de Fécondité
IST/VIH	:	Infections Sexuellement Transmissibles/VIH
LANSPEX	:	Laboratoire National de Sante Publique et d'Expertise
MSP	:	Ministère de La Sante Publique
MEG	:	Médicaments Essentiels Génériques
MRC	:	Maladies Respiratoires Chroniques
NCD	:	Non Communicable Diseases
ODD	:	Objectifs du Développement Durable
ONPPC	:	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OPVN	:	Office des Produits Vivriers du Niger ;

PSNML/MNT	:	Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles
PDES	:	Plan de Développement Economique et Social
PDS	:	Plan de Développement Sanitaire
PNS	:	Politique Nationale de Santé
PAP/PA	:	Plan d'Action Prioritaire Pluri Annuel
PDRH	:	Plan de Développement des Ressources Humaines
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers ;
PRN	:	Présidence de la République du Niger
PNLMNT	:	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PCA	:	Paquet Complémentaire d'Activités
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
RC	:	Relais Communautaires
SDDCI	:	Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive
SSP	:	Soins de Santé Primaires
SAMU	:	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SONIPHAR	:	Société Nigérienne des Produits Pharmaceutiques
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SARA	:	Service Availability and Readiness Assessment
STEPS	:	Approche par étape de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles

TIC	:	Technologies de l'Information et de la Communication
TBC	:	Tuberculose
UNDAF	:	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH	:	Virus d'Immuno Déficience Humain
WHO- PEN	:	World Health Organization Package for integrating Essential intervention for major Non communicable diseases (Paquet d'Interventions essentielles intégrées de l'OMS pour la Prévention et la Prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires)

# INTRODUCTION

La charge mondiale des maladies non transmissibles et la menace que celles-ci représentent constituent un problème de santé publique majeur qui entrave le développement économique et social dans le monde entier. Il faut exercer un leadership et agir d'urgence au niveau national pour atténuer cette menace, qui a notamment pour effet de creuser les inégalités au sein des populations.

On estime que les maladies non transmissibles ont entraîné 36 millions de décès en 2008- soit 63% des 57 millions de décès survenus dans le monde cette année-là. Ces décès étaient principalement dus aux maladies cardiovasculaires (48%), aux cancers (21%), aux affections respiratoires chroniques (12%) et au diabète (3.5%). Les quatre facteurs de risque communs à ces grandes maladies non transmissibles sont le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. En 2008, 80% des décès (29 millions) dus à des maladies non transmissibles sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Selon les projections de l'OMS, le nombre annuel de décès dus à des maladies non transmissibles atteindra au total 55 millions d'ici à 2030 si rien ne change. Les connaissances scientifiques montrent que la charge des maladies non transmissibles peut être considérablement réduite si les mesures et les interventions préventives et curatives d'un bon rapport coût/efficacité qui existent déjà sont mises en œuvre d'une manière efficace et équilibrée. La finalité de ce plan stratégique national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles est de concrétiser les engagements pris dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.

# **I- GENERALITES SUR LE NIGER**

## **A- DONNÉES GÉOGRAPHIQUES ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE**

Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest. Il est compris entre 11° 37' et 23° de latitude Nord et entre le méridien de Greenwich et 16° de longitude Est, à 700 km au Nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l'Est de la côte Atlantique et à 1 200 km au Sud de la Méditerranée avec une superficie de 1 266 491<sup>1</sup> km<sup>2</sup>. Il est limité à l'Est par le Tchad, à l'Ouest par le Mali et le Burkina Faso, au Nord par l'Algérie et la Lybie et au Sud par le Nigéria et le Bénin. Les trois quarts du pays sont désertiques et le quart restant est constitué d'une zone sahélo-soudanienne dans la partie Sud. Le principal cours d'eau permanent est le fleuve Niger qui traverse le pays à l'extrême Ouest sur 550 km.

Sur le plan administratif, le Niger compte 8 régions, 63 départements et 266 communes. Les Collectivités territoriales (Région, Commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, des compétences et des ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration. La Région et la Commune sont aujourd'hui opérationnelles avec des Conseils régionaux, des villes et Municipaux en place.

Le Niger est composé de neuf (9) groupes ethniques qui sont : les Arabes, les Bou doumas, les Djerma-Songhaï, les Gourmantchés, les Haoussa, les Kanouri, les Peuls, les Touaregs et les Toubous.

## **B- DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES**

La population du Niger est estimée à 20 751 801 d'habitants en 2017 (INS 2017) avec un taux d'accroissement annuel intercensitaire de 3,9%, l'un des plus élevés au monde. Cette forte croissance démographique est corroborée entre autres par une forte fécondité (l'ISF est passé pour l'ensemble du pays de 7,1 enfants par femme en 2006 à 7,6 en 2012) contribuant ainsi au doublement de la population tous les dix-huit ans.

Cette population est très jeune et à forte prédominance rurale. La population des moins de 15 ans constitue 50,55% dont 21,16% pour la tranche d'âge des moins de 5 ans, 4,56% pour les 0-11 mois et 20,13% pour les femmes en âge de procréer. La proportion de 65 ans et plus est de 3,5%. La population active âgée de 15 à 64 ans représente 44,9%.

Une large majorité de la population active est engagée dans le secteur de l'agriculture, principalement dans des exploitations familiales, de taille réduite, pratiquant une agriculture de subsistance et dans celui de l'élevage. Le secteur agricole, base de l'économie du pays, est fortement dépendant des conditions climatiques difficiles, comportant des périodes de sécheresse récurrentes.

## **C- DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES**

La République du Niger est l'un des pays les plus pauvres du monde, avec 80% de la population disposant de moins de 2\$ U.S par jour. Le PIB était de 3 659,6 milliards de FCFA (7,3 milliards US\$) en 2013, soit 205 600 FCFA (411 US \$) par habitant/an, avec une économie reposant principalement sur le secteur agropastoral et les services administratifs<sup>2</sup>. Le secteur minier sur qui reposent des espoirs, ne participe actuellement qu'à 4 % de la richesse nationale produite<sup>3</sup>.

Le taux d'analphabétisme est l'un des plus élevés de la sous-région atteignant 71% de la population et un taux de scolarisation dans le primaire de 89,5% chez les garçons et de 74,7% chez les filles en 2012-2013<sup>4</sup>. L'indice de développement humain reste encore faible à 0,348 en 2015. Les indicateurs sociaux du pays figurent parmi les moins performants de la sous-région : (i) moins de la moitié (47,87% en 2013) de la population a accès aux centres de santé dans un rayon de 0-5 km ; (ii) le taux brut de scolarisation est de 79,2% en 2012 et 82% en 2013 ; (iii) la proportion de la population consommant de l'eau potable est de 97 % à Niamey, 96,7% dans les autres villes et 60,5 % en milieu rural ; (iv) la couverture des ménages en électricité reste encore faible (14% en 2012 contre 9% en 2006) avec des disparités entre le milieu rural (38 %) et le milieu urbain (95 %)<sup>5</sup>.

## **D- TRANSPORT ET COMMUNICATION**

Le système de transport au Niger est principalement dominé par la route. De nombreux investissements ont été faits pour réhabiliter et étendre le réseau d'infrastructures routières du pays. Ainsi, le réseau des routes bitumées a progressé de 10,3% passant de 4035 km en 2011 à 4 469 km en 2015. Toutefois, le problème de l'entretien routier reste une préoccupation.

Quant aux routes en terre, elles ont progressé de 7020 km en 2011 à 8 544 km en 2015, soit une hausse de 21,7%. Ces réalisations ont permis d'améliorer substantiellement le ratio de routes en terre en bon état, passant de 76% en

2011 à 81,6% en 2015. Aussi, l'indice d'accessibilité des routes en milieu rural a connu une amélioration significative.

S'agissant des Technologies de l'information et de la Communication (TIC), la situation s'est considérablement améliorée. En effet, les mesures et investissements de l'État ont permis d'améliorer le cadre juridique et institutionnel du secteur des télécommunications, d'accroître le réseau national en fibre optique, d'étendre le réseau d'installation d'émetteurs numériques et d'attribuer la licence 3G. Les effets induits de ces efforts sont notamment la hausse du taux de pénétration de 23,8% de 2011 à 2015 et l'accroissement du nombre de ménages possédant au moins un téléphone fixe ou mobile de 58,6% entre 2011 et 2014 (PDES 2017-2021).

Quant à l'utilisation de l'internet, elle reste encore relativement faible. Cependant, il convient de noter que grâce à la téléphonie mobile et à l'extension ADSL, le taux de pénétration a connu une forte croissance, passant de 2,5% en 2012 à 15,11% en 2015. Toutefois, aussi bien la téléphonie mobile que l'internet, leur utilisation reste confrontée à des problèmes de qualité de réception.

Concernant le mécanisme de diffusion de l'information sanitaire, il existe au niveau des DRSP et des Districts, des services chargés de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé et des services chargés de la programmation et de l'information sanitaire.

Il existe également un plan de communication pour les MNT.

Pour diffuser l'information, tous les canaux de communication (presse écrite, radios, télévisions, troupes artistiques, téléphonie mobile, internet pour ne citer que ceux-là) sont mis à contribution, tout comme les leaders d'opinion, les chefs traditionnels, les chefs religieux et les relais communautaires.

Au niveau communautaire, le Niger dispose des relais communautaires (RC).

En matière de télésanté, il s'agit de se servir des technologies de l'information et de la communication, à des fins de prévention, de diagnostic, de traitement, de recherche, d'évaluation et de formation continue. Actuellement, son utilisation est limitée à quelques structures (4 Régions : Dosso, Maradi, Agadez, et Tillabéry, 2 CSME : Tahoua, Zinder et les 5 sites pilotes de télésanté : Tahoua, Zinder, Mainé, Ouallam et hôpital Lamordé).

## **E- POLITIQUE DE SANTÉ ET ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ**

L'élaboration du Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PSNML/MNT) 2019-2021 s'inscrit dans le cadre du plan de développement sanitaire 2017-2021. Ainsi, il tient compte du contexte politique, social, culturel, stratégique et budgétaire.

### **1- Politique de santé**

Après trois (3) générations de Plan de Développement Sanitaire (PDS), le Niger a réalisé et est en train de mettre en œuvre son quatrième Plan de Développement Sanitaire qui couvre le quinquennat 2017-2021, adoptés en conseil des Ministres le 03 Mars 2017. Les objectifs, résultats attendus et stratégies de ce nouveau PDS sont les réponses apportées à une analyse approfondie du secteur, des déterminants de la situation sanitaire et des réponses que le pays y apporte à travers les six piliers du système de santé.

Ce plan est en cohérence avec les Objectifs de Développement Durable (ODD), le Document du Plan de Développement Economique et Social (PDES 2017-2021), la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) du Niger à l'horizon 2035; le Programme de Renaissance du Président de la République acte II 2016-2021, la Déclaration de Politique Générale (DPG 2017-2021), la Politique Nationale de Santé (PNS) adoptée en conseil des Ministres le 03 Mars 2017 et le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF 2014-2018).

En effet, le PDS 2017-2021 vise l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), dont un (01) sur les dix-sept (17) objectifs est en rapport direct avec la santé. Il s'agit de l'objectif 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » et de neuf (9) autres objectifs indirectement en relation avec la santé.

Le PSNML/MNT sera mis en œuvre à travers un Plan d'Action Prioritaire Pluri Annuel (PAP/PA) qui est la traduction opérationnelle du PSNML/MNT, reprenant les activités par année et par axe d'intervention prioritaire, aux niveaux opérationnel, intermédiaire et central.

### **2- Organisation du système de santé**

L'organisation et le fonctionnement du système de santé au Niger sont basés sur les principes des Soins de Santé Primaires (SSP)<sup>6</sup> définis lors de la conférence de Alma Ata en 1978<sup>7</sup>, et renforcés par plusieurs engagements internationaux

et régionaux auxquels le Niger a souscrit telles que la « Déclaration sur le scénario de développement sanitaire en 3 phases<sup>8</sup>, la Déclaration sur l'Initiative de Bamako »<sup>9</sup> et la « Déclaration de Ouagadougou sur la relance des SSP<sup>10</sup> ».

Le système de santé du Niger comprend trois niveaux :

- Le niveau national ou central :
  - Quatre (4) Hôpitaux Nationaux (HN) dont trois (3) à Niamey et un (1) à Zinder ;
  - Une (1) Maternité de référence nationale ISSAKA GAZOBI ;
  - Il existe également des centres nationaux de Référence qui assurent la prise en charge spécifique de certaines pathologies comme la tuberculose, les IST/VIH, les cancers, la drépanocytose, la lèpre, la fistule génitale féminine etc. Ces Centres assurent également des activités promotionnelles comme la santé de la reproduction ou des prestations comme l'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Ce niveau est administré directement par le MSP qui assure la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement.

- Le niveau régional ou intermédiaire :
  - Six (6) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
  - Sept (7) Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME).

Ce niveau est administré par les DRSP.

- Le niveau périphérique ou opérationnel :
  - Districts Sanitaires (DS) a la responsabilité de l'encadrement de trois types de formations sanitaires : l'Hôpital du District (HD), les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les Cases de Santé, avec comme autorité commune l'Équipe Cadre de District (ECD)

suite à la création de nouveaux départements dans le cadre du découpage administratif d'une part mais aussi pour améliorer les performances du système de santé à la base, d'autre part. Le nombre de district sanitaire est passé de 42 à 72.

La médicalisation des CSI est en cours afin d'améliorer la qualité de la prise en charge au niveau opérationnel. Mais le plateau technique indispensable à une prise en charge médicale correcte doit être renforcé.

### **3- Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique**

En mars 2014, le MSP comptait un effectif total de 7 647 agents. Les femmes constituent une proportion globale de 59%.

En 2015, 30% des CSI disposaient du personnel selon les normes et standards du MSP<sup>11</sup>. Les HD qui disposaient du personnel selon les normes actuelles ne dépassaient pas 10%. Les CHR avec un personnel selon les normes représentent à peine 17%. On est loin des objectifs fixés dans le PDS 2011-2015.

Selon l'OMS, l'atteinte de la norme haute qui est de 2,5 personnels de santé pour 1 000 habitants est importante. En effet, une bonne densité du personnel de santé bien répartie sur le territoire national augmente les chances pour la population d'avoir accès aux services de santé essentiels. La norme basse considérée comme minimale est de 0,4 personnel de santé pour 1000 habitants. Le Niger a atteint le ratio de 0,39 personnel de santé soignant (Médecins, Infirmiers et Sages-femmes) pour 1000 habitants en 2014. Néanmoins, les régions de Niamey (0,7) d'Agadez (0,8), de Zinder (0,5), et de Diffa (0,4) ont des densités en personnel de santé supérieures ou égales à la norme basse de l'OMS.

Le MSP dispose d'un Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH 2011-2020) avec un plan de formation intégré. Les partenaires au développement qui interviennent dans la formation financent selon leurs priorités. La formation des agents de santé s'effectue essentiellement dans les Facultés des Sciences de la Santé (FSS), dans les écoles publiques et privées de formation professionnelle.

### **4- Infrastructures et équipements**

- Infrastructures

Le système repose sur un modèle pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique ;

- Le niveau central (chargé de la conception de la politique sanitaire nationale et de l'appui stratégique) qui comporte le cabinet du Ministre,

l'administration centrale (Secrétariat Général, 3 directions générales et 18 directions centrales), 10 Centres de référence nationaux spécialisés dont le Centre National de Lutte contre le Cancer, 15 programmes nationaux dont le Programme National de Lutte contre les maladies Non Transmissibles, 4 hôpitaux nationaux, 1 maternité nationale de référence (Maternité Issaka Gazobi), 2 Ecoles Nationales de Santé Publique et 1 Institut de Santé Publique, 2 EPIC (SONIPHAR et ONPPC) pour la production et la commercialisation des médicaments, 1 EPA (LANSPEX) pour le contrôle de la qualité, 1 Etablissement Public à Caractère Scientifique et technique (CERMES);

- Le niveau intermédiaire (chargé du suivi de la mise en œuvre de la politique sanitaire et de l'appui technique) qui comprend 8 Directions Régionales de la Santé Publique, 6 Centres Hospitaliers Régionaux, 7 Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant et 1 Centre Bucco-dentaire;
- Le niveau périphérique ou opérationnel qui comprend 72 Districts Sanitaires dont 44 fonctionnels, 34 hôpitaux de district avec 26 blocs opératoires fonctionnels, 263 centres de santé intégrés de type 2 (CSI avec maternité), 650 centres de santé intégrés de type 1 (CSI sans maternité) et 2392 cases de santé (centre de santé géré par un agent de santé communautaire) dont 2025 fonctionnelles. La prise en charge des maladies non transmissibles se fait de façon intégrée dans les structures de santé à différents niveaux. L'intégration du paquet essentiel de la prise en charge des MNT au niveau des SSP (WHO-PEN) n'a pas encore démarré.
- La participation communautaire est assurée aux différents niveaux à travers les comités de santé, les comités de gestion, les organisations à base communautaire et les mutuelles de santé<sup>12</sup>.
- Autres structures

Les Facultés des Sciences de la Santé des Universités publiques du Niger (Niamey, Maradi et Zinder), les Ecoles et Instituts publics et privés de Santé, les cliniques, les Pharmacies et les laboratoires privés, les salles de soins, les cabinets médicaux et la Médecine traditionnelle complètent ce dispositif.

C'est donc ce dispositif qui fait face à tous les défis en matière de santé.

- Equipement

Les équipements essentiels étaient disponibles dans 82% des formations sanitaires avec des disparités importantes entre le milieu rural où 26% des formations disposent des équipements essentiels contre 45% des formations sanitaires en milieu urbain. Seul 31% des formations sanitaires disposent de

tous les équipements traceurs sur l'ensemble des structures enquêtées. Les équipements nécessaires au diagnostic étaient disponibles dans 36% des formations sanitaires dont moins de 1% en milieu rural et 36% en milieu urbain.

Les services de laboratoire quant à eux souffrent de l'inadaptation des infrastructures aux évolutions technologiques, de l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, en équipements et intrants. Ces facteurs limitent considérablement le développement de la biologie et du laboratoire au Niger.

## **5- Système d'information sanitaire**

Le Système d'Information Sanitaire du Niger est caractérisé par une fragmentation en sous-systèmes, avec l'inefficience et la surcharge de travail qui en résultent. Cette fragmentation serait entre autre liée au besoin de collecte des données des partenaires techniques et financiers et des programmes verticaux. Le nombre de supports de collecte des données au niveau périphérique a augmenté de sorte que leur remplissage prend énormément de temps aux agents de santé, en particulier au niveau opérationnel. Par ailleurs, depuis une décennie, aucune formation n'a été faite sur l'utilisation de ces supports. On a également noté que les ruptures des stocks des outils de collecte sont assez fréquentes, avec des répercussions négatives sur les taux de promptitude. Cette situation s'explique en partie par le faible niveau de mise en œuvre des activités programmées au titre du SNIS dans le PDS 2011-2015.

Malgré cela, le rapport sur la qualité des données sanitaires réalisé en février 2016 montre un taux de complétude satisfaisant (100%) dans les districts sanitaires, mais que 64,3% des districts sanitaires ont un taux de promptitude inférieur à 85%, qui est le seuil minimal admis<sup>13</sup>; une grande partie des activités programmées au titre du SNIS dans le PDS 2011-2015 n'a pas été réalisée

Après l'évaluation du SNIS en 2011, un plan stratégique national a été élaboré pour couvrir une période de 10 ans (2013-2022). Malgré les difficultés financières, sa mise en œuvre suit son cours.

On observe toutefois certaines avancées dans le cadre de la réforme du SNIS qui sont entre autres : la révision des supports de collecte des données ; la programmation de la plateforme DHIS2 ; l'apurement des données ; la publication régulière de l'annuaire statistique et la réalisation de l'enquête SARA.

## 6- Médicaments et technologies essentiels

Les principaux acteurs impliqués dans le secteur pharmaceutique au Niger sont : La Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle (DPH/MT) qui est une structure de la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP), l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC), la Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques (SONIPHAR) et le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX). L'ONPPC, la SONIPHAR sont des Etablissements Publics à caractère Industriel et Commercial (EPIC) et le LANSPEX, un Etablissement Public à caractère Administratif (EPA).

La DPH/MT a en charge la formulation et le suivi de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique : l'administration du secteur pharmaceutique, la réglementation, la pharmacovigilance, la fixation des normes et standards, l'exercice de la tutelle des EPIC, et la promotion de la Médecine Traditionnelle.

L'ONPPC est l'organe chargé de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des MEG. Cette distribution se fait à travers trois dépôts de zones, de quarante-quatre (44) Pharmacies Populaires (dont 30 sont à implantés dans les nouveaux départements). Seize (16) centrales d'achats, cent cinquante (150) pharmacies privées et quatre-vingt-neuf (89) dépôts communautaires et villageois complètent la chaîne du Pays.

La SONIPHAR a pour mission d'assurer la production locale et la distribution des médicaments.

Le LANSPEX a pour mission le contrôle de qualité des médicaments, des aliments, des eaux, des produits phytosanitaires, la formation et la recherche.

Le fonctionnement de ces trois structures est interdépendant. Les performances et/ou les contre-performances de l'un entraîne celles des autres.

## 7- Financement de la santé

- Dépenses Nationales de Santé

La dépense totale de santé est estimée en 2015 à 326,908 milliards de FCFA contre à 281,049 milliards de FCFA en 2014, soit un taux d'accroissement de 16,32%. En pourcentage du PIB nominal, elle est de 7,71% en 2015 contre 6,96 % en 2014.

La Dépense Nationale de Santé (DNS) par habitant a légèrement progressé entre 2014 et 2015, elle est en effet passée de 15.190 francs CFA en 2014 (environ 30 \$US) à 17.643 francs CFA en 2015 à soit 35 \$US.

La Dépense courante de Santé (DCS), est estimée en 2015 à 302 707 432 258 de F CFA, contre 238 673 997 562 de francs CFA en 2014 hormis les dépenses d'investissement. Elle représente 92,60 % des dépenses globales de santé (326,908 milliards de FCFA).

Les dépenses en capital représentent les dépenses d'investissement du système de santé. Elles sont estimées à 24,201 milliards de francs en 2015 contre 42, 375 milliards de francs CFA en 2014 soit 7,40 % des dépenses globales de santé. Dans le compte d'investissement, la formation brute du capital a été estimée à 22,879 milliards de FCFA tandis que la recherche fondamentale dans le domaine de la santé et la formation de longue durée du personnel de santé ont été estimées à 1,322 Milliards.

Le financement de la santé provient de plusieurs sources et se caractérise par des disparités dans sa répartition. Le paiement direct de ménages a occupé la première place dans le financement de la santé en 2015 avec 52,27% contre 54,91% en 2014. Malgré les efforts déployés par l'Etat et ses partenaires en matière de systèmes de mutualisation du risque maladie, les ménages continuent à assurer l'essentiel du financement de la santé. Une telle situation n'est pas sans effet sur le système de santé puisqu'elle influence négativement la fréquentation des services de santé et la qualité de soins.

- Sources de financement de la santé

Les ressources financières du secteur de la santé proviennent des ressources domestiques et de l'aide internationale. Les ressources domestiques sont : le budget de l'Etat, les ménages, les collectivités territoriales, les Organisations et Associations Confessionnelles, Caritatives et Corporatives. L'aide internationale provient de la coopération bi et multilatérale, des initiatives globales pour la santé et des Organisations Non Gouvernementales nationales et internationales.

- Le Fonds Commun

Le MSP est engagé dans un processus d'approche programme par la mise en place du FC d'appui à la mise en œuvre du PDS en 2006. Le FC compte actuellement 6 partenaires : l'AFD, l'UNICEF, l'AECID, la BANQUE MONDIALE, GAVI et l'UNFPA. Il s'agit d'une aide sectorielle extrabudgétaire avec un compte

indépendant qui alimente une fois par trimestre les comptes des entités nationales et déconcentrées (régions et districts sanitaires).

Le Fonds Commun est une opportunité de mobilisation de Fonds et de garantie d'obtention des financements dont la souplesse dans la gestion a permis de financer les priorités du secteur.

- Financements innovants

Dans le cadre de l'accroissement du financement de la santé, le Niger, comme tous les pays en développement doit rechercher des financements innovants. Certains existent déjà dans le pays et ne méritent que d'être mieux exploités. Ce sont particulièrement : les Fondations, les Taxes sur les recettes des compagnies de téléphonie mobile, les taxes sur les produits du tabac et de l'alcool, les taxes sur l'exploitation minière, l'appui de la Diaspora nigérienne, le partenariat public privé.

- Couverture universelle en santé et protection contre le risque financier

L'extension de la couverture sanitaire à travers la création et la réhabilitation de Points de Prestations de Services accessibles et disponibles, offrant des soins de qualité, est l'une des grandes priorités de la politique sanitaire du Niger. La mise en œuvre des différents plans quinquennaux de développement sanitaire PDS ont permis de porter la couverture sanitaire à 48,47% en 2015 selon les résultats de la revue annuelle sectorielle<sup>14</sup>.

Plus de la moitié de la population du Niger doit parcourir plus de 5 kilomètres pour avoir accès aux services de santé de base. Niamey la capitale du pays a un taux de couverture sanitaire de 98,39% du fait de la concentration des services de santé (public et privé) dans un rayon réduit. La région d'Agadez vient en deuxième position (67,07%) du fait que la région est désertique en grande partie, et que la partie désertique n'est pas habitée. La population est concentrée dans un espace réduit où existe assez de CSI. Les autres régions ont une couverture qui varie entre 37,66 (Zinder) et 46,82% (Tahoua).

## **8- Prestations des services de santé**

Le Niger a identifié des paquets d'interventions (PMA/PCA) dont les éléments traceurs précisés par l'OMS qui sont à la fois préventives, promotionnelles et curatives pour mesurer la couverture en services de santé essentiels dans le cadre de la CUS. Ce sont, pour les soins préventifs (prévention et promotion) :

la planification familiale, la couverture en CPNR, la vaccination, la nutrition, l'accès à l'eau potable, l'accès à un assainissement satisfaisant et la prévention contre le tabac. Pour les soins curatifs : l'accouchement assisté par un personnel qualifié, le traitement de l'hypertension artérielle, la détection de la TBC, le traitement de la TBC, le traitement des patients VIH + éligibles aux ARV et le traitement contre le diabète. Cette liste constitue un minimum qui permet non seulement de suivre les progrès en termes de couverture des interventions, mais aussi d'assurer la comparaison entre pays.

- Couverture en service de santé essentielle (services de lutte contre les maladies non transmissibles)

Les services de diagnostic et/ou de traitement du diabète sont disponibles dans 29% des formations sanitaires du pays. Dans le secteur public ils sont présents dans 24% des formations sanitaires et 80% dans le secteur privé. La proportion la plus élevée des formations sanitaires (73%) se trouve à Niamey. En ce qui concerne la lutte contre les maladies cardiovasculaires, les services de diagnostic et/ou de traitement sont disponibles dans 42% des formations sanitaires du pays. Ces services sont disponibles dans 87% des hôpitaux et dans 38% des CSI du secteur public. Les services de dépistage et/ou de traitement des maladies respiratoires chroniques (MRC) sont disponibles dans 43% des formations sanitaires.

## **9- Leadership et gouvernance**

Un Programme National de Lutte contre Les Maladies Non Transmissibles a été créé en 2012 par arrêté N°000016/MSP/SG/DGSP du 25 janvier 2012. Le programme dispose d'un local et d'un effectif de : 1 Médecin, 1 Gestionnaire, 1 Communicateur, 1 Inspecteur de l'Action Sociale, 1 Epidémiologiste, 1 Technicien Supérieur en Soins Infirmier, 2 Infirmiers Diplômés d'Etat, 1 Secrétaire et 1 Gardien.

- Le Comité National Multisectoriel de Lutte contre les MNT crée par arrêté n° 000214/MSP/SG/DEP/PNLMNT du 31 mars 2017
- Elaboration d'un plan stratégique national multisectoriel de lutte contre les MNT,
- Elaboration d'un plan de communication de lutte contre les MNT

- Elaboration d'un plan stratégique national de lutte contre le Tabac 2017\_2021
- Elaboration d'un plan de communication de lutte contre le Tabac
- La collaboration avec les autres programmes du MSP

Dans le cadre de la mise en œuvre du PDS précédent, un mécanisme de planification et de suivi-évaluation des interventions a été développé.

La fonctionnalité des différents organes mis en place à cet effet depuis la base (conseil de santé du CSI) jusqu'au niveau central (CTNS et CNS) semble satisfaisant pour ce qui est de la régularité des sessions. Toutefois, la qualité de leurs actions reste à renforcer surtout au niveau des CSI. Au niveau opérationnel, la mise en œuvre des différents programmes souffre d'un excès de verticalité fortement lié aux modalités d'intervention des PTF qui en assurent le financement. Aussi, arrive-t-il que les niveaux central et intermédiaire exécutent des activités du niveau opérationnel.

Mais, si l'élaboration des PDSD et des PAA offre l'opportunité de fondre aisément l'ensemble des activités dans une matrice commune, il n'en demeure pas moins que certains PTF continuent à concevoir leurs programmes spécifiques, à les mettre en œuvre et à les évaluer avec leurs propres ressources, humaines, financières et matérielles.

Il persiste par ailleurs des difficultés de coordination entre les différents programmes et directions centrales.

L'adoption d'un COMPACT pays devrait permettre d'améliorer la prévisibilité et l'efficacité des apports des différents acteurs dans la mise en œuvre du PDS sous un leadership plus affirmé du Ministère de la Santé Publique. Ce dernier n'a pas répondu aux attentes des acteurs de la santé selon l'évaluation du COMPACT menée en 2014.

## **II- ANALYSE DE LA SITUATION DES MNT**

Les maladies non transmissibles sont des maladies qui ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont chroniques et tuent silencieusement.

### **A- DONNEES GENERALES SUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES DANS LE MONDE**

Les MNT sont la première cause de décès dans le monde. En 2012, elles ont été à l'origine de 38 millions (68 %) des décès sur les 56 millions enregistrés. Plus de 40 % de ces décès (16 millions) étaient prématurés, c'est-à-dire qu'ils sont survenus avant 70 ans et près des trois quarts des décès dus aux MNT (28 millions) ainsi que la majorité des décès prématurés (82 %) sont survenus dans des pays à faible revenu ou intermédiaire. (Source: WHO Global statistics report on NCDs, 2014)

Le total des décès imputables aux maladies non transmissibles augmentera de 17% dans les 10 prochaines années si aucune stratégie efficace n'est mise en œuvre au niveau des Etats.

La plupart de ces maladies peuvent être évitées, mais les systèmes de santé n'utilisent pas au mieux les ressources dont ils disposent pour favoriser la prévention. Les agents de santé ne saisissent pas assez souvent l'occasion d'un contact avec le patient pour l'informer sur les méthodes de promotion de la santé et de prévention de ces maladies.

L'Organisation mondiale de la santé a mis au point un certain nombre de stratégies pour faire obstacle aux divers facteurs de risque de maladies non transmissibles, telles que :

- la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2003 ;
- la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé en 2004 ;
- la résolution WHA60.23 sur la lutte contre les maladies non transmissibles adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2007 ;
- la résolution WHA61.14 sur les stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en 2008 et l'élaboration d'un plan global pour réduire l'usage nocif de l'alcool en 2009 ;

- le plan d'action pour la stratégie Mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles 2008-2013 qui a appelé les Etats Membres à l'action pour que la charge sanitaire et économique des maladies non transmissibles cesse de s'alourdir ;
- Pour accélérer les efforts nationaux de lutte contre les MNT, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2013 neuf cibles mondiales volontaires à atteindre d'ici 2025. Elle a aussi approuvé une série de mesures organisées autour du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Lorsque ces mesures seront mises en œuvre collectivement par les États Membres, les partenaires internationaux et l'OMS, elles permettront de concrétiser les engagements pris par les dirigeants mondiaux en septembre 2011.

L'OMS a également élaboré des outils de surveillance des facteurs de risque, de morbidité et de mortalité des MNT, des paquets d'interventions essentielles. L'adaptation et la mise en œuvre de ces outils dans les pays permettront de prévenir et de réduire la survenue de ces MNT et de leurs facteurs de risque.

## **B- SITUATION DES MNT DANS LA REGION AFRICAINE**

Les maladies non transmissibles constituent de nos jours un problème croissant de santé publique dans toute la région africaine de l'OMS et représentent une charge socioéconomique importante pour les pays à faible revenu comme le Niger.

Ces maladies constituent un frein au développement, empêchant l'atteinte des ODDs et amplifient ainsi les disparités socioéconomiques dans et entre les pays.

Selon les estimations de l'OMS, les maladies non transmissibles augmenteraient probablement de 27 % au cours des 10 prochaines années, soit 28 millions de décès supplémentaires dépassant ainsi le nombre des décès dus aux maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles d'ici à 2030. (Source WHO : rapport sur la santé dans la région africaine 2014).

Les maladies non transmissibles freinent également le développement des pays du fait de l'augmentation des dépenses de santé et de la perte de productivité qu'elles engendrent, ajoutant ainsi au poids que fait peser la pauvreté sur la région africaine.

En dehors des quatre (04) principaux groupes des maladies non transmissibles, à savoir les maladies cardiovasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques et le diabète, d'autres MNT comme les maladies mentales, la drépanocytose, les affections bucco-dentaires, les déficiences visuelles et auditives ont actuellement un impact majeur sur la santé dans la région africaine.

Selon l'OMS, les décès dus aux MNT varient :

- ✓ pour le cancer: la projection 2020 est de 804 000 cas avec 626 400 décès ;
- ✓ pour les maladies cardiovasculaires : 20 millions de personnes seront affectées, surtout en zones urbaines avec 250 000 décès/an ;
- ✓ pour le diabète : augmentation attendue de 18.7 millions en 2025 (groupe d'âge 20-79 ans) ;
- ✓ concernant le tabac : cause principale de l'augmentation des MNT, 80 % des 8.3 millions des décès liés au tabac prévus en 2030 surviendront dans les pays à revenu faible ou modéré ;
- ✓ le reste des décès serait dû à la drépanocytose, aux accidents de la route, aux affections mentales, à l'alcool et à la drogue.

Les décès annuels dus aux maladies non transmissibles devraient augmenter considérablement pour atteindre 52 millions en 2030 [3]. La mortalité annuelle due aux maladies cardiovasculaires devrait passer de 17,5 millions en 2012 à 22,2 millions en 2030 et les décès annuels dus au cancer de 8,2 à 12,6 millions. (Source : Global statistics report on NCD 2014)

En Afrique, les MNT ont été responsables du décès de 2.8 millions de personnes en 2008. Selon ces mêmes projections, les décès dus à ces affections représenteront 65 % des décès dans le monde d'ici 2020, alourdissant ainsi la charge déjà considérable des maladies transmissibles.

La charge croissante de ces maladies dans cette région menace donc de submerger les services de santé déjà sollicités à l'extrême.

Mais, malheureusement en Afrique, les MNT ne sont pas généralement perçues comme un problème de développement ni considérées comme susceptibles d'avoir une incidence significative sur le plan économique. D'où le peu d'intérêt que bon nombre de gouvernements accordent à la prévention et à la lutte

contre ces pathologies, qui ne bénéficient d'ailleurs pas dans les politiques et programmes de santé d'une attention prioritaire alors même qu'elles comptent parmi les premières causes de décès et d'invalidité.

En Afrique, l'un des problèmes majeurs qui freinent la bonne prise en charge de ces affections est la faible capacité technique des structures. Si le diagnostic peut être posé dans des structures hospitalières des grandes villes, tel n'est pas le cas dans les zones rurales et semi-urbaines. Les malades sont donc référés vers les hôpitaux des grandes villes. Malheureusement, de nombreuses barrières (financières, géographiques) limitent l'accès des patients à ces centres spécialisés.

C'est ainsi que même si le taux des MNT est plus faible en Afrique par comparaison aux pays développés, elles y engendrent par contre plus de complications et de décès.

Plusieurs enjeux et défis existent au niveau de la prévention et de la lutte contre les MNT en Afrique. Dans la majorité des pays de la Région Africaine, la faiblesse des systèmes de santé et l'insuffisance des dépenses de soins de santé entraînent une insuffisance voire un manque d'accès aux services. La rareté des ressources, l'absence de mécanismes durables de financement de la santé et l'accès irrégulier aux médicaments essentiels et à d'autres produits pourraient sérieusement compromettre les progrès réalisés en matière de soins de santé. Les barrières à la planification et à la fourniture de soins aux personnes atteintes de maladies non transmissibles aggravent davantage le problème.

Ces barrières comprennent : les problèmes d'infrastructures, tels que le peu d'appui apporté aux laboratoires, l'obsolescence des équipements et le manque général d'installations à tous les niveaux du système de santé. Par ailleurs, les systèmes de saisie des données sont faibles et les résultats en matière de recherche sur les maladies non transmissibles extrêmement insuffisants. La question de la disponibilité du personnel de santé est également très préoccupante et la formation des professionnels en quantité et en qualité représente un défi réel dans de nombreux Pays.

## **C- SITUATION DES MNT ET LEURS FACTEURS DE RISQUE AU NIGER**

### **1. Situation des MNT**

Au Niger, jusqu'à une date récente, on ne dispose pas de statistique fiable en matière de maladies non transmissibles. Les études qui existent sont insuffisantes et ne permettent pas d'évaluer avec précision l'ampleur de ces maladies.

Bien que les données relatives à l'ampleur et aux caractéristiques de ces maladies soient insuffisantes, les études et les estimations disponibles laissent apparaître une augmentation de leur incidence, surtout ces dernières années.

L'enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies chroniques au Niger a eu lieu en 2007 sur l'ensemble du pays et a porté sur la population générale, ciblant les personnes âgées de 15 à 64ans.

Au Niger, compte tenu de leur charge potentielle de morbi-mortalité et d'incapacité, le présent plan stratégique national multisectoriel privilégie la prévention et le contrôle des quatre grands groupes des MNT suivants : les maladies cardiovasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques et le diabète. Les autres maladies non transmissibles à savoir la drépanocytose, la santé mentale, la santé buccodentaire et le noma, disposent des plans spécifiques. Les violences et traumatismes en feront l'objet.

#### **a. Les maladies cardiovasculaires**

Elles sont la première cause de mortalité à travers le monde. Les principales maladies cardiovasculaires comprennent la maladie coronarienne (attaque cardiaque), l'accident vasculaire cérébral (apoplexie), l'hypertension artérielle (HTA), la maladie artérielle périphérique, la cardiopathie rhumatismale et la cardiopathie congénitale. Le tabagisme est l'un des plus gros facteurs de risque pour ces pathologies.

Ces maladies sont très meurtrières et causent 12 millions de décès dans le monde. La charge des maladies cardiovasculaires s'accroît rapidement et elles constituent actuellement un problème de santé publique dans l'ensemble des pays de la région africaine.

Ces maladies ont un grand impact socioéconomique sur les individus, les familles, les sociétés et les Etats, en termes de coûts des soins de santé, d'absentéisme et de perte de la productivité nationale.

Au Niger, le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec l'OMS a organisé en juillet 2002 une enquête nationale sur la prévalence de l'HTA, du diabète et de leurs caractéristiques. Selon les résultats de cette enquête :

- la prévalence de l'hypertension artérielle est de 8% ;
- 50% des hypertendus sont âgés de 15 à 44 ans ;
- 60% des hypertendus sont de sexe féminin ;
- 65% des hypertendus résident en milieu rural ;
- 65% des hypertendus affirment avoir un revenu insuffisant ;
- 63% des hypertendus ont une consommation modérée en sel ;
- 90% des sujets hypertendus ne pratiquent pas de sport ;
- 70 % des sujets hypertendus ne savent pas que l'HTA est une maladie ;
- 12% des sujets hypertendus sont obèses ;
- 37% des sujets hypertendus ont des parents hypertendus ;
- 43% des sujets de sexe féminin hypertendus ont eu plus de 5 grossesses ;
- 20% des sujets de sexe féminin hypertendus consomment des corticoïdes ;
- Et 2% des sujets enquêtés sont diabétiques.

Selon la même source, la mortalité intra-hospitalière publique et privée liée à l'HTA est de 12, 25 %.

L'enquête STEPS réalisée en 2007 notifie que 21.2 % de la population adulte possède des chiffres élevés de pression artérielle.

Le dépistage et la prise en charge des maladies cardiovasculaires ne se font que dans les formations sanitaires de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> niveau.

Les méthodes les plus efficaces pour réduire les risques dans l'ensemble de la population sont des interventions ciblant toute la population. Elles combinent des politiques efficaces et globales de promotion de la santé contribuant à la diminution de la consommation de sel (arôme, ...), de graisses animales. Ces politiques recommandent l'activité physique et favorisent une alimentation équilibrée. Les personnes à haut risque et les personnes présentant déjà une

maladie cardiovasculaire peuvent être traitées au moyen de médicaments génériques bon marché, qui réduisent sensiblement le risque d'accident vasculaire ou de décès, surtout lorsque ce traitement est associé à des mesures préventives telles que le sevrage tabagique.

## **b. Le cancer**

Le cancer constitue de nos jours un problème de santé publique latent en Afrique en général et au Niger en particulier. Plusieurs facteurs concourent à cet état de fait :

- ✓ le changement du mode de vie lié à l'urbanisation et à la mondialisation avec une espérance de vie en hausse sur un terrain de contact prolongé avec des produits cancérigènes (uranium, amiante, fumée du tabac, ...);
- ✓ l'augmentation de la pandémie du VIH/Sida;
- ✓ le coût élevé de la chimiothérapie et des soins palliatifs, hors de portée des populations surtout dans le contexte national.

Au Niger, il existe un registre du cancer installé au laboratoire d'anatomo-pathologie de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Abdou Moumouni de Niamey depuis 1992.

La moyenne annuelle des cas de cancers notifiés selon les données disponibles est de 426 cas. La répartition par sexe est de : 2 179 hommes soit (42,56%) et 2 940 femmes soit (57,43%).

Les cinq (5) cancers les plus fréquents chez l'homme sont :

- Le cancer du foie: 449 cas (20,60%);
- Le cancer de la peau + mélanome : 293 cas (13,44%);
- Lymphome non hodgkinien (LNH) :167 cas (7,66%);
- Le cancer de la prostate : 109 cas ( 5,00%);
- Le cancer de la vessie : 105 cas (4,81%)

Chez la femme, les cinq (5) cancers les plus fréquents sont :

- Le cancer du sein : 698 cas (23,74%) ;
- Le cancer du col utérin : 422 cas (14,35%) ;
- Le cancer de l'ovaire : 231 cas (7,85%) ;
- Le cancer du foie: 199 cas (6,76%) ;
- Le cancer de la peau et les mélanomes : 146 cas (4,96 %).

Selon l'enquête STEPS réalisée en 2007 : 21,4 % des adultes ont au moins trois des facteurs de risques étudiés - pour développer une maladie non transmissible, dont le cancer.

Plusieurs infections sont associées au cancer :

Au moins 2 millions de cas de cancer par an, soit environ 18 % de la charge mondiale de morbidité cancéreuse, sont imputables à quelques infections chroniques spécifiques ; leur proportion étant sensiblement plus importante dans les pays à faibles revenus.

Les principaux agents infectieux sont : le papillomavirus humain, le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et l'hélicobacter pylori. Ces infections sont en grande partie évitables par la vaccination et des mesures visant à éviter leur transmission.

Il existe des interventions à la fois économiques et efficaces parmi les grandes approches en matière de lutte contre le cancer :

- la prévention primaire ;
- le dépistage précoce ;
- le traitement et les soins palliatifs.

Un diagnostic précoce basé sur la reconnaissance de signes et de symptômes précoces et si les moyens le permettent, le dépistage à l'échelle de la population, permettent d'améliorer la survie, en particulier pour les cancers du sein et du col de l'utérus.

Il s'avère nécessaire d'élaborer des protocoles thérapeutiques de traitement de cancer, qui emploient des médicaments disponibles sous formes génériques accessibles à la majorité des patients.

Au Niger, l'accès aux soins comme l'utilisation de la morphine par voie orale, est très limitée, de même que le personnel formé en soins palliatifs. Ce qui fait qu'un nombre important de patients meurent sans bénéficier de soins qui soulagent la douleur. Les soins palliatifs communautaires ou domiciliaires peuvent être efficaces et économiques dans ce contexte.

### **c. Les affections respiratoires chroniques**

Les affections respiratoires chroniques sont : l'asthme, les broncho pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les maladies professionnelles du poumon, le syndrome des apnées durant le sommeil, le cancer broncho pulmonaire et l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP).

Toutes ces pathologies constituent un sérieux problème de santé publique dans tous les pays de la région africaine, y compris le Niger.

Même si de multiples déterminants contribuent à aggraver l'incidence des affections respiratoires chroniques, l'exposition directe et indirecte à la fumée de la cigarette constitue le principal facteur de risque qui favorise leur propagation.

La pauvreté et les facteurs socioéconomiques jouent un rôle important dans l'augmentation de la prévalence et de la sévérité des maladies par le truchement des déterminants environnementaux.

D'autres facteurs importants sont la grande exposition à la pollution de l'air de source intérieure ou extérieure, les maladies professionnelles, la malnutrition et le faible poids de naissance sans oublier de multiples infections pulmonaires précoces.

La détection de l'asthme professionnel est vitale pour en empêcher la progression et assurer une prise en charge efficace.

L'arrêt de la cigarette, la réhabilitation pulmonaire et la diminution de l'exposition personnelle à des particules et gaz nocifs peuvent réduire les symptômes, améliorer la qualité de vie et renforcer la condition physique.

### **d. Le diabète**

Au cours des dernières décennies, le diabète sucré a émergé comme une maladie non transmissible majeure en Afrique subsaharienne et au Niger. L'OMS estime que plus de 180 millions d'individus souffrent de diabète dans le monde.

Au Niger, en 2012, la mortalité standardisée sur l'âge pour 100000 par diabète est de 44 pour les hommes et 39 pour les femmes (Source: Atlas of African health statistic 2016, Health situation analysis of the African Région). La prévalence du diabète dans la Région africaine était estimée à 7,02 millions d'individus affectés, dont 702 000 (10 % du total) atteints de diabète de type 1, et 6,318 millions (90 %) de diabète de type 2. En 2010, la mortalité pouvant être attribuée au diabète en Afrique subsaharienne était estimée à 6 % de la mortalité totale. Selon la Fédération Internationale du Diabète (FID), le nombre de cas de diabète va augmenter de 98 % en Afrique subsaharienne, passant de 10,2 millions en 2010 près de 19 millions en 2030.

- Au Niger, selon l'enquête STEPS organisée en 2007 par le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec l'OMS, la prévalence du diabète est de 4,3 % dont 3,6% chez les femmes et 5% chez les hommes.

Le nombre de décès dû au diabète au Niger chez les 30 à 69 ans est estimé respectivement à 740 et 680 pour les hommes et les femmes. Pour les plus de 70 ans, le nombre est estimé à 560 et 380 respectivement pour les femmes et les hommes. Source : World Health Organisation – Diabètes country profiles, 2016

Dans la plupart des pays de la région africaine, les patients diabétiques éprouvent d'énormes difficultés à se procurer des médicaments et à suivre correctement le régime diabétique. Ce qui n'est pas sans conséquences néfastes sur l'évolution de la maladie vers des complications souvent mortelles.

La disponibilité des médicaments et de technologie essentiels au niveau primaire dans le secteur public pour la prise en charge du diabète, pose un grand problème au Niger: (insuline, metformine, sulfonyleurea), glycémie, test de tolérance au glucose, HbA1c test, mesure de la glycosurie et acétonurie par bandelette,

Cette situation alarmante est aggravée par une insuffisance dans le dépistage et la prise en charge qui ne se font que dans les formations sanitaires de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> niveau.

moins, trois interventions de prévention et de prise en charge du diabète permettent de réduire les coûts tout en améliorant l'état de santé des populations : le contrôle de la pression artérielle, de la glycémie à jeun et les soins de podologie sont des interventions possibles et économiques pour les personnes souffrant de diabète.

## **e. Les violences et traumatismes**

Les violences, qu'elles soient volontaires ou involontaires, constituent des problèmes majeurs de santé publique au Niger et dans la région africaine.

Les accidents de la circulation, les brûlures, les chutes, les noyades et les intoxications sont des exemples de violences involontaires. Les violences volontaires comprennent trois grands groupes à savoir la violence interpersonnelle, la violence collective et la violence autodirigée.

- La violence interpersonnelle ou dirigée et contre autrui : familiale (mauvais traitements infligés aux enfants, aux partenaires intimes et à la maltraitance des personnes âgées), communautaire (scolaire, professionnelle dans les prisons, dans les maisons de retraite) ;
- La violence collective (économique, sociale et politique) ;
- La violence autodirigée (auto-infligée) : comportements suicidaires, sévices auto-infligés.

La violence interpersonnelle comprend essentiellement les violences perpétrées contre les femmes et les enfants. Elles prennent différentes formes :

- Physiques : coups, gifles, blessures ;
- Psychologiques : insultes, humiliation, séquestrations ;
- Sexuelles : harcèlement sexuel, inceste, viol ;
- Économiques : privation de biens, sous-emploi, salaire bas ;
- Politiques : incapacité de participer à une vie politique ;
- Culturelles/sociales : pratiques traditionnelles néfastes.

Les pratiques traditionnelles sont des manières habituelles d'agir d'une personne, d'un groupe ou d'une communauté fondées sur la tradition. Parmi ces pratiques certaines sont positives, mais plusieurs d'entre elles sont inutiles et néfastes à la santé.

Liste des pratiques traditionnelles néfastes :

- Ablation de la lèvre ;
- Excision ;
- Mariage et maternité précoces ;

- Gavage ;
- Tabous alimentaires ;
- Extraction des dents de lait et des alvéoles ;
- Attouchements au feu ;
- Saignées ;
- Percées du bas - ventre ;
- Pressions abdominales ;
- Relèvement du col utérin ;
- Fixation du fœtus ;
- Scarifications ;
- Tatouage ;
- Percement du lobe, du pavillon de l'oreille et du nez ;
- Percement des gencives et des lèvres « soukka » ;
- Sevrage précoce.

Liste des pratiques traditionnelles bénéfiques :

- Allaitement maternel ;
- Port au dos de l'enfant ;
- Pratique des 40 jours de repos ou « quarantaine » après l'accouchement.

Principales stratégies de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes :

- le plaidoyer ;
- la sensibilisation ;
- la formation ;
- la recherche ;
- l'éducation à base communautaire ;
- l'appui aux initiatives communautaires ;
- la reconversion des exciseuses à travers des activités génératrices de revenus ;
- la diffusion des dispositions pénales en vue de leurs applications.

La région africaine est particulièrement touchée par les accidents de la voie publique. Elle a un des taux les plus élevés de décès dus à la circulation dans le monde, 32.2 décès pour 100 000 habitants (moyenne mondiale : 18.8).

La région a contribué à 20 % des décès dans le monde alors même qu'elle ne dispose que de 2 % des véhicules immatriculés dans le monde. Les accidents de la voie publique sont la 4<sup>ème</sup> cause de décès chez les 15-44 ans. Outre les décès, l'évolution non mortelle a aussi un impact significatif et comprend les traumatismes et les handicaps.

La question des traumatismes chez les enfants est particulièrement préoccupante parce qu'ils constituent une cause majeure de décès et d'invalidité.

Les coûts économiques des accidents sont considérables. Selon l'OMS, les accidents de la circulation coûtent à la plupart des pays entre 1 et 2 % du PIB.

Il a été démontré que les violences et autres événements violents dans l'enfance sont associés à un risque accru de suicide, d'exposition au tabagisme, aux infections sexuellement transmissibles dont le VIH/Sida et les grossesses non désirées, l'inactivité physique et l'obésité sévère. Ces comportements peuvent ainsi conduire à la survenue de maladies telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies du foie et d'autres MNT.

Au Niger, chaque année, les accidents de la circulation engendrent des décès et des blessés.

C'est ainsi qu'entre 2013 et 2017, le Niger a enregistré respectivement 6358, 5645, 5827, 6718 et 5912 accidents qui ont occasionné 806, 899, 990, 978, 869 tués et 3157, 2979, 3439, 3593 et 3375 blessés graves parmi lesquels certains resteront handicapés à vie. Les principales victimes dans notre pays se retrouvent parmi la population jeune dont l'âge est compris entre 20 et 39 ans avec plus de 67% de victimes.

Les causes de ces accidents sont dues essentiellement :

- ✓ A l'imprudence, l'inattention et l'intolérance des conducteurs ;
- ✓ A la non maîtrise du véhicule ;
- ✓ Au non-respect de la priorité ;
- ✓ A l'excès de vitesse ;

- ✓ Au mauvais dépassement et croisement ;
- ✓ A la surcharge des véhicules ;
- ✓ A la fatigue et à la somnolence des conducteurs ;
- ✓ Au défaut mécanique des véhicules ;
- ✓ A l'usage du téléphone au volant ;
- ✓ Au mauvais état de la route.

Ainsi, la recrudescence des accidents de la route constatée au fil des ans, fait de ceux-ci un véritable fléau national avec des nombreuses pertes en vie humaines de même que leurs conséquences négatives au plan social et économique.

Les accidents de la voie publique peuvent être évités si les règles du Code de la Route sont respectées.

Le combat pour le respect des règles du Code de la Route doit être un combat permanent qu'il faut mener collectivement et sans relâche.

Face à cette tragédie qui se joue sur nos routes, le gouvernement a pris la mesure des actions à mener pour inverser significativement cette tendance désastreuse. On peut citer entre autres :

- ✓ La promulgation de la loi n°2014-62/PRN/MT du 5 novembre 2014 portant Code de la Route ;
- ✓ La création de l'Agence Nigérienne de Sécurité Routière (ANISER) ;
- ✓ La signature du décret n°2015-471/PRN/MT du 4 septembre 2015 portant approbation des statuts de l'Agence Nigérienne de la Sécurité Routière ;
- ✓ La signature du décret n°2017-518/PRN/MT du 16 juin 2017 portant modalités d'application de la loi portant Code de la Route ;
- ✓ L'élaboration de la Stratégie Nationale des Transports et ses annexes dont la Stratégie Nationale de Sécurité Routière et celle des routes rurales élaborée est en cours d'adoption ;

- ✓ La mise en place d'un projet de renouvellement du parc automobile.

Un changement de mentalités en vue de déclencher les changements de comportement des usagers s'impose.

D'ores et déjà, l'obligation du port de casque de protection et de la ceinture de sécurité est mise en application et l'Etat du Niger envisage aussi la mise en œuvre d'autres réformes préconisées par le nouveau Code de la Route qui sont entre autres :

- ✓ L'usage du dispositif de retenue pour enfants dans les véhicules automobiles ;
- ✓ L'institution de la carte de conducteur professionnel ;
- ✓ La réforme du permis de conduire et de tout le processus de son obtention ;
- ✓ La limitation de l'âge des véhicules importés ;
- ✓ La réglementation de la profession d'expert en automobile et l'organisation des garages de réparation et de construction automobile ;
- ✓ L'institution de l'éducation à la sécurité routière dans les cycles primaires et secondaires des établissements publics et privés ainsi que dans les centres d'alphabétisation ;
- ✓ La sensibilisation des charretiers des routes hors agglomération des villes du Niger en vue de porter des triangles de signalisation sur les charrettes.

## **2- Facteurs de Risque**

Au nombre des facteurs de risque modifiables à la base de la plupart des maladies cardiovasculaires, des cancers, des affections respiratoires chroniques et du diabète, figurent en bonne place le tabagisme, l'inactivité physique, la mauvaise alimentation, la consommation nocive d'alcool, mais également des facteurs de risque intermédiaires tels que l'obésité, la pression sanguine élevée, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie.

## a. Tabagisme

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès par les MNT. L'augmentation du niveau de l'usage du tabac dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire contribue à une augmentation des décès dus aux maladies cardiovasculaires, aux affections respiratoires chroniques et aux cancers.

L'enquête STEPS, réalisée en 2007 sur les facteurs de risque a montré que 9.3 % des hommes, soit 4.9 % de la population générale du Niger âgée de 15 à 45 ans, fument régulièrement la cigarette.

On estime que le tabagisme est responsable de 90% des cancers broncho-pulmonaires, de 42 % des affections respiratoires chroniques et près de 10 % des maladies cardiovasculaires.

La lutte contre le tabagisme est basée sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dont les principales lignes directrices sont : l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'interdiction de la publicité du tabac, la promotion et le parrainage, l'adoption de mesures financières et fiscales contre le tabac, la lutte contre le commerce illicite des produits du tabac ainsi que l'apposition d'avertissements sanitaires graphiques sur les paquets de cigarettes ou toutes autres formes de conditionnement.

Au Niger, il existe une loi antitabac et un décret d'application. En effet, depuis quelques années, le Niger a réalisé des progrès importants en matière de lutte contre le tabac à travers notamment l'adoption d'une loi antitabac et son décret d'application conformément à la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Cette loi requiert l'apposition d'avertissements sanitaires sur les paquets des cigarettes, interdit toutes les formes de publicité du tabac, interdit de fumer dans les lieux publics, donne mandat à la Police Sanitaire de rechercher, constater et réprimer les infractions à la loi antitabac et indique que les compagnies du tabac sont civilement responsables des dommages causés par la consommation de leurs produits.

Depuis belle lurette, une des mesures efficaces et particulièrement avantageuses de lutte antitabac est l'augmentation des taxes sur le tabac, en vigueur dans beaucoup de pays.

## **b- Mauvaise alimentation**

1.7 million de décès par an sont imputables à une faible consommation de fruits et de légumes.

Au moins 2.8 millions de personnes meurent chaque année des suites d'un surpoids ou d'une obésité. Le risque de cardiopathie, d'accident vasculaire cérébral ou de diabète augmente proportionnellement à l'indice de masse corporelle (IMC). L'augmentation de l'IMC accroît également le risque de certains cancers.

Au Niger, selon l'enquête STEPS sur les facteurs de risque réalisée en 2007, 26.6 % des adultes présentent une surcharge pondérale ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) ; 3.8 %, présentent une obésité ( $IMC \geq 30$ ).

La faible consommation de fruits et légumes est une cause importante de décès en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Au Niger 96.3 % de la population a une consommation insuffisante en fruits et légumes d'après l'enquête STEP réalisée en 2007. L'OMS recommande la consommation de 5 portions de fruits et légumes par jour pour une alimentation équilibrée.

La population du Niger consomment beaucoup plus de sel que ne le recommande l'OMS pour la prévention des maladies. Une forte consommation de sel est un déterminant important de l'hypertension artérielle et du risque cardiovasculaire.

De même, il existe un lien entre une forte consommation de graisses saturées et d'acides gras trans et les cardiopathies.

## **c. Inactivité physique**

Environ 3.2 millions de décès par an sont imputables à une activité physique insuffisante. La sédentarité accroît de 20 à 30 % le risque de mortalité, toutes causes confondues.

Il a été démontré que la participation à une activité physique régulière réduit le risque de maladie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral, de diabète de type 2, d'HTA, de cancer du côlon, de cancer du sein et de la dépression. En outre, l'activité physique est un déterminant clé de l'énergie dépensée, et donc est fondamental pour l'équilibre énergétique et le contrôle de poids.

L'inactivité physique est estimée être la cause d'environ 21 à 25 % du fardeau du cancer du sein et du colon, 27 % du diabète et environ 30 % de l'ampleur de la cardiopathie ischémique.

Au Niger, 57.6 % des adultes ne pratiquent aucune activité physique intense selon l'enquête STEP réalisée en 2007.

#### **d- Consommation nocive d'alcool**

Les principales causes de décès attribuables à l'alcool en Afrique sont les traumatismes, le cancer et les maladies cardiovasculaires. Selon le rapport mondial sur l'alcool et la santé, la région africaine présente la prévalence la plus élevée de consommation épisodique élevée d'alcool (environ 21 %).

Au Niger, malgré que les résultats de l'enquête STEPS montrent des chiffres très bas (0.6 % des hommes, 0.3 % de la population générale), la consommation nocive d'alcool prend des proportions inquiétantes surtout à cause de la jeunesse de la population. La consommation nocive de l'alcool est aussi citée en cause dans la majorité des accidents de la voie publique et des violences faites aux femmes et aux enfants.

Dans ce contexte, les options politiques les plus efficaces sont l'augmentation des taxes et l'augmentation de la couverture de l'alcool taxé. La réduction de l'accès au lieu de vente en détail, l'interdiction de la publicité sur l'alcool et l'organisation de courts programmes de conseils dans les centres de santé intégrés sur la consommation nocive d'alcool sont également des mesures très efficaces.

#### **e. Surpoids et obésité**

Selon l'OMS, en 2005, plus d'un milliard de personnes à travers le monde étaient en surpoids (IMC > 25) et plus de 300 millions, obèses (IMC > 30).

Actuellement le diabète de type 2 est l'une des complications les plus fréquentes de l'obésité. Plus de 75 % du risque du diabète est attribuable à l'obésité et les ¾ des personnes atteintes de diabète de type 2 sont obèses.

#### **f. Facteurs de risque environnementaux**

Les industries produisent d'importantes quantités de déchets divers et contribuent de manière significative à la pollution de l'environnement. Malgré l'existence de textes législatifs et réglementaires, la gestion de ces déchets n'est pas élevée au rang des priorités de certains industriels qui sont pour la plupart installés à Niamey.

Toutefois, des initiatives sont observées au niveau d'autres unités industrielles qui adoptent des mesures environnementales.

Il est important de rappeler que le Niger n'est pas producteur de produits chimiques mais les importe pour les besoins des procédés industriels, de l'assainissement domestique et la protection des végétaux. La gestion de ces produits chimiques qui sont pour la plupart toxiques constitue une autre préoccupation à prendre en compte dans les politiques et stratégies en matière de gestion de l'environnement.

Les déchets biomédicaux produits par les formations sanitaires sont également sources de nuisances et présentent des risques pour la santé et l'environnement.

Il en est de même des déchets des équipements électriques et électroniques, les nanomatériaux, les déchets dangereux et radioactifs.

### **g. Facteurs de risque infectieux**

On estime que, dans les pays en développement, les infections sont à l'origine de 25% environ des cancers. Seuls ou en combinaison avec des influences génétiques ou environnementales, les agents infectieux jouent dans la pathogénèse des maladies non transmissibles.

On constate de plus en plus que les cancers dont certains ont un impact à l'échelle mondiale, tels ceux du col de l'utérus, du foie, de la cavité buccale et de l'estomac ont une étiologie infectieuse (HIV, papuloma virus humain, virus de l'hépatite B viral,...).

### **h. Produits éclaircissants**

Qu'ils soient naturels ou synthétiques, les produits éclaircissants peuvent se révéler néfastes pour la santé humaine. Parmi les plus dangereux, l'hydroquinone et les corticoïdes sont les plus fréquents sur le marché. Principalement disponibles à des fins médicales pour des pathologies cutanées, ces deux principes actifs peuvent faire l'objet d'un marché parallèle illicite.

Les effets indésirables liés à l'utilisation de ces produits sont principalement cutanés. Souvent la dépigmentation est non uniforme et la couleur de la peau est jaunâtre. Les produits éclaircissants dépigmentant peuvent aussi causer des boutons acnés, des vergetures, des taches noires, des poils au visage, etc.

Au-delà de ces effets cutanés, des effets systémiques peuvent également s'ajouter si l'utilisation est prolongée. Un dérèglement hormonal, appelé

syndrome de Cushing, s'observe par une obésité chronique du haut du corps et un faciès gonflé. Cette dérégulation hormonale peut aussi se manifester par des MNT. Le cancer du col de l'utérus, l'hypertension artérielle, le diabète et la fragilisation osseuse sont également la résultante d'une application intensive des corticoïdes. Au niveau ophtalmique, il y a des risques de glaucomes et de cataractes. Le risque de complication fœtale et obstétricale est évoqué, notamment avec un faible poids de naissance et une prédisposition pour l'enfant à développer des troubles cardiovasculaires, métaboliques ou neuroendocrinien. Aussi un risque de mauvaise cicatrisation de césarienne chez la mère est également évoqué.

### **3. Impacts socio-économiques des maladies non transmissibles**

Au niveau mondial, les MNT compromettent les progrès pour atteindre les objectifs du développement durable (ODD) fixés par les Nations Unies.

Au niveau pays, les maladies non transmissibles entraînent un obstacle aux initiatives de réduction de la pauvreté par la non productivité des personnes atteintes et des évacuations et prises en charge trop coûteuses. Aussi, elles épuisent les ressources des ménages et acculent les familles à la pauvreté.

En somme, les Maladies Non Transmissibles entravent le développement à tous les niveaux.

## **III- CONTRAINTES-DEFIS-OPPORTUNITES**

### **A- CONTRAINTES**

En matière de lutte contre les MNT, les principales difficultés sont de plusieurs ordres :

#### **1. Problèmes institutionnels :**

- L'inexistence d'un plan stratégique national multisectoriel de lutte contre les MNT;
- L'insuffisance de l'accès aux services des soins de soutien et des soins palliatifs ;

- L'insuffisance dans la coordination des services de prise en charge des cas de MNT à tous les niveaux.

## **2. Problèmes structurels :**

- La difficulté d'intégration des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires ;
- L'insuffisance de la prise en charge des cas des MNT au niveau des formations sanitaires;
- L'insuffisance des services spécialisés de prise en charge des cas des MNT;
- L'inaccessibilité géographique et financière aux soins spécialisés ;
- Insuffisance des compétences nécessaires dans le domaine des MNT ;
- L'insuffisance dans le renforcement des capacités des professionnels;
- L'insuffisance de la sensibilisation des groupes vulnérables ;
- L'insuffisance de mesures pour une assurance qualité des prestations ;
- L'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité ;
- La mauvaise répartition des ressources humaines ;
- Le retard dans le diagnostic ;
- Le retard dans le recours aux soins ;
- L'insuffisance dans la prise en charge sociale;
- L'insuffisance du système de suivi et évaluation à tous les niveaux.

## **3. Problèmes organisationnels :**

- L'insuffisance dans le système d'information et de collecte des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

- L'insuffisance dans l'IEC pour un changement de comportement;
- L'insuffisance dans la recherche sur les MNT ;
- L'insuffisance de ressources matérielles et financières ;
- Le coût très élevé des frais médicaux des MNT (médicaments, examens complémentaires, chirurgie, évacuations sanitaires);
- Le mauvais rapport coût-efficacité pour les interventions actuellement disponibles en matière de prise en charge des MNT ;
- L'insuffisance dans le contrôle de la qualité des médicaments.

## **B- DÉFIS**

Les défis à relever sont :

- L'obtention du soutien politique au plus haut niveau ;
- La garantie pour la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre les MNT ;
- L'obtention d'une ligne budgétaire pour la lutte contre les MNT auprès de l'Assemblée Nationale/ Ministère des Finances ;
- La réalisation de la deuxième édition de l'enquête STEPs ;
- La mise en œuvre du WHO-PEN au Niger ;
- La recherche de financement innovant pour la lutte contre les MNT ;
- L'implication du secteur privé dans la lutte contre les MNT ;
- L'implication des communautés dans les activités de lutte contre les MNT.

## **C- OPPORTUNITÉS:**

- La Déclaration du sommet de haut niveau des Nations Unies sur les MNT de septembre 2011 ;

- La volonté politique, maintes fois exprimée par les autorités nigériennes ;
- L'existence du Plan de Développement Economique et Social (PDES 2017-2021) ;
- L'existence du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2017-2021) ;
- La ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac en 2005 ;
- L'adoption par l'Assemblée Nationale de la loi N° 2006-12 du 15 mai 2006 relative à la lutte antitabac et son décret d'application N° 2008-223/PRN/MSP du 17 juillet 2008;
- Le Décret N° 261/PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements publics de santé ;
- L'arrêté N° 000016/MSP/SG/DGSP du 25 janvier 2012 portant création, organisation et attributions du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) ;
- L'existence d'une politique nationale de protection sociale ;
- L'existence d'un Centre National de Lutte contre le Cancer ;
- L'engagement de l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA) à soutenir le Niger dans le cadre de la lutte contre le cancer ;
- L'existence d'un Comité National Multisectoriel de Lutte contre les MNT ;
- L'existence de la commission sociale et du réseau de parlementaires de lutte antitabac de l'Assemblée Nationale ;
- L'existence d'un réseau de journalistes pour la santé.

# **IV- PLAN STRATEGIQUE**

## **A- VISION**

Un Niger libéré de la charge évitable des maladies non transmissibles.

## **B- BUT**

Réduire la charge évitable de morbidité, de mortalité et de handicap attribuable aux maladies non transmissibles au moyen de la collaboration multisectorielle au niveau national.

## **C- PRINCIPES GÉNÉRAUX :**

Ce plan stratégique national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles repose sur les principes généraux suivants :

### **1. Prise en compte de tous les âges de la vie**

Il est possible de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles à plusieurs stades de la vie ; c'est souvent au début de l'existence que les possibilités de prévention primaire sont les meilleures.

Les politiques, plans et services de lutte contre les maladies non transmissibles doivent tenir compte des besoins sanitaires et sociaux à tous les âges de la vie. L'action doit porter au départ sur la santé maternelle, y compris la période préconceptionnelle, les soins prénatals et postnatals, la nutrition chez la mère et la réduction de l'exposition aux facteurs de risque environnementaux ; se poursuivre par une alimentation adaptée du nourrisson (y compris la promotion de l'allaitement maternel) et par la promotion de la santé de l'enfant et de l'adolescent ; puis s'attacher à la promotion de la santé au travail, du vieillissement en bonne santé et des soins aux personnes âgées atteintes de maladies non transmissibles.

### **2- Autonomisation des personnes et des communautés**

Il faudrait œuvrer à une plus grande autonomie des personnes et des communautés, qui devraient participer aux activités de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris à la sensibilisation, à l'élaboration des politiques,

à la planification, à la législation, à la fourniture des services, à l'éducation et à la formation, au suivi, à la recherche et à l'évaluation.

### **3- Stratégies fondées sur des bases factuelles**

Les stratégies et les pratiques destinées à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles doivent être fondées sur les données scientifiques et/ou sur les meilleures pratiques, sur le rapport coût/ efficacité, sur l'accessibilité économique et sur des principes de santé publique, en tenant compte de considérations culturelles.

### **4- Couverture sanitaire universelle**

Chacun devrait avoir accès, sans discrimination, à des ensembles de prestations déterminés à l'échelle nationale, comprenant les services de base nécessaires en matière de promotion, de prévention, de traitement curatif, de réadaptation et de traitement palliatif, ainsi qu'à des médicaments et produits diagnostiques essentiels de bonne qualité, qui soient à la fois sûrs, abordables et efficaces. Il faut en même temps veiller à ce que le recours à ces prestations n'expose pas les usagers à des difficultés financières, l'accent étant mis sur les populations pauvres et vulnérables.

### **5. Gestion des conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels**

Une lutte efficace contre les maladies non transmissibles passe par la participation de différents acteurs étatiques et non étatiques, y compris de la société civile, du monde universitaire, de l'industrie et d'organisations non gouvernementales et professionnelles. En matière de lutte contre les maladies non transmissibles, les politiques de santé publique doivent être protégées contre l'influence indue de toute forme d'intérêt catégoriel. Les conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels doivent être reconnus et gérés.

### **6- Approche fondée sur les droits de l'homme**

Il s'agit de reconnaître que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune,

de naissance ou de toute autre situation, conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme.

### **7- Approche fondée sur l'équité**

Il s'agit de reconnaître que la charge inégale des maladies non transmissibles est influencée par les déterminants sociaux de la santé, et qu'il est essentiel d'agir sur ces déterminants, à la fois pour les groupes vulnérables et pour l'ensemble de la population, pour réduire la charge globale des maladies non transmissibles et pour créer des sociétés équitables, économiquement productives, saines et n'excluant personne.

### **8- Action nationale, coopération et solidarité internationales**

Il s'agit de reconnaître le rôle et la responsabilité premiers des gouvernements dans l'action menée face au défi que représentent les maladies non transmissibles, ainsi que le rôle important de la coopération internationale, qui vient compléter les efforts des États Membres.

### **9- Action multisectorielle**

Il s'agit de reconnaître que, pour être efficace, la lutte contre les maladies non transmissibles doit reposer sur le leadership, un engagement coordonné des différentes parties prenantes et une action multisectorielle au sein des pouvoirs publics et parmi un large ensemble d'acteurs. Cet engagement et cette action incluront, selon que de besoin, l'intégration de la santé dans toutes les politiques et des approches fédérant tous les acteurs publics, dans des secteurs tels que la santé, l'agriculture, la communication, l'éducation, l'emploi, l'énergie, l'environnement, la finance, l'alimentation, les affaires étrangères, le logement, la justice et la sécurité, le corps législatif, les affaires sociales, le développement économique et social, le sport, la fiscalité, le commerce et l'industrie, les transports, l'urbanisme et la jeunesse, ainsi qu'un partenariat avec les entités compétentes de la société civile et du secteur privé.

## D- OBJECTIFS

### 1- Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la santé des populations du Niger par la lutte multisectorielle contre les maladies non transmissibles.

### 2- Objectifs stratégiques

**Objectif 1 :** Donner un degré de priorité plus élevé à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation ;

**Objectif 2 :** Renforcer à l'échelle nationale les capacités ,le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles au Niger ;

**Objectif 3 :** Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé ;

**Objectif 4 :** Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les MNT, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle ;

**Objectif 5 :** Promouvoir et renforcer la capacité nationale à mener des travaux de recherche-développement de qualité pour la lutte contre les MNT ;

**Objectif 6 :** Surveiller l'évolution et les déterminants des MNT et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte.

## E- CIBLES

- Réduction relative de 3.46% de la mortalité globale imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques.

- Baisse relative d'au moins 1.38% de l'usage nocif de l'alcool ;
- Réduction relative de 1.38% de la prévalence du manque d'exercice physique ;
- Réduction relative de 4.15% de l'apport moyen de sel/sodium dans la population.
- Réduction relative de 4.15% de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus.
- Baisse relative de 3.46% de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle ;
- Baisse relative de 3.46% de la prévalence du diabète et de l'obésité ou limitation de la prévalence du diabète et de l'obésité ;
- Au moins 6.92% des personnes remplissant les critères bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux.
- Disponibilité et accessibilité financière de 11.07% des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés.

## **F- CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN**

### **1. Cadre Institutionnel**

Dans le cadre de la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, il est créé auprès du Ministre de la Santé Publique :

- un programme dénommé « Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) » par arrêté N°000016/MSP/SG/DGSP du 25 janvier 2012.

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles, rattaché à la Direction des Etudes et de la Programmation, est chargé en collaboration avec toutes les Directions Nationales et les autres Programmes du Ministère de la Santé Publique et des Secteurs Connexes, de la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les maladies non transmissibles : affections respiratoires chroniques, diabète, cancers et maladies cardiovasculaires.

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles est dirigé par un Coordonnateur national et un Coordonnateur national Adjoint. Il comprend en outre :

- un secrétariat ;
  - un service administratif et financier ;
  - un service communication et mobilisation sociale ;
  - un service suivi-évaluation comprenant :
    - ❖ une cellule « Recherche » ;
    - ❖ une cellule « Informatique et Statistique ».
- Un Comité National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles par arrêté n° 0214/MSP/SG/DEP/PNLMNT du 31 mars 2017.

Le Comité National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (CNMLMNT) est un organe de réflexion, d'échanges d'idées et de conseils sur les questions liées aux maladies non transmissibles. I

Le CNMLMNT est composé des représentants des institutions et structures suivantes :

- Présidence ;
- Assemblée Nationale ;
- Cabinet du Premier Ministre ;

- Ministères Techniques ;
- Partenaires Techniques et Financiers ;
- Secteur Privé ;
- Société Civile (ONG, Associations et Fondations).

La coordination des parties prenantes nécessite la mise en place d'un mécanisme stratégique capable d'optimiser la participation effective de tous les acteurs aux niveaux national, régional et départemental. Le Ministère de la Santé Publique assurera le rôle de l'agence lead pour la mise en œuvre du plan national stratégique multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles.

Pour la mise en œuvre, le PNLMT doit collaborer avec les structures suivantes :

- le Programme National Santé Mentale ;
- Le Programme National de lutte contre les Maladies Buccodentaires et le Noma ;
- le Centre National de Référence de la Drépanocytose ;
- le Centre National de Radioprotection ;
- le Centre National de Lutte contre le Cancer ;
- Le Centre National Santé de la Reproduction ;
- la Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé ;
- la Direction de la Nutrition ;
- La Direction des Immunisations ;
- la Direction Générale des Sports ;
- Le Comité National de Sécurité Routière ;
- Et les autres structures membres du CNMLMT

La mise en œuvre se fera dans un cadre multisectoriel en collaboration avec des partenaires internes et externes.

Les partenaires internes seront essentiellement constitués des structures du Ministère de la Santé Publique.

Les partenaires externes sont composés par :

- les autres ministères : Ministère en charge de la Jeunesse et des Sports, Ministère en charge de l'Agriculture et de l'Elevage, Ministère en charge de l'Environnement et du Développement Durable, Ministère en charge de l'Urbanisme, Ministère en charge des Transports, Ministère en charge des Finances, Ministère en charge du Commerce et de la Promotion du Secteur Privé, Ministère en charge de la Renaissance Culturelle, Ministère en charge de l'Industrie, Ministère en charge de l'Education, Ministère en charge de la Communication, Ministère en charge du Transport, Ministère en charge de l'Emploi, du Travail et de la Protection Sociale ...);
- certaines structures techniques en dehors du secteur de la santé : le Haut-commissariat à l'Initiative 3N, l'OPVN (Office des Produits Vivriers du Niger), l'Agence de Vérification de Conformité aux Normes, la Chambre de Commerce et d'Industrie et la société civile;
- les Partenaires Techniques et Financiers.

## 2. Niveaux de mise en œuvre

- Niveaux Managériaux :

Les différents niveaux de mise en œuvre en matière managériale sont :

- Niveau national :

Il sera assuré par le Programme National de Lutte contre les MNT avec l'appui du Comité National Multisectoriel de Lutte contre les MNT.

- Niveau régional :

La Direction Régionale de la Santé Publique avec l'appui du Comité Régional Multisectoriel de Lutte contre les MNT sera chargée de la mise en œuvre des interventions et actions de Lutte contre les MNT.

- Niveau départemental :

L'Equipe Cadre de District sera chargé, avec l'appui du Comité Départemental Multisectoriel de la mise en œuvre des interventions.

- Au niveau communautaire :

Les acteurs communautaires sont impliqués dans la sensibilisation et le plaidoyer pour l'implication de la communauté dans la lutte contre les MNT ; ils sont chargés de :

- Participer à l'organisation des campagnes de sensibilisation sur les MNT ;
- Soutenir les individus et les familles victimes des MNT ;
- Participer à la recherche des malades perdus de vue.

- Aux lieux de travail :

Les membres du CNMLMNT seront chargés de mobiliser les fonctionnaires et les travailleurs en vue d'induire des changements de comportement durables aux lieux de travail afin de réduire les habitudes nocives à la santé, prévenir les maladies non transmissibles et promouvoir les pratiques favorables à la santé.

- En milieu scolaire et universitaire :

Les divisions santé scolaire /universitaire des Ministères en charge de l'éducation, les points focaux des Directions Régionales et des Directions Départementales des Enseignements Secondaires (DDES) seront chargés de mobiliser les élèves/étudiants et les enseignants du public comme du privé en vue d'induire des changements de comportement durables au niveau des écoles et des universités afin de réduire les habitudes nocives à la santé, prévenir les maladies non transmissibles et promouvoir les pratiques favorables à la santé.

### **3. Structures de Soins :**

Elles sont impliquées dans la prévention et la prise en charge des cas de MNT.

Ce sont :

- Hôpitaux nationaux

Ce niveau est chargé de :

- Assurer la prise en charge des cas des MNT référés ;
- Assurer la collecte, l'analyse et la transmission des données des MNT ;
- Produire des rapports d'activités.
  - Hôpitaux régionaux

Le niveau intermédiaire comprend les hôpitaux régionaux, les hôpitaux confessionnels, les cliniques et cabinets privés. Ce niveau est chargé de :

- Développer les activités de prévention des MNT dans les structures de soins ;
- Intégrer les activités de soins curatifs des cas des MNT dans les structures de soins.
  - Hôpitaux de District

Ces structures sont chargés de :

- Développer les activités de prévention des MNT dans les structures de soins
- Intégrer les activités de soins curatifs des cas des MNT dans les structures de soins.
  - Centres de Santé Intégrés

Les centres de santé sont chargés de :

- Développer les activités de prévention des MNT ;
- Intégrer les activités de soins curatifs des cas des MNT dans le paquet minimum d'activités (PMA);
- Participer aux réunions de suivi et d'évaluation des données liées aux MNT dans les instances communales ;
- Intégrer les données sur les MNT dans les rapports d'activités mensuels.

## G- CADRE OPERATIONNEL POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN

**OBJECTIF 1 : Renforcer les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT au Niger**

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Renforcement de la lutte contre les MNT	Renforcement des instances de lutte contre les MNT	1. Former 50 membres du comité national multisectoriel sur les MNT et leurs facteurs de risque		X	
		2. Organiser des réunions trimestrielles du comité national multisectoriel de lutte contre les MNT	X	X	X
		3. Organiser des réunions de coordination des points focaux régionaux de lutte contre les MNT	X	X	X
		4. Créer et mettre en place huit (8) comités régionaux à l'image du comité national multisectoriel de lutte contre les MNT	X	X	
		5. Former trois (3) cadres du PNLMT en conception et déploiement d'un plan de communication des projets et programmes de santé		X	X

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Renforcement de la lutte contre les MNT	Renforcement des instances de lutte contre les MNT	6. Former trois (3) cadres du PNLMT en planification opérationnelle, suivi / évaluation des projets et programmes de santé		X	X
		7. Former trois (3) cadres du PNLMT en recherche action		X	X
		8. Former les encadreurs pédagogiques et les enseignants de SVT, EFS et EPS sur les MNT		X	X
		9. Former les membres des huit (8) comités régionaux multisectoriels sur les MNT et leurs facteurs de risque			X
		10. Evaluer les capacités nationales en matière de lutte contre les MNT	X	X	X
		11. Contribuer à l'application des textes législatifs réglementant la fabrication, l'importation, la commercialisation et l'utilisation des produits favorisant la survenue des MNT et de leurs facteurs de risque		X	X

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Renforcement de la lutte contre les MNT	Renforcement des instances de lutte contre les MNT	12. Contribuer à la mise en application effective des textes et lois en vigueur au Niger dans le domaine de l'alimentation, de la promotion du sport de masse, de la lutte contre le tabac et l'alcool		X	X
		13. Doter le PNLMT d'un (01) véhicule 4x4 de supervision		X	
	Mobilisation des ressources pérennes	1. Organiser des plaidoyers auprès des organisations nationales et internationales et la coopération bilatérale pour le financement de la lutte contre les MNT		X	
		2. Organiser un plaidoyer auprès de l'Assemblée Nationale pour la création d'une ligne budgétaire pour la lutte contre les MNT	X		
	Amélioration de la gouvernance	1. Mettre en place des points focaux de la lutte contre les MNT dans les huit (8) DRSP	X		
	Renforcement de l'action multisectorielle et le partenariat	1. Renforcer les capacités des associations, des organisations communautaires et les ONG locales impliquées dans la lutte contre les MNT		X	X

**OBJECTIF 2 : Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé**

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Promotion de la lutte anti-tabac	Renforcement de la législation pour la lutte anti-tabac	1. Participer à la mise en œuvre du protocole sur l'élimination du commerce illicite des produits du tabac		x	
		2. Organiser un (1) atelier de renforcement de capacité du comité national multisectoriel de lutte contre les MNT sur la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac et le protocole sur le commerce illicite du tabac		x	
		3. Participer à la mise en œuvre de la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac			x
Promotion de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool	Renforcement de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool	1. Elaborer une stratégie de lutte contre l'usage nocif de l'alcool en s'inspirant de la stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool		x	
		2. Contribuer à la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour la réduction de l'usage nocif de l'alcool			x

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Promotion d'une alimentation saine et équilibrée	Adoption de mesures favorisant une alimentation saine et équilibrée	1. Proposer un projet de textes pour rendre obligatoire le respect des règles nutritionnelles dans les cantines scolaires	x		
		2. Participer à la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation		x	
Promotion de l'exercice physique en faveur de la santé	Adoption de mesures favorisant la pratique de l'exercice physique	1. Organiser une journée d'échange sportive entre les membres du gouvernement et les partenaires		x	
		2. Décréter une journée nationale dédiée à la pratique des activités physiques et sportives	x		
		3. Redynamiser la pratique sportive en milieu scolaire			x
		4. Construire un parcours de santé au niveau du PNLMT		x	
		5. Participer à la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'activité physique		x	

**Objectif 3 : Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne**

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Prise en charge des maladies non transmissibles	Renforcement de la qualité de soins	1. Développer / adapter des lignes directrices et des procédures opérationnelles standards pour la prévention et la prise en charge des principales MNT (HTA, diabète, cancer, asthme)		X	
		2. Organiser des séances de dépistage des MNT à travers des campagnes de masse	X	X	X
		3. Organiser un atelier de formation des formateurs sur le WHO-PEN	X		
		4. Former 150 agents de santé sur le paquet de soins essentiels pour la prise en charge des MNT (WHO-PEN)	X	X	X
		5. Acheter et mettre en place les médicaments et autres intrants dans le cadre du test pilote pour la mise en œuvre du WHO-PEN dans les districts sanitaires de Niamey 5, Gaya et Gothèye	X	X	X

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Promotion de la lutte contre le diabète	Renforcement de la lutte contre le diabète	1. Elaborer et valider une stratégie de lutte contre le diabète			x
	Intégration de la prise en charge du diabète dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires	1. Former cent (100) agents de santé sur la prise en charge du diabète			x
		2. Proposer un projet de textes pour la subvention du prix de l'insuline		x	
Promotion de la lutte contre l'hypertension artérielle	Renforcement de la lutte contre l'hypertension artérielle	1. Elaborer et valider une stratégie de lutte contre l'hypertension artérielle			x
	Intégration de la prise en charge de l'hypertension artérielle dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	1. Former cent (100) agents de santé sur la prise en charge de l'hypertension artérielle			x
Promotion de la lutte contre les accidents vasculaires cérébraux (AVC)	Intégration de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans le paquet minimum des activités des Formations sanitaires	1. Renforcer les unités de réadaptation fonctionnelle des sept (7) CHR pour la prise en charge des cas de séquelles dues aux MNT			x
Promotion de la lutte contre le cancer	Mise en place d'un programme de dépistage des cancers	1. Organiser une campagne de dépistage de masse des cancers du sein et du col de l'utérus dans les huit (8) régions du Niger.	x	x	x
Promotion de la lutte contre l'asthme	Intégration de la prise en charge de l'asthme dans le paquet minimum des activités des Formations sanitaires	1. Former cent (100) agents de santé sur la prise en charge de l'asthme		x	

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Communication intégrée sur les maladies non transmissibles	Communication pour un changement de comportement	1. Organiser des campagnes de sensibilisation sur les MNT lors des grands événements (sabre national, festival, cure salée, safem, camp des jeunes, TGV, journée africaine de la prévention et championnats scolaire et universitaire)	X	X	X
		2. Organiser des réunions de sensibilisation sur les MNT au niveau des institutions, des ministères et des centrales syndicales	X	X	X
		3. Elaborer, valider et reproduire des outils de communication sur les MNT et leurs facteurs de risque		X	
		4. Diffuser des messages audio et audio-visuels sur les MNT	X	X	X
		5. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation sur les facteurs de risque des MNT dans les collèges et lycées du Niger	X	X	X

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Communication intégrée sur les maladies non transmissibles	Communication pour un changement de comportement	6. Organiser des séances de sensibilisation sur les facteurs de risque des MNT à l'endroit des syndicats sectoriels du transport dans les huit (8) régions		x	x
		7. Utiliser les technologies numériques pour réduire les MNT à travers des messages de sensibilisation		x	x
		8. Produire un film documentaire de 15 minutes sur la prévention des MNT au Niger		x	
	Mobilisation sociale	1. Organiser une journée mode de vie sain	x	x	x
		2. Organiser la journée mondiale de lutte contre le diabète	x	x	x
		3. Organiser la journée mondiale du cœur		x	x
		4. Participer à l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le cancer	x	x	x
		5. Organiser la journée mondiale de l'asthme.	x	x	x
		6. Participer à l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le tabac.		x	x

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Communication intégrée sur les maladies non transmissibles		7. Utiliser les technologies numériques pour réduire les MNT à travers des messages de sensibilisation		x	x
		8. Produire un film documentaire de 15 minutes sur la prévention des MNT au Niger		x	
	Mobilisation sociale	1. Organiser une journée mode de vie sain	x	x	x
		2. Organiser la journée mondiale de lutte contre le diabète	x	x	x
		3. Organiser la journée mondiale du cœur		x	x
		4. Participer à l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le cancer	x	x	x
		5. Organiser la journée mondiale de l'asthme.		x	x
		6. Participer à l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le tabac.	x	x	x

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Communication intégrée sur les maladies non transmissibles		7. Organiser dans l'une des huit(8) régions une caravane de sensibilisation et de mobilisation en faveur de la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque		X	X
		8. Signer des conventions de partenariat avec les medias, les compagnies de téléphonie mobile et les sociétés de transport dans le cadre de la prévention des MNT	X		
	Plaidoyer	1. Organiser des réunions de plaidoyer sur les MNT avec les chefs traditionnels, les leaders religieux, les leaders d'opinion et les élus locaux au niveau des huit (8) régions		X	X
		2. Mener un plaidoyer pour la mise en œuvre d'un programme de vaccination contre le virus du papilloma humain (HPV)		X	X

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Communication intégrée sur les maladies non transmissibles	Renforcement de capacité	1. Elaborer et valider un module de formation en communication sur la prévention des MNT		X	X
		2. Former les communicateurs des DRSP et des DS sur la prévention des MNT		X	
		3. Former 150 animateurs des radios communautaires sur la prévention des MNT		X	
		4. Former 150 relais communautaires à l'utilisation des outils de communication ;		X	X

**Objectif 4 : Promouvoir et renforcer la capacité nationale à mener des travaux de recherche-développement de qualité pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles**

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Promotion de la recherche sur les MNT	Renforcement des capacités à mener des travaux de recherche sur les MNT	1. Identifier les priorités nationales de recherche dans le domaine des MNT		X	
		2. Elaborer le protocole de l'enquête STEPS	X		
		3. Intégrer les indicateurs des MNT dans les enquêtes nationales sur la population (EDSN,..)		X	
		4. Publier des articles sur les MNT dans des revues et journaux spécialisés et sites Web		X	X

**OBJECTIF 5 : Surveiller l'évolution et les déterminants des maladies non transmissibles et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte;**

AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES	STRATEGIES	ACTIVITES	PERIODE		
			2019	2020	2021
Renforcement de la surveillance des MNT	Développement des systèmes de surveillance des MNT et leurs facteurs de risque	1. Développer un système de surveillance des MNT et leurs facteurs de risque		x	x
		2. Elaborer, reproduire et mettre en place les supports de collecte de données sur les MNT		x	x
		3. Réaliser la 2ème édition de l'enquête STEPS		x	

## **H- SUIVI ET EVALUATION**

### **1. Suivi**

Le rôle du suivi est de :

Systematiser les processus de collecte, d'analyse, de traitement et de diffusion de l'information ;

Identifier les problèmes et ;

Proposer des solutions.

Le suivi régulier et périodique sera assuré par les structures de coordination et de mise en œuvre du plan en collaboration avec les différents niveaux de la pyramide sanitaire :

❖ Au niveau national par la Coordination du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles de concert avec la Direction des Etudes et de la Programmation et la Direction de la Statistique du Ministère de la Santé Publique ;

❖ Au niveau régional par l'Equipe de la Direction Régionale de la Santé Publique ;

❖ Au niveau département par l'Equipe Cadre du District.

### **2. Evaluation**

Il est prévu une évaluation finale en 2021 pour mesurer les résultats obtenus. Cette évaluation sera participative.

Une enquête STEPS sera effectuée en 2020.

Le cadre mondial de suivi évaluation des maladies non transmissibles de l'OMS sera utilisé pour évaluer l'atteinte des cibles fixées en utilisant les données de l'année 2007 comme base de référence. Des indicateurs de processus de résultat et d'impact seront calculés à cet effet.

### **3- Indicateurs de Suivi**

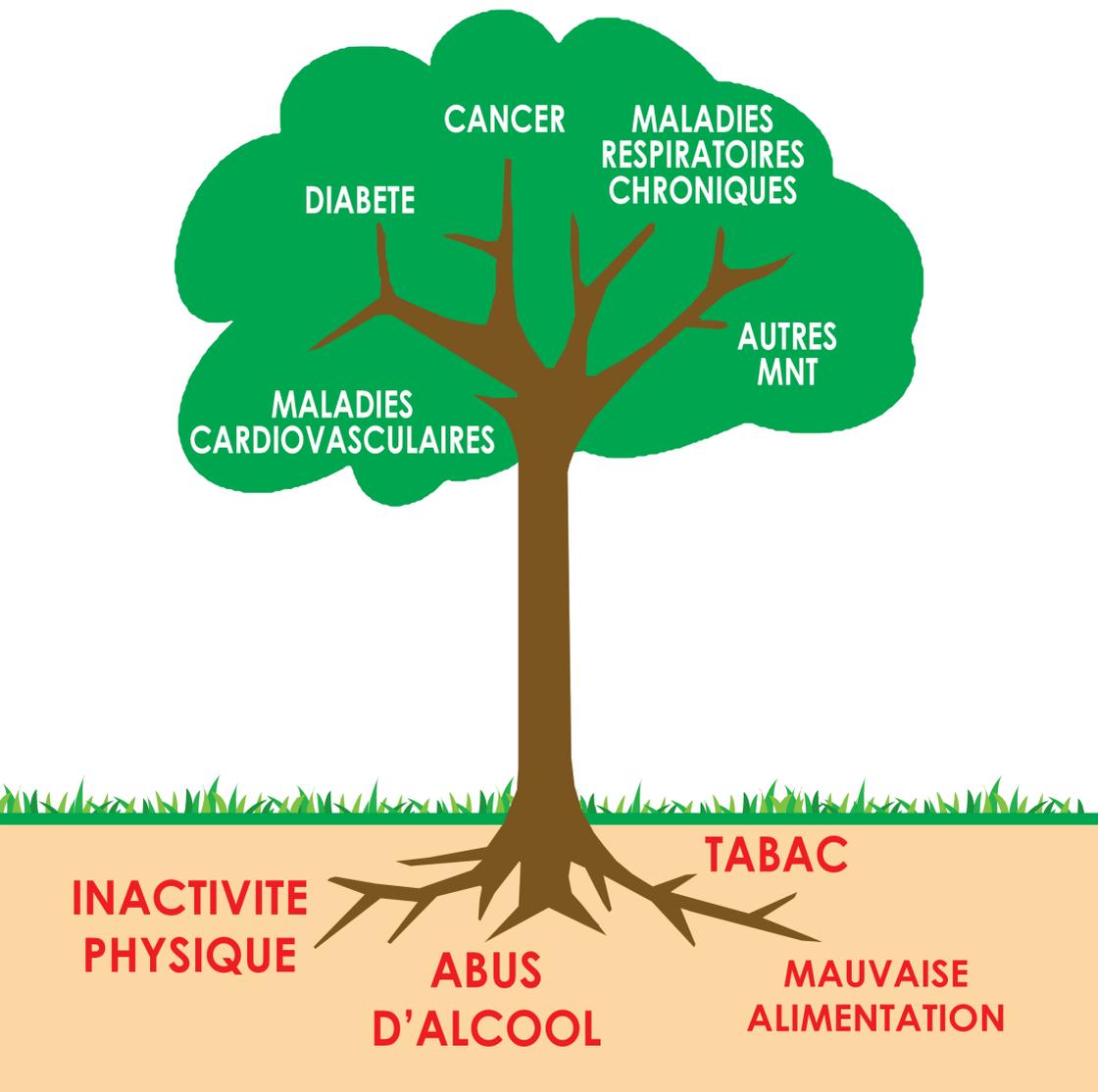
Le cadre mondial de suivi comprenant 25 indicateurs et neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale permettra de suivre la mise en œuvre du plan stratégique national multisectoriel de lutte contre les MNT en indiquant dans quelle mesure les cibles auront été atteintes en 2021

## I- BUDGETISATION DU PLAN

<b>AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>COUT AN 1 2019</b>	<b>COUT AN 2 2020</b>	<b>COUT AN 3 2021</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>
Renforcement de la lutte contre les MNT	PNLMNT	8 267 800	110 441 482	57 252 506	175961788
Promotion de la lutte anti tabac	PNLMNT	0	5395000	0	5395000
Promotion de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool	PNLMNT	0	5875000	800000	6675000
Promotion d'une alimentation saine et équilibrée	PNLMNT	1200000	800000	0	2000000
Promotion de l'exercice physique en faveur de la santé	PNLMNT	0	8300000	25620000	33920000
Prise en charge des maladies non transmissibles	PNLMNT	57173845	55702545	49898045	162774435
Promotion de la lutte contre le diabète	PNLMNT	0	800000	46920400	47720400
Promotion de la lutte contre l'hypertension artérielle	PNLMNT	0	0	46920400	46920400
Promotion de la lutte contre les accidents vasculaires cérébraux	PNLMNT	0	0	70000000	70000000
Promotion de la lutte contre le cancer	PNLMNT	27165800	27165800	27165800	81497400
Promotion de la lutte contre l'asthme	PNLMNT	0	0	36695400	36695400
Communication intégrée sur les maladies	PNLMNT	20866520	102693040	76018040	199577600

## I- BUDGETISATION DU PLAN (SUITE)

<b>AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>COUT AN 1 2019</b>	<b>COUT AN 2 2020</b>	<b>COUT AN 3 2021</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>
Promotion de la recherche sur les MNT	PNLMNT	7675800	2200000	1000000	10875800
Renforcement de la surveillance des MNT	PNLMNT	0	213122500	5437500	218 560 000
<b>TOTAL</b>		122 349 765	532 495 367	443 728 091	<b>1 098 573 223</b>



**Je dis Non**  
au tabac

---



**Je dis Non**  
à l'alcool

---



**Je dis Oui**  
à une alimentation  
saine et équilibrée

---



**Je dis Oui**  
à une activité  
physique régulière



**JE SUIS ACTEUR DE MA VIE,  
J'AGIS POUR MA VIE  
ET, IL EST TEMPS D'AGIR.**