

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-septième session

Victoria Falls, République du Zimbabwe, 28 août-1^{er} septembre 2017

Point 15 de l'ordre du jour provisoire

**CADRE RÉGIONAL POUR L'INTÉGRATION DES SERVICES ESSENTIELS DE
LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES DANS LES SOINS DE
SANTÉ PRIMAIRES**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Les maladies non transmissibles (MNT) sont la principale cause de mortalité dans le monde. Les quatre principales maladies non transmissibles – les cardiopathies, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques – pourraient être largement évitées si l'on agit sur leurs quatre facteurs de risque modifiables courants que sont le tabagisme, la mauvaise alimentation, le manque d'exercice physique et l'usage nocif de l'alcool. Au fil des années, la mortalité associée à ces maladies progresse dans la Région africaine. En 2015, sur 9,2 millions de décès, en tout 3,1 millions (33,7 %) étaient liés aux maladies non transmissibles, alors que la proportion était de 2,7 millions de décès imputables aux MNT sur un total de 9,28 millions décès (29,1 %) en 2010, et de 2,4 millions de décès liés aux maladies non transmissibles sur un total de 9,8 millions de décès (27,6 %) en 2005.

2. Les dirigeants ont pris des engagements aux niveaux mondial et régional pour faire face à la lourde charge due aux maladies non transmissibles. Au nombre des engagements pris à l'échelle mondiale figurent la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et le document final de la Réunion de haut niveau. À l'échelle régionale, on citera la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles, l'Engagement de Luanda sur les maladies non transmissibles, ainsi que les stratégies régionales adoptées par le Comité régional sur certaines maladies spécifiques. Pour matérialiser ces engagements, l'OMS a élaboré des politiques et stratégies à l'échelle de la population visant à agir sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, et des stratégies individuelles pour la prévention et la prise en charge de ces maladies. L'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires (SSP) et dans un contexte de ressources limitées est une série d'interventions prioritaires d'un bon rapport coût-efficacité tendant à intégrer la lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires.

3. Le cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires vise à fournir des orientations aux États Membres sur l'intégration de ces interventions dans les soins de santé primaires, l'objectif étant de renforcer la détection, le diagnostic et le traitement précoces de ces affections. Sa mise en œuvre repose sur des principes tels que le rôle moteur des pouvoirs publics, la couverture sanitaire universelle, des approches fondées sur des bases factuelles, des interventions offrant un bon

rapport coût-efficacité, des approches centrées sur le patient et la communauté, des outils simples et une collaboration entre le secteur public et le secteur privé.

4. Les interventions et actions prioritaires proposées pour intégrer la lutte contre les maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires portent notamment sur : la sensibilisation en faveur d'un engagement politique qui prône l'application des directives de l'OMS ; l'adaptation des directives mondiales de l'OMS au contexte local ; l'amélioration des connaissances et des compétences des agents de santé en matière de maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires ; le renforcement du leadership technique et de la gestion de ces établissements ; et la promotion de la délégation et du partage des tâches.

5. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les actions proposées dans le présent cadre régional, les systèmes de suivi et d'évaluation, et les données sur la surveillance des maladies non transmissibles intégrées dans le système de gestion de l'information sanitaire.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1-5
SITUATION ACTUELLE.....	6-10
ENJEUX ET DÉFIS	11-21
LE CADRE RÉGIONAL.....	22-28
INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES.....	29-46

ANNEXES

	Page
1 Cibles et étapes intermédiaires pour 2020, 2025 et 2030	11
2 Le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 en bref.....	12
3 Interventions fondées sur des bases factuelles pour réduire la morbidité et la mortalité imputables aux principales maladies non transmissibles et devant être mises en œuvre au niveau des structures de soins de santé primaires dans des contextes de faibles ressources ...	14

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

CSU	Couverture sanitaire universelle
MNT	Maladies non transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCIMAA	Prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent
SSP	Soins de santé primaires
VEM1	Volume expiratoire maximal en une seconde (indice de Tiffeneau-Pinelli)

INTRODUCTION

1. Les quatre principales maladies non transmissibles – les cardiopathies, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques – sont la principale cause de mortalité dans le monde. Elles pourraient largement être évitées si l'on agit sur les quatre facteurs de risque modifiables courants que sont le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool.
2. Les conséquences économiques des maladies non transmissibles revêtent une importance cruciale. Au niveau des ménages, les comportements impropres à la santé et le coût élevé des soins de santé nécessaires pour traiter une maladie non transmissible se traduisent par des pertes de revenu. À l'échelle nationale, les impacts des maladies non transmissibles comprennent des hospitalisations coûteuses, la perte de productivité découlant de l'absentéisme et de l'incapacité à travailler des patients, et, en fin de compte, une diminution du revenu national¹.
3. Face à la lourde charge des MNT, les dirigeants ont pris des engagements aux niveaux mondial et régional. Au nombre des engagements pris à l'échelle mondiale figurent la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles², le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020³ et le document final de la Réunion de haut niveau des Nations Unies⁴. Les engagements à l'échelle régionale comprennent la Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles⁵ et l'Engagement de Luanda⁶.
4. Pour mettre en œuvre ces engagements, l'OMS a élaboré des politiques et stratégies à l'échelle de la population visant à agir sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, et des stratégies individuelles pour la prévention et la prise en charge de ces maladies. L'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires et dans un contexte de ressources limitées est une série d'interventions prioritaires d'un bon rapport coût-efficacité pour l'intégration de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires.
5. Le présent Cadre régional donne des orientations aux États Membres sur l'intégration des interventions essentielles de lutte contre les maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires.

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014*. Genève, 2010.

² Organisation des Nations Unies. *Réunion de haut niveau sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. New York, 2011, www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/ ; consulté le 12 avril 2017.

³ Organisation mondiale de la Santé. *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*. Genève, 2013.

⁴ Organisation mondiale de la Santé. High-level meeting of the UN General Assembly to undertake the comprehensive review and assessment of the 2011 Political Declaration on NCDs, 2014, www.who.int/nmh/events/2014/a-res-68-300.pdf, consulté le 12 avril 2017.

⁵ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la Région africaine de l'OMS*. Brazzaville. www.afro.who.int/en/regional-declarations.html consulté le 25 avril 2017.

⁶ Organisation mondiale de la Santé. Première réunion des ministres africains de la Santé organisée conjointement par la CUA et l'OMS, Angola, 2014, www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download ; consulté le 25 avril 2017.

SITUATION ACTUELLE

6. Le nombre de décès imputables aux maladies non transmissibles ne cesse de croître au fil des ans dans la Région africaine. En 2015, en tout 3,1 millions (33,7 %) des 9,2 millions de décès survenus dans la Région étaient imputables aux maladies non transmissibles, contre 2,7 millions (29,1 %) des 9,28 millions de décès enregistrés en 2010⁷. Plus des trois quarts de ces décès étaient liés aux maladies cardiovasculaires, au cancer, aux affections respiratoires chroniques et au diabète. Même si l'impact humain, social et économique des maladies non transmissibles est notable dans tous les pays, il est démesurément accablant pour les populations pauvres et vulnérables.

7. La forte charge des maladies non transmissibles découle du vieillissement de la population, de l'urbanisation, de la consommation de produits dangereux tels que le tabac et l'alcool, d'une alimentation déséquilibrée et de la sédentarité. En 2012, la prévalence moyenne⁸ du tabagisme a été estimée à 12 %, avec une prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool établie à 5,7 % chez les personnes âgées de 15 ans et plus et à 16,4 % chez les buveurs. La prévalence de la sédentarité a été estimée à 21 %, alors que celle de l'hypertension artérielle chez les adultes se chiffrait à 30 %, soit le taux le plus élevé au monde.

8. Trente-cinq États Membres⁹ ont participé à l'enquête de l'OMS sur les capacités de lutte des pays contre les maladies non transmissibles¹⁰ en 2015. Sur ces trente-cinq États Membres, 15 disposaient de politiques, stratégies ou plans d'action intégrés multisectoriels pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Des lignes directrices pour la prise en charge des maladies non transmissibles existaient dans 20 pays (pour le diabète), dans 19 pays (pour les cardiopathies), dans 18 pays (pour le cancer) et dans 16 pays (pour les affections respiratoires chroniques). Aucun État Membre n'a déclaré disposer d'un programme national de dépistage des cancers du col de l'utérus, du côlon et de la prostate touchant 70 % ou plus de la population générale.

9. Depuis 2012, neuf États Membres¹¹ ont adapté les outils de l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles dans des districts pilotes. Le Bénin et le Togo, qui faisaient partie de ces neuf pays, ont déployé les outils à l'échelle nationale. L'Afrique du Sud a mis à l'essai le modèle intégré de gestion des maladies chroniques dans certains centres de soins de santé primaires, qui avait pour vocation de s'appuyer sur les innovations du programme de lutte contre le VIH/sida pour intensifier les services de lutte contre les maladies non transmissibles. L'OMS travaille en collaboration avec l'Alliance pour la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) pour intégrer l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles aux lignes directrices de PCIMAA se référant aux soins aigus et chroniques.

⁷ Organisation mondiale de la Santé. *Global Health Estimates 2015*. Genève, 2015 ; http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html ; consulté le 16 mai 2017.

⁸ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014*. Genève, 2014.

⁹ Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. *Assessing National capacity for the prevention and control of NCDs 2015*. Genève, 2015. www.who.int/chp/ncd_capacity/en/ ; consulté le 26 mars 2017.

¹¹ Bénin, Botswana, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Malawi, Sierra Leone et Togo.

10. En plus des quatre principales maladies non transmissibles, la Région est également confrontée à la drépanocytose, aux troubles mentaux, à la toxicomanie, aux affections bucco-dentaires, aux troubles oculaires et auditifs, à la violence et aux traumatismes. Ces affections sont reprises dans le présent cadre et abordées dans différents documents politiques et techniques tels que la Stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2016-2025¹², tout comme dans les documents intitulés « Promouvoir la santé bucco-dentaire en Afrique »¹³ et « Drépanocytose : une stratégie pour la Région africaine de l’OMS », pour ne citer que ces deux exemples.

ENJEUX ET DÉFIS

11. De nombreux défis entravent l’introduction et la généralisation de l’ensemble d’interventions essentielles de l’OMS contre les maladies non transmissibles et des autres outils visant à intégrer les services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires au niveau des États Membres.

12. **Le plaidoyer et les orientations de politique sanitaire.** Les actions de plaidoyer visant à donner la priorité à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles sont loin d’être optimales dans les États Membres. À ceci s’ajoute l’insuffisance d’orientations de politique sanitaire sur le moyen d’adapter les lignes directrices disponibles au contexte national.

13. **Les ressources humaines pour la santé.** La pénurie de ressources humaines pour la santé qualifiées dans de nombreux États Membres a une incidence négative sur la prestation des services en général, et particulièrement en ce qui concerne la lutte contre les maladies non transmissibles. Trente-six États Membres¹⁴ sont confrontés à une crise des ressources humaines pour la santé. Les agents de santé déployés dans les centres de soins de santé primaires ont une connaissance limitée des maladies non transmissibles et disposent de peu de temps pour détecter, diagnostiquer, traiter ces affections et pour dispenser des conseils sur ces pathologies.

14. **Le financement de la lutte contre les maladies non transmissibles.** L’insuffisance des ressources financières pour la lutte contre les maladies non transmissibles tirées des sources nationales et externes limite la capacité des États Membres à mettre en œuvre l’ensemble OMS d’interventions essentielles et d’autres outils de lutte contre les maladies non transmissibles. Les sept États Membres qui ont mis à l’essai l’ensemble d’interventions essentielles de l’OMS contre les maladies non transmissibles ne l’ont pas déployé à l’échelle nationale en raison de nombreux facteurs tels que l’insuffisance des moyens financiers.

15. **L’intégration des interventions de lutte contre les maladies non transmissibles.** Les services de lutte contre les maladies non transmissibles de nombreux États Membres sont défectueux, fragmentés et de qualité médiocre. L’adaptation des lignes directrices existantes a été lente, d’où

¹² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250994/1/AFR_RC66_5-eng.pdf

Organisation mondiale de la Santé. Stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2016-2025 : combattre les affections bucco-dentaires dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles. Brazzaville, Bureau régional de l’Afrique, 2016 (AFR/RC66/5)

¹³ <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205886/1/9789290232971.pdf>

¹⁴ Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d’Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

l'intégration insuffisante des interventions de lutte contre les maladies non transmissibles dans les services des centres de soins de santé primaire.

16. Les médicaments et technologies essentiels pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Les centres de soins de santé primaires ne disposent pas toujours des technologies de diagnostic et des médicaments vitaux essentiels pour traiter les maladies non transmissibles. Les ruptures de stocks et les médicaments de mauvaise qualité sont monnaie courante. Divers obstacles entravent l'accès aux médicaments essentiels : l'application inadéquate ou le non-respect des directives thérapeutiques standard, la médiocrité des systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, et la défaillance des systèmes de surveillance et d'information sanitaire.

17. Les informations utiles pour la prise de décisions. Les systèmes d'information sanitaire restent lacunaires et ne fournissent pas de données précises et fiables sur la charge des maladies non transmissibles et la prévalence des facteurs de risque. Les capacités requises pour collecter, analyser et diffuser des informations sur les facteurs de risques des maladies non transmissibles sont limitées. Seuls 11 États Membres¹⁵ ont réalisé des enquêtes par étapes ces cinq dernières années.

18. L'ingérence des industries du tabac, de l'alcool et des produits alimentaires. Les industries du tabac et de l'alcool continuent d'influer sur les politiques publiques, que ce soit directement ou par l'intermédiaire de leurs antennes, en prenant avantage de la faible réglementation du secteur du tabac. Les intérêts commerciaux et économiques continuent de faire prospérer les principaux facteurs de risque, les États n'étant pas dotés d'une capacité réglementaire suffisante pour contrôler les activités de ces deux industries.

19. Le caractère chronique des maladies non transmissibles. Les MNT sont par nature chroniques, car elles requièrent des soins au long cours pour prévenir les complications et les décès prématurés. Malheureusement, dans la Région africaine, les systèmes de santé sont conçus pour dispenser des soins à court terme, ce qui fait qu'ils ne sont pas adaptés pour faire face à l'impact des maladies non transmissibles.

20. Les soins de réadaptation et les soins palliatifs. L'accès limité aux services de soins de réadaptation et de soins palliatifs de qualité dans les États Membres expose les personnes souffrant de maladies non transmissibles à des souffrances inutiles. Les obstacles à l'accès comprennent le manque de politiques relatives aux soins palliatifs, le manque de ressources humaines qualifiées – en particulier au niveau des soins de santé primaires –, l'inadéquation des médicaments et le manque de protocoles thérapeutiques simples pour les personnels de santé.

21. La participation communautaire à la prévention des maladies non transmissibles et aux soins. Une prévention efficace des maladies non transmissibles requiert la participation de plusieurs parties prenantes telles que les individus, les familles, les communautés, la société civile, les associations religieuses, les chefs traditionnels, les médias, les décideurs et les associations de bénévoles, entre autres. Malheureusement, dans certains États Membres, les maladies non transmissibles sont toujours largement considérées comme une question de santé, ce qui limite l'implication des secteurs non sanitaires et celle des communautés.

¹⁵ Bénin, Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Seychelles, Swaziland et Tanzanie

LE CADRE RÉGIONAL

Vision, but, objectifs, cibles et étapes intermédiaires

22. La vision est celle d'une Région africaine libérée de la morbidité et de la mortalité évitables imputables aux maladies non transmissibles.

23. Le but est de fournir des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires, dans le contexte de la couverture sanitaire universelle au niveau de tous les États Membres.

24. Quatre objectifs ont été fixés :

- a) soutenir l'adaptation et l'utilisation des documents d'orientation de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires ;
- b) renforcer les capacités des ressources humaines pour la santé dans les structures de soins de santé primaires afin d'assurer la prestation de services de lutte contre les maladies non transmissibles dans les centres de soins de santé primaires ;
- c) élargir l'accès aux services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les structures de soins de santé primaires ;
- d) renforcer les systèmes de surveillance des maladies non transmissibles et les intégrer dans les systèmes de gestion de l'information sanitaire.

Cibles et étapes intermédiaires

25. **Cibles, d'ici à 2030**

- a) Tous les États Membres ont adapté et utilisent l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles ;
- b) Plus de 80 % des ressources humaines pour la santé sont formées à la prise en charge des maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires (données de référence de 2020) ;
- c) Tous les États Membres disposent de médicaments essentiels et de technologies de base pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les structures de soins de santé primaires ;
- d) Tous les États Membres sont dotés de systèmes de collecte systématique de données sur la mortalité des maladies non transmissibles.

26. **Étapes intermédiaires, d'ici à 2020**

- a) Vingt-quatre États Membres ont adapté et utilisent l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles ;
- b) Cinquante pour cent (50 %) des ressources humaines pour la santé sont formées à la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des structures de soins de santé primaires ;

- c) Cinquante pour cent (50 %) des États Membres disposent de médicaments essentiels et de technologies de base pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les structures de soins de santé primaires ;
- d) Soixante pour cent (60 %) des États Membres sont dotés de systèmes de collecte systématique de données sur la mortalité des maladies non transmissibles.

27. **Étapes intermédiaires, d'ici à 2025**

- a) Trente-huit États Membres ont adapté et utilisent l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles.
- b) Quatre-vingt pour cent (80 %) des ressources humaines pour la santé sont formées à la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des structures de soins de santé primaires (données de référence de 2020).
- c) Quatre-vingt pour cent (80 %) des États Membres disposent de médicaments essentiels et de technologies de base pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les structures de soins de santé primaires.
- d) Quatre-vingt pour cent (80 %) des États Membres sont dotés de systèmes de collecte systématique de données sur la mortalité des maladies non transmissibles.

Principes fondamentaux

28. La mise en œuvre du Cadre régional sera régie par les principes suivants au niveau de la Région africaine :

- a) **Le rôle de chef de file de l'État.** Le ministère de la Santé jouera le rôle de chef de file. Il prendra les décisions concernant la fourniture des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles au niveau des structures de soins de santé primaires et sensibilisera toutes les parties prenantes à cet effet ;
- b) **La couverture sanitaire universelle.** Des efforts délibérés seront faits pour assurer l'accès aux services de lutte contre les maladies non transmissibles de qualité garantie, adaptés, accessibles et d'un prix abordable pour tous, avec un accent particulier sur les communautés pauvres et vulnérables ;
- c) **Des approches fondées sur des bases factuelles et des interventions offrant un bon rapport coût-efficacité.** Les interventions doivent être fondées sur les éléments factuels les plus récents et sur les pratiques optimales, tout en offrant un bon rapport coût-efficacité ;
- d) **Des approches centrées sur le patient et sur la communauté.** Une approche centrée sur le patient et sur la communauté sera privilégiée, le but étant d'autonomiser les individus, les familles et les communautés en matière de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles ;
- e) **Des outils actualisés et conviviaux.** Des outils simplifiés et faciles à utiliser destinés à la lutte contre les maladies non transmissibles seront mis à la disposition des agents de santé dans les structures de soins de santé primaires ;
- f) **La collaboration entre secteur public et secteur privé.** La collaboration entre le secteur public et le secteur privé, ainsi qu'avec les organisations non gouvernementales, sera

encouragée afin de renforcer l'intégration des services de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires.

INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES

Adapter et utiliser les documents d'orientation de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans les centres de soins de santé primaires

29. **Entreprendre le plaidoyer pour un engagement politique à utiliser les lignes directrices de l'OMS.** L'engagement politique est crucial pour l'adoption du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et de l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles. Ce plaidoyer passe par le dialogue de politique générale, en particulier la diffusion de notes d'orientation et la tenue de séminaires de sensibilisation à la lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires.

30. Au moment d'**adapter les directives mondiales**, il est recommandé de suivre les étapes essentielles ci-après :

- a) **Adapter l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles et d'autres outils.** La première étape consiste à identifier les directives fondées sur des données factuelles ou des éléments spécifiques adaptés au contexte national. Ce processus commence par la mise en place d'un Groupe de travail technique chargé de superviser le processus d'adaptation ;
- b) **Évaluer l'état de préparation du système national et la faisabilité.** Le Groupe de travail technique doit évaluer la capacité du système à mettre en œuvre les directives. Pour ce faire, il est nécessaire d'évaluer la disponibilité et la capacité des ressources humaines, le matériel, les infrastructures et les services, ainsi que les médicaments pour la prise en charge des maladies non transmissibles, entre autres questions ;
- c) **Mettre le projet à l'essai.** Le Groupe de travail technique identifie un domaine infranational dans les structures de soins de santé primaires qui servira à la mise à l'essai du projet. Les structures doivent être dotées d'un nombre suffisant d'agents de santé, de matériel approprié, de médicaments et de capacités diagnostiques, et être situées à proximité des centres de recours. Les directives mondiales doivent être transformées en simples protocoles cliniques à usage local. Les agents de santé doivent être formés à l'utilisation de ces protocoles cliniques. Le Groupe de travail technique doit suivre et évaluer la mise en œuvre du projet pilote. Un système de suivi et d'évaluation doit être utilisé pour recueillir et analyser les données, passer en revue et évaluer les progrès accomplis, notamment la couverture et la qualité des soins pour chaque patient, sans oublier la performance de l'établissement de santé concerné ;
- d) **Garantir l'examen du projet par un groupe composé de plusieurs parties prenantes.** Une fois la mise en œuvre du projet pilote achevée, il est nécessaire de mettre sur pied un groupe composé de plusieurs parties prenantes chargé de procéder à la revue et à l'évaluation de la réussite du projet, et d'apporter des modifications aux directives en tenant compte du contexte national. Ce groupe doit également prendre en considération le coût du lancement de l'application des directives au niveau national ;

- e) **Lancer l'application des directives au niveau national.** Les autorités nationales doivent officialiser l'adoption, au niveau national, des directives ainsi adaptées. Les capacités doivent être renforcées en vue du lancement de l'application des directives au niveau national. Ce lancement peut prendre la forme i) d'une mise en œuvre en plusieurs phases dans des régions différentes, en commençant par celles les mieux outillées pour appliquer les directives, ou ii) d'un déploiement à l'échelle nationale si toutes les régions du pays sont dotées de capacités suffisantes.

Renforcer la capacité des ressources humaines pour la santé à assurer la prestation de services de lutte contre les maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires

31. **Améliorer les connaissances et les compétences des personnels de santé travaillant dans les établissements de soins de santé primaires.** Il conviendrait de renforcer les connaissances et les compétences du personnel de santé en matière de lutte contre les maladies non transmissibles par une formation systématique (ateliers, séminaires et formation en milieu de soins), ainsi que par des stages de perfectionnement. Cette formation facilitera la détection, le diagnostic et le traitement précoces des patients, tout comme l'orientation des cas complexes vers des formations sanitaires de niveau plus élevé.

32. **Assurer la disponibilité des directives simplifiées sur la prise en charge des maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires.** Des protocoles cliniques simples devraient être élaborés sur la base de l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles et d'autres outils. L'utilisation de lignes directrices simplifiées et normalisées pour le diagnostic et le traitement permettra d'améliorer les connaissances et les compétences des agents de santé.

33. **Renforcer la direction technique et la gestion des établissements de soins de santé primaires.** L'action des directeurs et gestionnaires d'établissements de soins de santé primaires doit être orientée vers la lutte contre les maladies non transmissibles. Le renforcement de la direction technique des établissements de soins de santé primaires permettra d'accroître la supervision et d'assurer des services de qualité contre les maladies non transmissibles.

34. **Encourager la délégation et le partage des tâches.** Il est nécessaire d'encourager la délégation et le partage des tâches, en vue d'une utilisation rationnelle des compétences, par la dévolution de certaines tâches non cliniques aux agents de santé communautaires et à d'autres cadres. Les professionnels de la santé auront ainsi plus de temps pour se concentrer sur la détection, le diagnostic et le traitement précoces des maladies non transmissibles.

35. **Inclure la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes de formation initiale.** La lutte contre les maladies non transmissibles devrait être intégrée dans les programmes de formation initiale et en cours d'emploi pour les médecins, le personnel infirmier, les professionnels paramédicaux et les agents de santé communautaire, ce qui permettra aux diplômés d'acquérir des notions de base en matière de prévention et de traitement des maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires.

36. **Promouvoir l'utilisation des technologies de l'information.** Les outils informatiques tels que la cybersanté et la santé mobile devraient être utilisés pour améliorer l'accès des agents de santé à l'information sur la lutte contre les maladies non transmissibles, ce qui aidera les professionnels de la

santé à échanger des informations sur les soins administrés aux patients et contribuera à une meilleure prévention de la maladie et prise en charge des patients.

37. **Proposer une rémunération attrayante et des incitations pour le personnel de santé.** Le personnel de santé des structures de soins de santé primaires doit bénéficier d'une rémunération suffisante et bénéficier d'incitations financières et non financières. Il faudrait prévoir des mesures incitatives pour le meilleur agent de santé des services de lutte contre les maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires.

Améliorer l'accès aux services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires

38. **Accroître l'accès à des médicaments et à des technologies de diagnostic abordables, sûrs, efficaces et de qualité.** Il conviendrait de favoriser l'accès aux médicaments et technologies de diagnostic d'un prix abordable, sans risque sanitaire, efficaces et de qualité assurée. Les stratégies visant à élargir l'accès peuvent porter sur la révision des listes nationales de médicaments essentiels, le contrôle des marges bénéficiaires appliquées aux prix de gros et de détail, et l'exonération de droits à l'importation et d'autres types de taxes sur les médicaments et le matériel de diagnostic destinés à la prise en charge des maladies non transmissibles.

39. **Améliorer les systèmes de gestion des achats et des approvisionnements.** L'achat de médicaments sans risque sanitaire, de qualité assurée, efficaces et d'un prix abordable contre les maladies non transmissibles, y compris les médicaments génériques, et leur approvisionnement dans les établissements de soins de santé primaires devraient être renforcés. Il est nécessaire de disposer d'un bon système de stockage, de distribution et de suivi de l'utilisation des médicaments, afin d'en garantir un usage rationnel dans les établissements de soins de santé primaires.

40. **Renforcer la prévention des maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires.** Les structures de soins de santé primaires devraient être renforcées pour assurer des interventions destinées à prévenir les maladies non transmissibles, notamment pour prodiguer des conseils aux patients sur des problématiques telles que le sevrage tabagique, l'usage nocif de l'alcool, l'activité physique régulière, la réduction de l'apport en sel dans le régime alimentaire, et l'augmentation de la consommation de fruits et légumes. Il faudrait également assurer la vaccination contre le papillomavirus humain en vue de la prévention du cancer et la vaccination contre l'hépatite B pour la prévention du cancer du foie.

41. **Prévenir les complications secondaires des maladies non transmissibles.** Les centres de soins de santé primaires doivent assurer un ensemble d'interventions destinées à prévenir les complications des maladies non transmissibles. Au nombre de ces interventions figurent : a) un régime alimentaire et une pharmacothérapie appropriés pour le diabète, l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral, b) l'antibiothérapie pour le traitement de la cardiopathie rhumatismale, c) les bronchodilatateurs pour le traitement de l'asthme, et d) le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus par inspection visuelle après application de l'acide acétique. Les cas de maladies non transmissibles qui ne peuvent être correctement pris en charge par les structures de soins de santé primaires devraient être orientés vers les échelons supérieurs du système de soins de santé.

42. **Renforcer le système d'orientation-recours.** Un système efficace d'orientation-recours veut que les patients qui ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée au niveau des centres de soins de santé primaires soient orientés vers les hôpitaux de référence les plus proches de la région ou du district. Il conviendrait de disposer de directives claires sur l'orientation-recours des patients.

43. **Renforcer la participation des communautés à la lutte contre les maladies non transmissibles.** Les liens entre la communauté et les formations sanitaires devraient être renforcés pour favoriser la participation des individus, des familles et des collectivités à la baisse de l'exposition aux facteurs de risque de maladies non transmissibles et aux soins des personnes souffrant de maladies non transmissibles. Les agents de santé communautaires devraient être capables de donner aux communautés les moyens de se prendre en main, en leur fournissant des connaissances sur les maladies non transmissibles et sur leurs facteurs de risque. Le personnel de santé communautaire devrait également collaborer étroitement avec les agents de santé travaillant dans les établissements de soins de santé primaires pour garantir la continuité des soins.

Intégrer les systèmes de surveillance des maladies non transmissibles dans les systèmes de gestion de l'information sanitaire

44. **Institutionnaliser les systèmes de suivi et d'évaluation.** Il est nécessaire de renforcer la capacité de collecte, d'analyse et d'utilisation des données sur les maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires aux niveaux national et local. Un ensemble minimum d'indicateurs des maladies non transmissibles, de dossiers de patients et d'outils de notification devrait être utilisé pour évaluer les performances des centres de soins de santé primaires et des établissements de recours.

45. **Intégrer les données de la surveillance des maladies non transmissibles dans le système de gestion de l'information sanitaire.** Le système d'information sanitaire doit être adapté de manière à pouvoir recueillir les données sur la morbidité, la mortalité et les facteurs de risque des maladies non transmissibles. Ces renseignements devraient être utilisés pour suivre l'évolution de la charge et des facteurs de risque des maladies non transmissibles.

Actions proposées

46. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les interventions et actions prioritaires proposées dans le présent Cadre régional.

ANNEXE 1. Cibles et étapes intermédiaires pour 2020, 2025 et 2030

Les cibles et étapes intermédiaires pour 2020, 2025 et 2030 sont reliées à chacun de ces quatre objectifs.

<i>Objectifs</i>	<i>Cibles et étapes intermédiaires</i>		
	<i>2020</i>	<i>2025</i>	<i>2030</i>
1. Adapter et utiliser les documents d'orientation de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles au niveau des centres de soins de santé primaires	24 États Membres ont adapté et utilisent l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles (référence : neuf États Membres en 2014)	38 États Membres ont adapté et utilisent l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles	47 États Membres ont adapté et utilisent l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles
2. Renforcer les capacités des ressources humaines pour la santé à assurer la prestation de services de prévention et de contrôle des MNT au niveau des structures de soins de santé primaires	50 % des ressources humaines pour la santé sont formées à la prise en charge des MNT au niveau des structures de soins de santé primaires (données de référence de 2017)	80 % des ressources humaines pour la santé sont formées à la prise en charge des MNT au niveau des structures de soins de santé primaires (données de référence de 2020)	Toutes les ressources humaines pour la santé sont formées à la prise en charge des MNT au niveau des structures de soins de santé primaires (données de référence de 2020)
3. Améliorer l'accès aux services essentiels de lutte contre les MNT dans les établissements de soins de santé primaires	50 % des États Membres ont arrêté une liste de médicaments essentiels et de technologies de base pour la lutte contre les MNT dans les structures de soins de santé primaires (données de référence de 2017)	80 % des États Membres disposent de médicaments essentiels et de technologies de base pour la lutte contre les MNT dans les structures de soins de santé primaires (données de référence de 2025)	Tous les États Membres disposent de médicaments essentiels et de technologies de base pour la lutte contre les MNT dans les structures de soins de santé primaires
4. Renforcer et intégrer les systèmes de surveillance des MNT dans les systèmes de gestion de l'information sanitaire	50 % des États Membres sont dotés de systèmes de collecte systématique de données sur la mortalité	80 % des États Membres sont dotés de systèmes de collecte systématique de données sur la mortalité	Tous les États Membres sont dotés de systèmes de collecte systématique de données sur la mortalité

ANNEXE 2. Le Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT 2013-2020 en bref

<p>Vision : Un monde libéré de la charge évitable des maladies non transmissibles</p>					
<p>But : Réduire la charge évitable de morbidité, de mortalité et de handicap attribuable aux maladies non transmissibles au moyen de la collaboration et de la coopération multisectorielles aux niveaux national, régional et mondial, afin que les populations parviennent au meilleur état de santé et au plus haut niveau de productivité possibles à tout âge, et que ces maladies ne soient plus un obstacle au bien-être et au développement socioéconomique</p>					
<p>Objectifs du Plan d'action mondial :</p>					
<p>1. Renforcer la priorité donnée à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation.</p>	<p>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 dans les pays.</p>	<p>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.</p>	<p>4. 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 et d'une couverture sanitaire universelle.</p>	<p>5. Promouvoir et soutenir les capacités nationales à mener des travaux de recherche-développement de qualité afin de lutter contre les maladies non transmissibles.</p>	<p>6. Surveiller l'évolution et les déterminants des maladies non transmissibles et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte.</p>
<p>Cibles volontaires à l'échelle mondiale de la lutte contre les maladies non transmissibles, à l'horizon 2025 :</p>					
<p>1) Réduction relative de 25 % du risque de décès prématuré imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques</p>					
<p>2) Baisse relative d'au moins 10 % de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient dans le contexte national</p>					
<p>3) Réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante</p>					
<p>4) Réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel/sodium dans la population</p>					

- 5) Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus
- 6) Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale
- 7) Arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité
- 8) Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions 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
- 9) Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés

ANNEXE 3. Interventions fondées sur des bases factuelles pour réduire la morbidité et la mortalité imputables aux principales maladies non transmissibles et devant être mises en œuvre au niveau des structures de soins de santé primaires dans des contextes de faibles ressources

Prévention primaire des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux

- a) Sevrage tabagique, activité physique régulière – 30 minutes par jour, réduction de l'apport en sel <5 g par jour, au moins 400 g de fruits et légumes par jour.
- b) Aspirine, statines et antihypertenseurs pour les sujets exposés à un risque de maladie cardiovasculaire >30 % depuis 10 ans.
- c) Antihypertenseurs pour les sujets ayant une tension artérielle $\geq 160/100$.
- d) Antihypertenseurs pour les sujets présentant une tension artérielle persistante $\geq 140/90$ et exposés à un risque de maladie cardiovasculaire >20 % depuis 10 ans et incapables de faire baisser la tension artérielle par des mesures liées au mode de vie.

Infarctus aigu du myocarde

- Aspirine.

Prévention secondaire (après un infarctus du myocarde)

- a) Sevrage tabagique.
- b) Aspirine, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, bêtabloquant, statine.

Prévention secondaire (après un accident vasculaire cérébral)

- a) Sevrage tabagique, régime alimentaire sain et activité physique régulière.
- b) Aspirine, antihypertenseur (thiazide à faible dose, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine), et statine

Prévention secondaire (cardiopathie rhumatismale)

- Administration fréquente d'antibiotiques pour prévenir la pharyngite à streptocoque et le rhumatisme articulaire aigu.

Diabète de type 1

- Injections quotidiennes d'insuline.

Diabète de type 2

- a) Agents hypoglycémiques oraux pour le diabète de type 2 ; si les cibles de glycémie ne sont pas atteintes après modification du régime alimentaire, maintien d'un poids corporel sain et d'une activité physique régulière.
- b) La metformine est le médicament de première intention pour les patients en surpoids ou non.
- c) D'autres classes d'agents anti-hyperglycémiques, sont ajoutées à la metformine si on n'atteint pas les cibles de glycémie.

- d) Réduction du risque cardiovasculaire chez les diabétiques et les sujets exposés au risque de maladie cardiovasculaire >20 %, depuis 10 ans à l'aide de l'aspirine, de l'inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et des statines.

Prévenir les complications podologiques par l'examen et le suivi

- Inspection visuelle et examen réguliers (3-6 mois) des pieds des patients par un personnel formée à la détection des facteurs de risque d'ulcération (évaluation de la sensibilité, prise du pouls au pied, inspection de toute déformation aux pieds, inspection des chaussures) et orientation-recours, selon le besoin.

Prévenir l'apparition des maladies rénales chroniques et retarder leur progression

- a) Contrôle optimal de la glycémie dans les cas de diabète de type 1 ou de type 2.
- b) Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine pour l'albuminurie persistante.

Prévenir l'apparition et retarder la progression de la rétinopathie diabétique

- a) Orientation-recours pour dépistage et évaluation en vue du traitement au laser de la rétinopathie diabétique.
- b) Contrôle optimal de la glycémie et contrôle de la pression artérielle.

Prévenir l'apparition et la progression de la neuropathie

- Contrôle optimal de la glycémie.

Asthme bronchique

- a) Soulager les symptômes : agonistes B2 par voie orale ou en inhalation à courte durée d'action
- b) Agents stéroïdiens en inhalation pour les cas d'asthme modéré/sévère afin d'améliorer la fonction pulmonaire, réduire la mortalité liée à l'asthme, ainsi que la fréquence des crises et leur gravité

Prévenir les crises de bronchopneumopathie chronique obstructive et la progression de la maladie

- Sevrage tabagique chez les patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive.

Apaiser les difficultés à respirer et améliorer la tolérance à l'effort

- Bronchodilatateurs à courte durée d'action.

Améliorer la fonction pulmonaire

- a) Corticostéroïdes lorsque le volume expiratoire maximal en une seconde (VEM1) est <50 % de la valeur prévue.
- b) Bronchodilatateurs à longue durée d'action pour les patients qui présentent toujours des symptômes en dépit du traitement aux bronchodilatateurs à courte durée d'action.

Cancer

- Identifier les cas présentant les caractéristiques du cancer et les orienter vers des spécialistes aux fins de confirmation du diagnostic.