



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
TANINDRAZANA - FAHAFAHANA - FANDROSOANA

MINISTERE DE LA SANTE
DU PLANNING FAMILIAL ET
DE LA PROTECTION SOCIALE



POLITIQUE NATIONALE DE PREVENTION ET LUTTE INTEGREES CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES



Organisation
mondiale de la Santé

PREFACE

Madagascar fait partie des pays dits en transition épidémiologique, qui, après de longues périodes de lutte contre les maladies infectieuses transmissibles, doivent maintenant faire face au fardeau de plus en plus pesant des maladies non transmissibles dont les maladies chroniques (maladies cérébro-cardio-vasculaires, diabète, cancers, maladies respiratoires chroniques, affections bucco-dentaires, ...), devenues un problème de santé publique.

L'élaboration de cette politique découle de l'analyse de situation qui prévaut actuellement dans le domaine des principales maladies chroniques non transmissibles et de leurs facteurs de risque, ainsi que des recommandations émises en la matière au niveau mondial.

La genèse de ces maladies est en partie liée aux conditions socio-économiques et environnementales. L'atteinte de l'ODM 7 qui prévoit d'"Assurer un environnement durable " aura un heureux impact sur la diminution du fardeau lié aux maladies chroniques non transmissibles. La lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles constitue aujourd'hui une composante de la Politique Nationale de Santé à Madagascar. La prévention et la prise en charge de ces Maladies Chroniques Non Transmissibles sont en phase avec les Engagements 5 et 7 du « Madagascar Action Plan ».

Cette Politique Nationale de Prévention et Lutte Intégrées contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles a été élaborée par une équipe multidisciplinaire et multisectorielle. Elle donne la priorité à la prévention, en particulier la lutte contre les facteurs de risque communs à ces maladies. Mais elle apporte également des innovations dans la prise en charge de ces maladies en rendant celle-ci plus accessible à toutes les catégories de la population malagasy. Elle implique tous les agents de santé aux différents niveaux du système, mais aussi les agents communautaires ainsi que d'autres secteurs.

Je suis sûr qu'elle contribuera grandement à l'atteinte de l'objectif mondial de diminuer de 2% par an le décès par les Maladies Chroniques Non Transmissibles, ce qui sauverait d'ici l'an 2015, 36 millions de vies humaines. Je sollicite par conséquent la contribution de tous dans sa mise en œuvre, et j'adresse mes vifs remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de cette Politique.

Docteur RALAINIRINA Paul Richard

SOMMAIRE

INTERACTION DE FACTEURS DE RISQUE COMMUNS DANS LA GENESE DES PRINCIPALES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES	2
PREFACE	i
SOMMAIRE	ii
LISTE DES ABREVIATIONS	iv
INTRODUCTION.....	1
A- ANALYSE DE LA SITUATION	3
1- CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE	3
2- SYSTEME NATIONAL DE SANTE	4
2.1. Organisation et fonctionnement du système de santé	4
2.2. Services de soins et maladies non transmissibles.....	5
3- CONTEXTE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES	6
3.1- LES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES	6
3.1.1- Les facteurs de risque comportementaux, modifiables.....	6
3.1.2- Les facteurs de risque intermédiaires.....	9
3.1.3- Les facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux.....	12
3.2- LES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES.....	14
3.2.1- Les maladies cérébro-cardio-vasculaires	14
3.2.2- Les accidents vasculaires cérébraux	14
3.2.3- Les cancers.....	15
3.2.4- Les maladies respiratoires chroniques	16
B- JUSTIFICATION ET FONDEMENT	18
1. JUSTIFICATION.....	18
2. FONDEMENT	19
C- VISION	21
D- BUT	21
E- OBJECTIFS	22
1. OBJECTIF GENERAL	21
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	21
3. RESULTATS ESCOMPTES	21
3.1- Par rapport aux facteurs de risque	21
3.2- Par rapport à la charge de morbidité	21
4. INDICATEURS :.....	22

F- STRATEGIES	23
1- STRATEGIES TECHNIQUES	23
2- STRATEGIES DE SOUTIEN	24
G- ACTIVITES CLES	25
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	28

LISTE DES ABREVIATIONS

A.Ma.Dia. : Association Malgache pour la lutte contre le Diabète

ACSQDA : Agence de Contrôle de la Sécurité Sanitaire et de la Qualité des Denrées Alimentaires

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CSB : Centre de Santé de Base

DLMNT : Direction de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles

DRSPFPS : Direction Régionale de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale

EDS : Enquête Démographique et de Santé

HJRA : Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona

HJRB : Hôpital Joseph Raseta Befelatàna

HTA : Hypertension Artérielle

HVG : Hypertrophie ventriculaire gauche

INSTN : Institut National des Sciences et Techniques Nucléaires

MAP : Madagascar Action Plan

MCNT : Maladies Chroniques Non Transmissibles

MCV : Maladies Cardiovasculaires et Diabète

MSPF : Ministère de la Santé et du Planning Familial

MNT : Maladies Non Transmissibles

OFNALAT : Office National de Lutte Anti-Tabac

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONN : Office National de Nutrition

PCA : Paquet Complémentaire d'Activités

PIB : Produit Intérieur Brut

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNN : Politique Nationale de Nutrition

RMA : Rapport Mensuel d'Activités

SDSPS : Service de District de la Santé et de la Protection Sociale

SNut : Service de la Nutrition

SSBD : Service de la Santé Bucco-dentaire

SSEA : Service de la Santé de l'Enfant et de l'Adolescent

USFR : Unité de Soins, de Formation et de Recherche

INTRODUCTION

Sont regroupées sous le terme de *Maladies Chroniques Non Transmissibles*, essentiellement les *maladies cérébro-cardio-vasculaires*, les *accidents vasculaires cérébraux*, les *cancers*, les *maladies respiratoires chroniques*, le *diabète*.

Ces maladies sont universellement connues comme étant la résultante de l'interaction de *plusieurs facteurs de risque communs qui agissent de concert*, à savoir :

- des statuts non modifiables *comme l'âge, le capital génétique, le sexe* ;
- des facteurs de risque comportementaux modifiables : *le tabagisme* sous toutes ses formes, *l'alimentation déséquilibrée, l'éthylisme, la sédentarité* ;
- des facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux : *la pauvreté, la pollution croissante, ...* ;
- des facteurs de risque intermédiaires métaboliques : *le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité et l'excès pondéral, les hyperlipidémies, les hyperglycémies non diabétiques, l'hyper uricémie*.

A Madagascar, au vu des résultats de l'enquête STEPS menée en 2005, la prévalence de la plupart de ces facteurs de risque n'est pas négligeable.

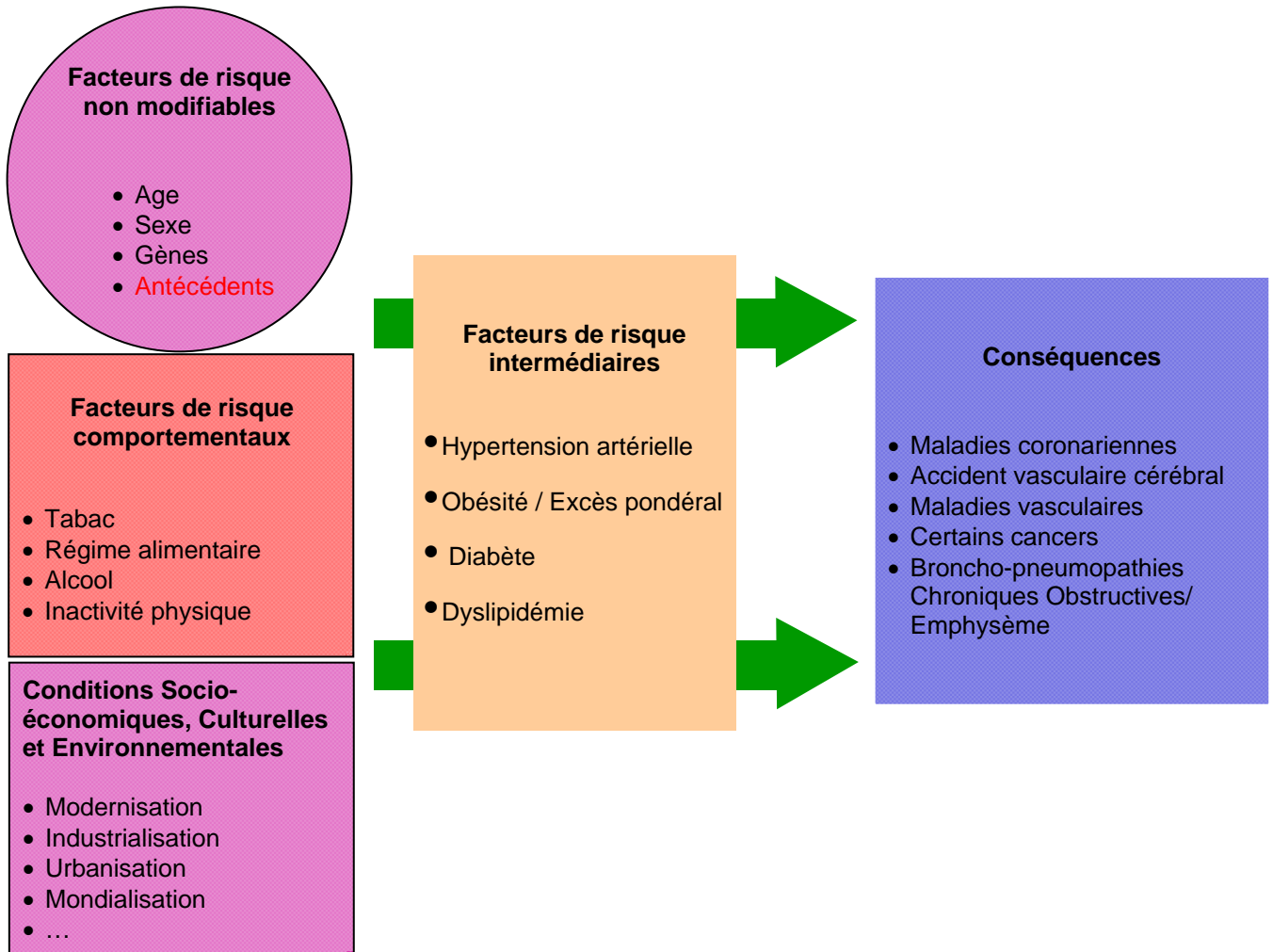
D'aucuns pensent à tort que ces maladies sont inaccessibles à la prévention. Or, il est scientifiquement prouvé que l'élimination de ces facteurs de risque communs suffirait à prévenir 80% des maladies cérébro-cardio-vasculaires, des accidents vasculaires cérébraux et des diabètes de type 2, et plus de 40% des cancers ainsi que la majorité des affections bucco dentaires.

La prévention des maladies chroniques non transmissibles apparaît donc comme une nécessité. L'OMS a proposé l'objectif mondial d'une réduction des taux de décès par maladie chronique de 2% par an d'ici 2015. D'ici là, 36 millions de décès seraient évités, dont la plupart concerneraient les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Une approche intégrée est alors préconisée par l'OMS car les facteurs de risque sont les mêmes. Ce qui offre l'avantage d'une meilleure rentabilité pour toute intervention à différents niveaux du système de santé.

Le présent Document de Politique Nationale de Prévention et Lutte Intégrées des Facteurs de Risque des Maladies Chroniques Non Transmissibles, qui définit sur la base d'une analyse de la situation actuelle du pays, les différents objectifs, les stratégies et les principales activités pour les cinq années à venir, est donc appelé à jouer ce rôle essentiel de référence et d'orientation en tant que cadre unificateur.

INTERACTION DE FACTEURS DE RISQUE COMMUNS DANS LA GENÈSE DES PRINCIPALES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES



« Si on arrivait à éliminer ces facteurs de risque communs, 80% des maladies cérébro-cardio-vasculaires, des accidents vasculaires cérébraux, des diabètes de type 2, et plus de 40% des cancers seraient prévenus. »

A- ANALYSE DE LA SITUATION

1- CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

Madagascar est une île de 587 401km² avec une population estimée à 18 millions d'habitants répartis sur 22 régions. Ces dernières se caractérisent par une grande diversité géographique et une richesse de la faune et de la flore. En dépit de cette biodiversité, Madagascar est classé parmi les pays à revenu faible, avec un Indice de Développement Humain à 0,499 en 2005, le classant au 146^{ème} rang parmi les 177 plus pauvres du monde ⁽¹⁾.

En 2004, la pauvreté affecte 72,1% de la population, un chiffre en diminution notable par rapport à celui de la crise de 2002 où il était à plus de 80%, mais encore plus élevé que le taux de pauvreté de 2001 qui était de 69,7%. Cependant, l'intensité de la pauvreté, qui est mesurée par l'effort que les pauvres doivent faire pour franchir le seuil de pauvreté, a baissé : de 39,8% en 2001, il est à 34,8% en 2004. La pauvreté affecte essentiellement le monde rural où elle concerne 77% de la population en 2004.

Les différences sont très marquées entre le milieu rural et le milieu urbain. Si environ un ménage sur trois avait l'accès à de l'eau potable en 2004, en milieu urbain cette proportion est de 74% contre seulement 23% en milieu rural. De même, si l'électricité est utilisée par environ 14% de la population, presque personne du quintile le plus pauvre n'utilise l'électricité, alors que 45% des plus riches ont accès à cette source d'énergie ⁽²⁾. La proportion des personnes sans instruction est plus élevée en milieu rural (23% pour les hommes et 28% pour les femmes) qu'en milieu urbain (respectivement, 9% et 11%).

Le PIB par personne et par an était estimé à 290US\$ en 2004. ⁽³⁾

Le taux de croissance du PIB en 2005 était estimé à 4,6%. ⁽²⁾

Pour la même année, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 56 ans (55ans chez l'homme et 59ans chez la femme). ⁽³⁾

Les personnes âgées de 15 à 64 ans (âges économiquement actifs) varient entre 50% et 52%. ⁽⁴⁾ Les tendances générales montrent des améliorations dans les indicateurs de l'état de la santé de la population, notamment l'augmentation du taux de vaccination, la diminution de la mortalité maternelle et infantile. Néanmoins, la faiblesse des revenus, l'insuffisance de couverture sanitaire (60% de la population rurale se trouve encore à plus de 5km d'une formation sanitaire), l'insuffisance des ressources humaines et d'équipements font que l'accessibilité aux services de santé demeure insuffisante.

La nouvelle vision de l'Etat : « Madagascar Naturellement » accorde une concentration renouvelée sur le développement rural, par le biais d'un programme routier, d'éducation et de santé, ainsi que sur l'établissement de meilleurs liens entre le milieu urbain et le milieu rural et l'augmentation de la valeur ajoutée dans l'agriculture.

2- SYSTEME NATIONAL DE SANTE

2.1. Organisation et fonctionnement du système de santé

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

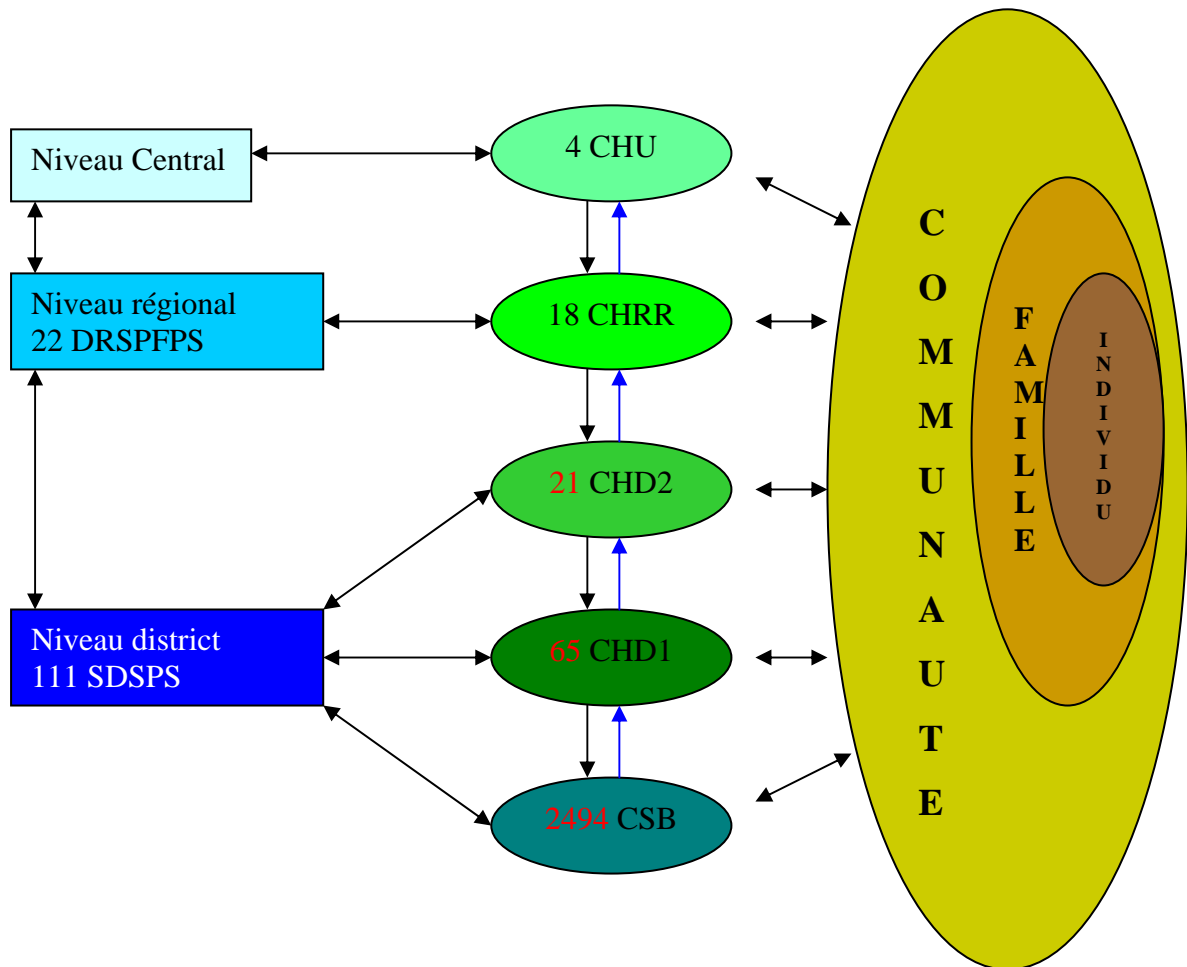


Schéma : Système de santé à Madagascar

- **Niveau central**

A ce niveau figurent des structures directement impliquées dans la lutte contre les maladies non transmissibles :

- Le Service de Lutte contre les Maladies Liées aux Modes de Vie, rattaché à la Direction des Urgences et de la Lutte contre les Maladies;
- L'Office National de Lutte Anti-Tabac (OFNALAT), rattaché au Secrétariat Général.

Certaines Directions et/ou Services sont appelés à s'investir davantage dans cette lutte, notamment l'Agence de Contrôle de la Sécurité Sanitaire et de la Qualité des Denrées Alimentaires, le Service de la Nutrition, le Service de la Promotion de la Santé.

- **Niveau Régional**

Dans l'optique de la décentralisation, chacune des 22 DRSPFPS est appelée à coordonner et superviser les actions des districts sanitaires relatives à la Politique Nationale de Santé, notamment en matière de maladies non transmissibles.

- **Niveau périphérique**

A chacun des 111 districts sanitaires sont rattachés un certain nombre de centres hospitaliers (CHD) et de formations sanitaires de base (CSB).

2.2. Services de soins et maladies chroniques non transmissibles

La place infime accordée aux MNT dans les rapports mensuels d'activité (RMA) ne permet pas d'estimer le poids réel de la charge de morbidité liée aux MCNT, particulièrement au niveau des formations sanitaires de base. En effet, la priorité a été donnée aux maladies transmissibles, et à certains groupes particuliers de la population, notamment les femmes et les enfants de moins de cinq ans. Ceci explique que très peu de données relatives aux MNT soient exploitables au niveau du Service de la Statistique Sanitaire.

Pourtant la charge de morbidité liée aux MCNT s'accroît régulièrement. Une analyse des données sur trois ans (de 2004 à 2006), recueillies auprès de 13 établissements hospitaliers (2 CHU et 11 principaux CHRR) révèle une augmentation notable du nombre des cas admis en hospitalisation, notamment d'hypertendus (de 2 415 à 2485), de cancers (de 1567 à 1 900) et d'AVC (de 1594 à 1879).

Les Centres de Santé de Base

Les premiers contacts sont assurés par les CSB.

Les paquets minima d'activités afférentes aux MNT ne sont pas encore complètement définis. L'insuffisance de sensibilisation et de formation des prestataires sur l'importance des facteurs de risque des MNT, l'absence de protocoles de dépistage et de prise en charge des MNT, la difficulté des prescriptions limitées par la liste des médicaments essentiels par niveaux de structures, ont fait que jusqu'ici, très peu de districts sanitaires ont intégré dans leurs plans de travail cette « nouvelle » composante de la santé.

Des actes basiques tels qu'une prise systématique de la tension artérielle sont occultés. La prise en charge des maladies non transmissibles ne fait pas partie du quotidien. Le médecin, très vite dépassé, se contente d'un minimum de prescription routinière et considérant les MNT comme relevant plutôt des spécialistes, réfère, ou s'abstient.

Les Centres de Référence de premiers recours

Il s'agit des Centres Hospitaliers de Districts Niveau I (CHD1) et des Centres Hospitaliers de Districts Niveau II (CHD 2), implantés dans les Chefs lieux de Districts auxquels il faut ajouter une quarantaine d'hôpitaux du secteur privé à but non lucratif et cliniques privées.

Ces hôpitaux de district assurent, selon le plateau technique dont ils disposent, la prise en charge des cas médicaux référés et des interventions chirurgicales courantes (CHD2). Seuls les CHD2 disposent de laboratoires d'examen biologiques sanguins.

Les Centres de Référence de deuxième recours

Ils sont représentés par les Centres Hospitaliers de Référence Régionale situés au niveau de la capitale régionale. Ils accusent encore une nette disparité dans leurs infrastructures, leur capacité d'accueil, leurs plateaux techniques. Les spécialistes y sont peu nombreux.

Les Centres de Référence Nationale

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

3- CONTEXTE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES

3.1- LES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES

3.1.1- Les facteurs de risque comportementaux, modifiables

Les principales MCNT sont reliées par des facteurs communs de risque évitables qui ont à voir avec les modes de vie. Il s'agit du tabagisme, de l'alimentation déséquilibrée, de l'alcoolisme et du manque d'exercice physique.

a) Le tabagisme

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, chaque année, environ 5 millions de personnes meurent de maladies liées au tabagisme dont la moitié dans les pays en voie de développement. D'ici 2020, l'OMS prévoit que le nombre de décès liés au tabac dans les pays en développement sera supérieur à ceux provoqués par le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose, la mortalité maternelle et les mortalités dues aux maladies infantiles réunies. Ce nombre atteindrait les 10 millions d'ici 2030, dont 7 millions dans les pays en développement.

Le tabagisme intervient comme le facteur de risque qui peut engendrer à lui seul l'ensemble des MCNT. Un fumeur régulier sur deux meurt d'une maladie liée au tabac et un sur quatre meurt entre 35 et 69 ans. L'usage du tabac est responsable de 30 % de la mortalité par cancers (cancer du poumon, cancers des voies aéro-digestives supérieures où l'action du tabac est synergique avec celle de l'alcool, cancer de la vessie, cancer du pancréas, cancers génitaux féminins), de 25 % de la mortalité par maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, maladies vasculaires périphériques, accidents vasculaires cérébraux...), de 75 % de la mortalité par maladies respiratoires chroniques. Par ailleurs le tabagisme passif accroît le risque de cancer du poumon et de maladies cardiovasculaires de 30 %. ⁽⁵⁾

Des études ont également démontré que les enfants dont les mères fumaient, même au tout début de la grossesse, ont trois fois plus de risque de devenir obèses. ⁽⁶⁾

En ce qui concerne l'Afrique, la consommation du tabac est en hausse spectaculaire dans la plupart des pays, excepté en Afrique du Sud. La consommation totale de cigarettes est passée de 131,181 millions d'unités en 1995 à 212,788 millions d'unités en 2000 ; une augmentation de 38,4 % en cinq ans. Les projections d'expansion des plus grandes compagnies de tabac confirment cette tendance (OMS, 2003). ⁽⁵⁾

Le contrôle du tabac dans les pays développés pousse à l'augmentation de cette épidémie industrielle vers l'Afrique, véritable réserve de marché pour l'industrie très rentable du tabac, où le marketing des cigarettes cible particulièrement les femmes et les jeunes.

Les conséquences sanitaires et sociales, entrave au développement, altération de l'environnement (le séchage et la culture du tabac constituent une des premières causes de déforestation), majoration de la pauvreté, menacent gravement les pays en développement. ⁽⁷⁾

A Madagascar, ce facteur de risque est également prépondérant. En effet, le tabac est présent dans les ménages sous ses différentes formes. L'enquête auprès des ménages menée par l'INSTAT en 2005 relève que 12,4% des ménages comportent des fumeurs de cigarettes, et 43,2% des ménages présentent des chiqueurs de tabac.

Par ailleurs, selon l'enquête STEPS menée en 2005, la prévalence du tabagisme est élevée au sein de la population adulte (25 à 64 ans) ; l'usage de tabac à fumer est de 20,3%, et celui du tabac à chiquer est de 25,7%. Le pourcentage des hommes adultes fumeurs est de 30% tandis que celui observé chez les femmes est de l'ordre de 5,6% ⁽⁸⁾ ...

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

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

Néanmoins, on déplore l'insuffisance de centres de sevrage, ainsi que l'inaccessibilité du coût des produits de sevrage.

b) L'alimentation déséquilibrée

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

2,7 millions d'individus meurent chaque année à cause d'une insuffisance de consommation de fruits et légumes. ⁽⁸⁾

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

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

- en moyenne, les Malgaches ne consomment des fruits que 3 jours dans la semaine ;
- et 24,3% de la population ne consomment pas la quantité recommandée, à savoir 5 portions de fruits et légumes par jour. ⁽⁸⁾

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

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

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

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

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

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

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

Quant à l'ACSQDA, service en charge de veiller sur la santé des consommateurs en assurant la conformité des denrées alimentaires consommées, distribuées, commercialisées ou produites à Madagascar aux normes les plus strictes de sécurité sanitaire et d'hygiène alimentaire, son champ d'action ne s'étend pas encore jusqu'au contrôle de l'équilibre nutritionnel.

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

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

c) La consommation excessive d'alcool

L'alcool est le premier produit source de toxicomanie dans plusieurs pays. Sa consommation excessive est un facteur de risque d'hypertension artérielle et de diabète et peut également être à l'origine de cardiomyopathies. Associé au tabac, il a une action synergique sur l'apparition des cancers des voies aéro-digestives supérieures, le risque entraîné par l'association des deux facteurs, tabac et alcool, est multiplié par 32 par rapport à la somme des risques apportés par chacun d'eux.

En réalité, l'alcoolisme entraîne bien d'autres effets nocifs sur la santé en général, sans parler des problèmes socio-économiques qu'il engendre tant au niveau de la famille, du milieu professionnel, qu'au niveau de la communauté.

Les pertes de productivité constituent la première conséquence sur le plan social.

D'une part, les personnes sous l'influence de l'alcool travaillent moins efficacement, d'autre part, les absences ou les décès provoquent une perte de revenu à combler.

La prévalence de l'alcoolisme à Madagascar n'est pas négligeable. L'enquête STEPS menée en 2005 a révélé que :

- 31,7% de la population adulte consomment de l'alcool ; avec une consommation excessive observée chez 37,4% des hommes contre 30,1% chez les femmes.

- et 6,8% en consomment excessivement (plus de 5 verres par jour pour les hommes et 4 verres pour les femmes).⁽⁸⁾

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

d) La sédentarité

L'insuffisance d'exercice physique est à l'origine d'environ 1,9 millions de décès par an à travers le monde.⁽⁹⁾

L'insuffisance d'activité physique est souvent associée aux autres facteurs de risque tels que l'excès de poids, l'obésité ou le diabète. Elle majore ainsi le risque de voir apparaître notamment les maladies cardio-vasculaires, les cancers coliques ou le cancer du sein chez la femme ménopausée.

A Madagascar, le pourcentage de la population sédentaire est encore faible, de l'ordre de 2% selon l'enquête STEPS.⁽⁸⁾ Mais il importe de maintenir cette prévalence moindre afin de réduire l'effet néfaste de la combinaison des facteurs de risque, la sédentarité ayant plutôt tendance à augmenter rapidement avec le changement des modes de vie, surtout en milieu urbain.

3.1.2- Les facteurs de risque intermédiaires

a) L'hypertension artérielle

Le Rapport sur la Santé Mondiale 2002 montre clairement que l'HTA est le premier facteur de mortalité et de morbidité évitable dans toutes les régions du monde. C'est le principal facteur de risque d'AVC, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et de maladie coronarienne. L'HTA est devenue une pathologie meurtrière et source de handicap socioéconomique majeur, tuant 7, 1 millions d'individus par an.⁽⁹⁾

L'OMS estime que plus de 20 millions de personnes sont touchées par l'hypertension artérielle dans la Région africaine, surtout en milieu urbain. Les taux de prévalence varient de 25% à 35% chez les adultes de 25 à 64 ans.⁽¹⁰⁾

A Madagascar, les statistiques du secteur santé montrent une augmentation du nombre des hypertendus venant en consultation dans les formations sanitaires de base : de 106 381 en 2002 à 152 700 en 2005.^{(11) (12)}

L'HTA est la première cause d'AVC à Madagascar, et la troisième cause de mortalité hospitalière au niveau des CHD chez l'adulte.

La prévalence de l'HTA selon l'enquête STEPS effectuée en 2005 est estimée à 35.8% ⁽⁸⁾. Depuis une décennie, les tranches d'âge atteintes sont de plus en plus jeunes, à partir de 15 ans. Dans plus de 50% des cas, l'HTA est toujours associée aux autres facteurs de risque, et l'expérience en milieu hospitalier prouve que l'HTA est toujours compliquée, ce qui majorerait encore le coût de la prise en charge.

A titre indicatif, si l'on estime à 10.000 Ar par mois le coût du traitement d'une HTA non compliquée en ambulatoire et en monothérapie par médicaments génériques, le coût annuel de la prise en charge des 2.992.000 hypertendus potentiels serait de 359.040.000.000 Ar, soit US\$ 179.520.000. Ce qui représente environ 6 fois le budget annuel alloué au Ministère de la Santé. En outre, l'HTA est l'une des causes majeures d'absentéisme en milieu professionnel.

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

b) La surcharge pondérale et l'obésité

L'OMS estime que plus d'un milliard de personnes présentent un excès de poids et que si la tendance actuelle est maintenue, leur nombre pourrait encore augmenter d'un demi-milliard d'ici 2015. L'excès pondéral et l'obésité sont d'importants facteurs de risque de maladies cérébro-cardio-vasculaires, première cause de mortalité à l'origine de plus de 17 millions de décès annuels dans le monde. ⁽⁹⁾

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

L'augmentation de l'indice de masse corporelle est un facteur de risque majeur de cardiopathie, d'accident vasculaire cérébral, de diabète de type 2 et d'autres maladies chroniques. L'OMS estime qu'au cours des dix prochaines années, la progression des maladies cérébro-cardio-vasculaires touchera surtout les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Afrique où le nombre des décès liés aux maladies cérébro-cardio-vasculaires devrait augmenter de plus de 25%. ⁽¹³⁾

A Madagascar, l'obésité ne paraît pas encore alarmante avec une prévalence de 2,13% retrouvée lors de l'enquête STEPS en 2005. ⁽⁸⁾ Toutefois, la prévalence de la surcharge pondérale est déjà de l'ordre de 9,61%, nettement plus élevée chez la femme où elle avoisine 15%. D'ailleurs cette tendance a déjà été vérifiée par l'EDS 2003-2004, chiffrant cette prévalence de l'excès pondéral féminin à 13% en milieu urbain, ce qui sous-entend un accroissement de 2 points par an. Cette situation est sans doute favorisée par une conception culturelle qui considère l'obésité comme signe de bonne santé et facteur de séduction.

Si aucune action n'est entreprise d'ici une dizaine d'années, celle-ci avoisinera 25-50% avec tous les risques qui y sont rattachés. Cette tendance à l'obésité chez les femmes est surtout marquée pour les ex-provinces d'Antsiranana, d'Antananarivo et de Toliara.

c) Le diabète

Actuellement le monde est en train de vivre ce qu'on peut qualifier de véritable épidémie de diabète, car si en 1985, on estimait à 30 millions le nombre des diabétiques dans le monde, en 10 ans on en a recensé 135 millions pour atteindre une projection de 300 millions au moins d'ici 2025. ⁽¹⁴⁾

La charge de morbidité est considérable : au moins un décès sur 20 dans le monde est imputable au diabète et les soins de santé liés à la maladie représentent 2,5 à 15% du budget annuel des soins de santé - les frais indirects (perte de production, etc.) pouvant être encore cinq fois plus importants.

Comme l'a souligné le Dr Le Galès-Camus, Sous-Directeur général de l'OMS, « Dans le monde entier, les modes de vie sont en train de changer, nous sommes moins actifs que nos parents et nos grands-parents et notre alimentation est plus riche en sucres et en graisses. Il n'est donc pas surprenant de constater une aggravation de la situation concernant les maladies comme le diabète. » ⁽¹⁵⁾ Près de 90% des 171 millions de cas estimés dans le monde sont des cas de diabète de type 2.

S'il n'est pas traité, le diabète peut causer de graves complications à long terme, sources importantes de décès et de handicap lourd, à savoir les maladies cardiovasculaires où le risque de mortalité est 40 fois plus élevé que chez les personnes qui ne souffrent pas de diabète, ⁽¹⁶⁾ l'insuffisance rénale, la cécité dont l'incidence chez les diabétiques est 25 fois plus importante que dans le reste de la population, enfin l'amputation.

Le nombre de cas de diabète dans les pays en développement devrait plus que doubler au cours des 30 prochaines années, passant de 115 millions en 2000 à 284 millions en 2030. La majorité des diabétiques en Afrique ont entre 45 et 64 ans. ⁽¹⁵⁾

A Madagascar, le diabète n'est pas dépisté dans les formations sanitaires de base. Le taux de létalité hospitalière est de 9,2 %. ⁽¹⁷⁾

Le CHU Raseta Befelatanana abrite le seul centre de référence hospitalière pour toute l'Ile, l'Unité de Soins de Formation et de Recherche en Diabétologie et Endocrinologie, dotée de 40 lits. Les équipements utilisés actuellement au sein de ce service pour le dépistage et la prise en charge des cas, sont fournis par une association regroupant les diabétiques dénommée AMADIA.

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

Le nombre de diabétiques recensés auprès des centres AMADIA est de 15 000, ce qui est nettement en deçà des estimations de l'OMS (de l'ordre de 100.000).

Aussi, une stratégie avancée de dépistage a permis de recueillir des valeurs plus proches de la réalité en colligeant 8,26% dont 1,79 % de 0 à 20 ans ; 80,94 % de 21 à 60 ans ; 17,26 % au delà de 60 ans, sur un effectif de 5400 diabétiques en 3 ans (2004-2006). ⁽¹⁸⁾

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

Le coût moyen d'une hospitalisation est estimé à AR 103.000 pour une durée moyenne de 10 jours d'hospitalisation, soit l'équivalent du double du salaire minimum d'embauche. Ce coût ne prend pas en considération les frais d'hospitalisation, mais uniquement les intrants en médicaments et soins médicaux.

Le coût annuel de prise en charge est évalué à AR 840.000. En cas de complications associées, cette valeur se trouve être doublée voire triplée.

La découverte des complications dégénératives constitue dans la majorité des cas, à la fois le premier motif de consultation et la circonstance de découverte de la maladie, témoignant du retard dans le dépistage et la prise en charge. ⁽¹⁹⁾

3.1.3- Les facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux

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

La pollution atmosphérique, la pollution de l'air à l'intérieur des habitations, les substances toxiques, les rayonnements ultraviolets, la dégradation des écosystèmes sont autant de facteurs de risque environnementaux pour les MCNT. ⁽²⁰⁾ Par les maladies respiratoires chroniques (asthme, tuberculose, bronchites chroniques, cancers du poumon) qu'elles entraînent, on dénombre approximativement 800.000 décès par an. La pollution de l'air intra domiciliaire cause 1,6 millions de décès par an. ⁽²¹⁾

Plus d'un million de personnes décèdent de cancer de poumon dans le monde, et la pollution domestique est responsable des 1,5% de ces décès.

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

Cuisiner au bois, à la bouse de vache, au charbon sur des feux ouverts ou des fourneaux rudimentaires constitue la réalité quotidienne de plus de la moitié de la population mondiale, et Madagascar en fait partie. Il en résulte des niveaux élevés de pollution de l'air à l'intérieur des habitations, ce qui fait courir un risque majeur de pneumonie aux enfants et de maladies respiratoires aux adultes. Sur le plan mondial, la pneumonie reste la maladie qui tue le plus grand nombre d'enfants en faisant deux millions de morts par an. Dans le pays, la pneumonie occupe la troisième ou la quatrième cause de mortalité hospitalière au niveau des CHD aussi bien chez les enfants de moins de cinq ans que pour tous âges confondus. ^{(11) (12) (17) (22)}

En moyenne, 100 millions de foyers supplémentaires utilisant du gaz de pétrole liquéfié, du biogaz ou des combustibles modernes pour faire la cuisine éviteraient à 473 millions de plus de femmes, d'enfants et d'hommes d'être exposés aux effets nocifs de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations et réduirait de 282 mille par an les décès dus aux maladies respiratoires. ⁽²³⁾

Par ailleurs, l'existence de plomb dans l'air, le mercure dans les aliments et les pesticides sont également des facteurs de risque de maladies neurologiques, cancers, maladies respiratoires et maladies cardiovasculaires. ⁽²⁰⁾

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

Concernant les pesticides, une étude d'impact de la lutte antiacridienne sur la santé humaine dans la région d'Anosy relève que juste après l'épandage d'insecticide, 27,4% de la population ont présenté des troubles respiratoires. ⁽²⁴⁾

Aucune donnée n'est disponible quant aux éventuels effets sur l'état respiratoire de la population concernée par les campagnes d'aspersion intra domiciliaire des pesticides utilisés dans la lutte contre le paludisme à Madagascar.

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

Le Ministère de l'Environnement des Eaux et Forêts, en charge de préserver la biodiversité, a débuté la mise en œuvre de son programme environnemental défini dans l'engagement 7 du MAP. La réalisation de ce programme constitue un volet important qui pourra concourir à la réduction des facteurs de risque des MCNT.

3.2- LES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES

Dans le monde, sur 58 millions de décès toutes causes confondues en 2005, les maladies chroniques ont représenté 35 millions, soit 60 % de l'ensemble des décès, ou l'équivalent du double du nombre de décès dus aux maladies infectieuses (y compris le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme), aux affections maternelles et périnatales et aux carences nutritionnelles, prises ensemble. ⁽⁹⁾

Une étude menée par le Service de Lutte contre les Maladies Liées aux Modes de Vie auprès des archives de la Direction des Affaires Sanitaires et d'Assistance Sociale de la commune urbaine d'Antananarivo retrouve une proportion similaire, les décès dus aux maladies chroniques non transmissibles représentent environ 50% de l'ensemble des décès enregistrés ces dernières années.

3.2.1- Les maladies cérébro-cardio-vasculaires

Selon le Rapport sur la Santé dans le Monde 2001, les maladies cérébro-cardio-vasculaires ont représenté 9,2% de l'ensemble des décès dans la Région africaine en l'an 2000 contre 8,15% en 1990. Parmi elles, l'AVC, les cardiomyopathies et les maladies coronariennes sont prévalentes. ⁽¹⁰⁾

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

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

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

3.2.2- Les accidents vasculaires cérébraux

L'accident vasculaire cérébral est à la fois l'une des principales causes de décès et la principale cause des incapacités dans le monde. Chaque année, 15 millions de personnes en sont victimes ; 5 millions d'entre eux décèdent et 5 millions sont handicapés à vie, ce qui constitue un fardeau pour les individus, les familles et les communautés, et la Région africaine n'en est pas épargnée. A Madagascar, l'AVC est la première cause de mortalité hospitalière et ses séquelles constituent la première pathologie prise en charge chez l'adulte dans nos services de rééducation.

Si la tendance séculaire de la prévalence des AVC a diminué dans les pays développés du fait de la maîtrise des principaux facteurs de risque dont l'HTA et le diabète, elle ne cesse d'augmenter dans les pays en développement.

La prise en charge normalisée des malades admis pour AVC dans un seul centre hospitalier d'Antananarivo (HJRB) en 2006 (n = 263) s'élève à Ar 7.800.000.000 soit 394.500 US\$.

Une enquête récente faite dans le Grand Antananarivo, en population générale a montré que la prévalence annuelle des AVC est 1,6 fois plus élevée chez les Malagasy, par rapport aux Français, 1,25 fois plus élevée par rapport aux Américains blancs, 1,30 fois plus élevée par rapport aux Martiniquais.

Seuls les Noirs Américains et les Chinois, réputés être parmi les plus prédisposés aux AVC, les devancent de peu. ⁽²⁵⁾

En plus, la maladie touche plus précocement les Malagasy (âge moyen = 60,75 ± 14 ans) que les Occidentaux.

Les statistiques hospitalières [HJRB, 2006] montrent que les AVC constituent 10% de la morbidité hospitalière, 39% de la part de morbidité neurologique. Ils sont la 1^{ère} cause de mortalité hospitalière (21%), avant les cardiopathies (18%) et la tuberculose pulmonaire (7%). Par ailleurs, c'est une affection éminemment mortelle (taux de létalité = 28%).

Une étude épidémiologique clinique faite dans l'Unité de Soins de Formation et de Recherches de Neurologie [HJRB 2005] confirme les données en population générale, à savoir :

- sa survenue à un âge plus jeune : 57 % des AVC touchent les sujets < 61 ans ;
- la prédominance d'atteinte masculine (52% versus 48%) ;
- l'atteinte préférentielle de la population urbaine (78% vs 22%), écart trop important pour être attribué au seul biais de recrutement ;
- une atteinte préférentielle des salariés moyens des secteurs public et privé (69%) par rapport aux métiers ruraux (3,6%). La différence de mode de vie (alimentation, activités physiques, niveau de stress) y joue probablement un rôle significatif ;
- l'intervention des facteurs de risque connus : tabac, aussi bien sous forme de cigarettes (82% de fumeurs) que de tabac à chiquer (73% de chiqueurs), alcool (81% de consommateurs d'alcool), HTA (76% d'hypertendus à l'admission), hypercholestérolémie (62%), hypertriglycéridémie (30%), diabète (19%)
- l'existence d'une maladie cardio-vasculaire sous-jacente : 56% sont porteurs d'HVG, 41 % ont une cardiopathie potentiellement emboligène.

3.2.3- Les cancers

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

Le cancer du poumon est le premier type de cancer responsable de la mortalité cancéreuse (1,3 millions de décès par an). ⁽²⁶⁾

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

L'obésité, l'absence de fruits et de légumes, la présence de denrées riches en sel, le manque d'exercice physique sont autant de facteurs de risque de cancer. ⁽²⁶⁾

A Madagascar, les nouveaux cas de cancers recrutés au niveau de l'unique service d'oncologie de l'Ile à l' HJRA accusent un taux d'accroissement de 10% par an. L'incidence du cancer à Madagascar est estimée à 18 000 nouveaux cas par an selon l'OMS et le CIRC. Il existe une prédominance des cancers gynécologiques qui englobent plus de 50% des cas. Viennent ensuite les cancers des voies aéro-digestives supérieures, puis les hémopathies malignes et les cancers digestifs. La population concernée est relativement jeune : 50% des patients ont moins de 45 ans. On note également une augmentation de fréquence des cancers de l'enfant. Malheureusement, 60% des malades sont encore vus à un stade avancé en raison de l'absence de programmes de prévention et de dépistage. Néanmoins, le dépistage du cancer du col utilisant la méthode par inspection visuelle a débuté au niveau de quelques districts pilotes, et la Politique de lutte contre le cancer est en cours d'élaboration.

3.2.4- Les maladies respiratoires chroniques

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

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

Selon l'étude Globocan . menée en 2002 , la proportion des cancers bronchiques dans les pays en développement par rapport aux cas mondiaux était passée de 31% en 1980 à 49,9% en 2002.

Dans le service des maladies respiratoires du CHU d'Antananarivo, parmi les malades hospitalisés, la proportion des cancers bronchiques dépistés était passée de 0,4% en 2004 à 2% pendant le premier trimestre de l'année 2006.

Par ailleurs, les BPCO post tabagiques représentent 8% des maladies prises en charge dans ce service et sont dans la majorité des cas dépistées au stade tardif avec insuffisance respiratoire sévère.

L'impact de la pollution domestique sur l'appareil respiratoire à Madagascar n'est pas encore très bien documenté. Toutefois, la littérature rapporte qu'elle est responsable de 1,5% des cancers bronchiques dans les pays en développement, double le risque de pneumonie et est responsable de plus de 900.000 des 2.000.000 de décès annuel par pneumonie.

De plus, la pollution domestique entraîne trois fois plus de risque de BPCO chez les femmes exposées par rapport à celles qui cuisinent à d'autres combustibles moins polluants.

Elle est également à l'origine des 700 000 décès par broncho-pneumopathie chronique obstructive dans les pays en développement sur les 2,7 millions décès imputables à cette maladie dans le monde. ⁽²⁷⁾

Selon les données de l'USFR en Pneumologie du CHU d'Antananarivo, les maladies respiratoires chroniques (asthme bronchique, BPCO et cancer bronchique) constituent 22% des maladies recensées dans l'unité en 2006 avec une prédominance de l'asthme, dont 2% sont d'origine professionnelle.

Ce sont des maladies invalidantes, d'évolution chronique, source de réduction du rendement des personnes qui en sont atteintes. L'absentéisme fréquent et l'invalidité qu'elles entraînent occasionnent des charges supplémentaires pour la famille et la société. Leur traitement qui peut durer une vie entière est lourd et coûteux. Le coût annuel de la prise en charge d'un bronchiteux chronique (y compris extracteur d'oxygène à domicile et médicaments) est d'environ 6 000 000 Ar.

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

B- JUSTIFICATION ET FONDEMENT

1- JUSTIFICATION

Selon les statistiques mondiales de l’OMS, sur les 58 millions de décès estimés en 2005, toutes causes confondues, 35 millions (soit plus de 60%) étaient dus aux maladies chroniques selon la répartition suivante :

- 17 .528.000 de maladies cérébro-cardio-vasculaires (50%),
- 7.586.000 de cancers (21%),
- 4.057.000 de maladies respiratoires chroniques (11%),
- 1.125.000 des suites de diabète (3%)

contre :

- 2 830 000 du SIDA (8%),
- 1 807 000 de tuberculose pulmonaire (5%),
- 883 000 de malaria (3%).

Ainsi, l’augmentation rapide des maladies non transmissibles représente-t-elle un des plus grands défis au développement mondial de ce siècle.

Ces maladies ne sont pas l’apanage des seuls pays riches, contrairement à ce que pense la majorité. En effet, 80% des décès dus aux maladies non transmissibles surviennent dans les pays à revenu faible comme Madagascar, ou intermédiaire et touchent électivement la tranche d’âge de la population dite active (40 à 60 ans).

Le danger est imminent car si les décès dus aux maladies infectieuses, liés à l’accouchement et à la malnutrition sont prévus de diminuer de 3% dans les dix prochaines années, au cours de cette même période, les décès dus aux maladies chroniques devraient augmenter de 17%. Si aucune action vigoureuse n’est prise, d’ici 2015, sur les 64 millions de décès estimés, 41 millions seraient imputables aux maladies chroniques.

Ces maladies sont, à côté de leur forte létalité, grandes pourvoyeuses de complications prévisibles, précoces, invalidantes et pourtant évitables. Alors pourquoi imposer de lourdes charges financières à la famille, à la communauté et au pays en aggravant la pauvreté des individus et des ménages, sans parler de l’impact psychologique et socio-économique que ces maladies engendrent.

Consciente de l’enjeu auquel elle doit désormais faire face, Madagascar a manifesté sa volonté de participer à l’atteinte de l’objectif mondial. Une enquête nationale selon l’approche STEPS de l’OMS a donc été menée en 2005 pour mettre en exergue la prévalence des principaux facteurs de risque des MCNT. La menace existe réellement au vu de l’analyse de situation qui précède.

2- FONDEMENT

- La Stratégie Mondiale pour la Prévention et le Contrôle des Maladies Non Transmissibles a été développée depuis 1999. La Résolution WHA 53.17 recommande aux Etats membres de développer un cadre de politique nationale et d'élaborer des programmes pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles.
- La Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac a été approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2003, et Madagascar a ratifié cette Convention en 2005.
- En mai 2004, la cinquante-septième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Cette stratégie porte sur deux des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles, une mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique. Elle complète l'action menée depuis longtemps par l'OMS et ses Etats membres dans le domaine général de la nutrition. La résolution invite instamment les Etats membres à mettre en œuvre cette Stratégie.
- La Charte de Bangkok définie en 2005, confirme l'importance qu'il convient d'accorder à la promotion de la santé dans l'action sur les déterminants de la santé et la définition des mesures à prendre. ⁽²⁶⁾
- La vision nationale : « Madagascar Naturellement » énonce que « *Le peuple Malagasy, tant en milieu rural qu'urbain, sera en bonne santé...* ». Madagascar s'est fixé parmi ses grands objectifs d'augmenter d'ici 2012, l'espérance de vie du Malagasy jusqu'à 58, voire 61 ans.
- Cette vision en matière de santé est déclinée dans l'Engagement 5 du MAP : « *Notre population sera en bonne santé et pourra contribuer au développement de la nation et mener de longues et fructueuses vies* ». Dans cet Engagement 5 :
 - Le Défi 1 prévoit d' « assurer la fourniture de services de qualité à tous » et ce, en visant « une augmentation des services de santé adéquats, accessibles et de qualité, à un prix abordable » (objectif N°1), et « un partenariat effectif du secteur public avec les agents communautaires et le secteur privé au niveau local » (objectif N°3).
 - Le Défi 7 quant à lui, préconise d' « améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire », d' « intensifier le programme national de nutrition communautaire » dans une de ses stratégies, et projette parmi les activités prioritaires d' « intégrer la nutrition dans les programmes scolaires et dans les activités de promotion de la santé ».
- L' Engagement 7 du MAP : « Prendre soin de l'environnement » prévoit parmi ses activités prioritaires de « promouvoir l'utilisation d'énergie alternative » (Défi 2), et de « réduire la pollution dans les zones industrielles urbaines, rurales et portuaires » (Défi 3).
- La Politique Nationale de Santé à Madagascar énonce comme objectif général de : «Participer pleinement à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion et contribuer au

développement socio-économique global du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population ». La lutte contre les maladies non transmissibles figure parmi ses grands axes stratégiques.

- La Politique Nationale de la Nutrition préconise parmi ses activités principales :
 - dans la stratégie N°14 :
 - d'élaborer une politique nationale de prévention des maladies non transmissibles, comprenant des recommandations sur l'alimentation saine pour toute la population, la prévention de l'obésité, l'alcoolisme, le tabagisme, la promotion de l'exercice physique ;

 - d'élaborer et mettre en œuvre un programme de communication pour la sensibilisation des groupes à risque concernant la promotion d'un régime alimentaire adéquat et d'un mode de vie sain ainsi que la prévention de l'obésité ;

 - et dans la stratégie N° 11 : d'organiser et mettre en place un système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle.

La problématique des facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles touche en réalité un domaine très vaste qui n'est pas uniquement du ressort du secteur santé, nécessitant un engagement multisectoriel. Il est par conséquent essentiel qu'un Document de Politique serve de référence et de guide aux plans sectoriels déjà mis en œuvre ou qui découleront de cette prise de conscience.

C- VISION

Le Malagasy prenant en main sa santé, vivra plus longtemps dans de meilleures conditions grâce à la maîtrise des facteurs de risque des MCNT.

D- BUT

La présente politique a pour but de promouvoir un environnement propice à la réduction des facteurs de risque et de la létalité des Maladies Chroniques Non Transmissibles, afin que la population malgache bénéficiant d'une meilleure santé puisse contribuer au développement de la nation et mener une longue et fructueuse vie.

E- OBJECTIFS

1- OBJECTIF GENERAL

Réduire le fardeau humain et socioéconomique dû aux maladies chroniques non transmissibles.

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES

D'ici 2012,

OS1 : Réduire d'au moins 10% la proportion de la population adulte à risque pour les MCNT

OS2 : Réduire de 20% la morbidité due aux MCNT

OS3 : Réduire d'au moins 10% la mortalité due aux MCNT

3- RESULTATS ESCOMPTEES

3.1- Par rapport aux facteurs de risque :

- a. Proportion de population adulte à risque réduite d'au moins 10%
- b. Chaque Région dispose d'un plan multisectoriel de mise en œuvre de la politique de prévention intégrée et de lutte contre les MCNT
- c. *65% de la population adulte* connaissent au moins trois facteurs de risque des MCNT
- d. *60% des enfants d'âge scolaire* connaissent au moins trois bonnes pratiques alimentaires
- e. *60% des enfants d'âge scolaire* connaissent au moins trois éléments d'un mode de vie sain

3.2- Par rapport à la charge de morbidité et de mortalité liée aux MCNT :

- a. Morbidité due aux MCNT réduite de 20%
- b. Mortalité liée aux MCNT réduite de 10%
- c. Au moins 80% des Formations Sanitaires disposent de supports et guide de prévention en MCNT
- d. Au moins 80% des Formations Sanitaires disposent d'un protocole de prise en charge des MCNT
- e. Au moins 50% des CSB2, 50% des CHD-CHRR et 100% des CHU disposent de kits de matériels techniques minima adaptés à chaque niveau pour le dépistage et la prise en charge des MCNT
- f. Au moins 60% des agents de santé sont capables de mener correctement des activités de prévention et de prise en charge des MCNT
- g. Au moins 50% des cas d'HTA dépistés sont pris en charge
- h. 100% des CHD et 50% des CSB effectuent le dépistage des MCNT chez les sujets à risque de MCNT
- i. Un système tiers de prise en charge est opérationnel facilitant l'accessibilité des bénéficiaires aux services de qualité en MCNT à tous les niveaux du système de santé
- j. 100% des formations sanitaires utilisent des outils de gestion en PMA/PCA en MCNT

3.3- Un document de suivi et évaluation lié à la morbidité due aux MCNT est produit au moins une fois par an.

4- INDICATEURS :

- Prévalence de la sédentarité inférieure à 2% ;
- Prévalence de l'HTA (de 17% à 12%) ;
- Prévalence d'utilisation de tabac à fumer (de 20% à 16%) ;
- Prévalence d'utilisation de tabac à chiquer (de 25% à 20%) ;
- Prévalence de la consommation d'alcool (de 42% à 38%) ;
- Prévalence de consommation quotidienne de fruits (de 30% à 40%) ;
- Prévalence de consommation quotidienne d'au moins 5 portions de fruits et légumes (de 75% à 90%) ;
- Prévalence de l'excès pondéral (de 9% à 8%).

F- STRATEGIES

La plupart des MCNT étant sous tendues par des facteurs de risque communs, l'approche intégrée est privilégiée.

1- STRATEGIES TECHNIQUES

Les principaux axes stratégiques à suivre mettent en priorité les actions de prévention primaire, sans occulter la prise en charge des cas dépistés et des cas compliqués.

1.1 Approche intégrée dans le cadre de la prévention primaire

La prévention qui visera la réduction des principaux facteurs de risque communs des MCNT au sein de la population, privilégiera une amélioration de l'environnement pour favoriser un changement de comportement de la population favorable à l'adoption d'un mode de vie sain. Il est indispensable pour la prévention d'intervenir au niveau de la famille et de la communauté, car les facteurs de risque étiologiques sont profondément ancrés dans la trame socioculturelle de la société.

1.2 Mise à disposition de services de qualité au niveau des formations sanitaires de base en matière de dépistage et de prise en charge précoce des MCNT et de leurs facteurs de risques communs.

Les facteurs de risque seront dépistés systématiquement au niveau des formations sanitaires, les MCNT seront prises en charge, les cas graves seront référés correctement.

1.3 Renforcement d'un système de référence contre référence dans le cadre de la prise en charge des cas compliqués au niveau des centres hospitaliers

Les cas graves dépassant le niveau de compétence des formations sanitaires de base seront correctement référés et pris en charge au niveau des structures hospitalières. À ce niveau, des efforts seront consentis en matière de renforcement des ressources humaines et matérielles.

2- STRATEGIES DE SOUTIEN

2.1 Institutionnalisation d'une lutte multisectorielle contre les facteurs de risque des MCNT

Un comité technique de coordination sous le leadership du département ministériel chargé de la Santé conditionne la réussite de la mise en œuvre de la Politique.

Ce comité aura notamment pour mandat de créer des synergies avec les autres programmes intersectoriels et intra sectoriels, et d'utiliser les opportunités des différents programmes dans la mise en œuvre des stratégies.

Il est recommandé qu'au sein de chaque Région soit également créée une structure multisectorielle de lutte contre les facteurs de risque des MCNT.

2.2 Renforcement et pérennisation de l'environnement favorable à la lutte contre les MCNT

Pour la réussite et la pérennisation du programme, il est important de développer un environnement socioculturel et économique en faveur de la lutte contre les MCNT (création de pistes cyclables et pédestres, promotion de jardins potagers, vergers, création d'espaces verts, création d'aires de sport dans les villes et dans les lieux de travail, ...).

Des textes législatifs et règlementaires en faveur de la prévention des MCNT (lutte contre le tabagisme, la pollution, réduction des taux de sel, sucre et graisses dans l'industrie agroalimentaire, détaxation, surtaxation...) seront renforcés, mis à jour et effectivement appliqués.

2.3 Communication pour le changement de comportement pour la prévention des MCNT

Le changement de comportement va cibler différentes catégories de population : les adultes, les adolescents, les enfants, et certains groupes particulièrement à risque.

Ces activités de sensibilisation s'effectueront au niveau des formations sanitaires, en milieu scolaire et au sein des communautés.

2.4 Renforcement des capacités des structures sanitaires aux différents niveaux dans la lutte contre les MCNT

Les agents de santé seront sensibilisés et formés à identifier systématiquement les facteurs de risque et à dépister les pathologies liées à ces facteurs pour leur prise en charge précoce. Les formations sanitaires de base devraient disposer en permanence de moyens de diagnostic et de traitement de ces maladies (matériels, médicaments).

De même, ce renforcement de capacité concernera les prestataires hospitaliers et l'équipement des hôpitaux.

2.5 Promotion de la recherche sur les MCNT

Des activités de recherche (études de prévalence, études comportementales, recherches opérationnelles, études de causalité, ...) portant sur les MCNT et leurs facteurs de risque, ainsi que sur la mise en œuvre des stratégies seront développées en vue de mieux orienter les priorités et les stratégies.

2.6 Mise en place d'un système de suivi et évaluation fiable et efficient en matière de MCNT

La mise en place d'un système de suivi efficace et durable est nécessaire pour établir des rapports sur les résultats et l'impact du programme.

Par ailleurs, le système d'information sanitaire actuel ne satisfaisant pas aux besoins de ce suivi évaluation, nécessite d'être révisé.

G- ACTIVITES CLES

1. Institutionnalisation d'une lutte multisectorielle contre les facteurs de risque des MCNT

- 1.1- Mettre en place un comité technique de coordination opérationnel au niveau national.
- 1.2- Plaidoyer au niveau de chaque Région en faveur de la constitution d'une structure multisectorielle de lutte contre les facteurs de risque des MCNT.
- 1.3- Renforcement et pérennisation de l'environnement favorable à la lutte contre les MCNT.
- 2.1- Plaidoyer au niveau des décideurs et des collectivités territoriales décentralisées.
- 2.2- Elaborer un manuel ou guide de création d'un environnement favorable à la lutte contre les MCNT dans les milieux de vie, les lieux publics, les milieux de travail et les milieux scolaires.
- 2.3- Etablir l'inventaire des textes existants en matière de lutte contre les facteurs de risque des MCNT, proposer d'éventuelles mises à jour ou création et plaidoyer pour leur application.
- 2.4- Mettre en place un *système tiers payant* de prise en charge permettant l'accessibilité des bénéficiaires aux services de qualité en MCNT à tous les niveaux du système de santé.

2. Communication pour le changement de comportement pour la prévention des MCNT

- 3.1- Mener des campagnes de masse pour le changement de comportement de la population adulte dans la prévention et la prise en charge des MCNT.
- 3.2- Développer et mettre en œuvre un programme d'éducation des enfants et adolescents en milieu scolaire sur la bonne pratique alimentaire et les fondements d'un mode de vie sain.
- 3.3- Mener au niveau de toutes les formations sanitaires des actions d'information - sensibilisation de la population, notamment des sujets à risque, sur la prévention et la prise en charge des MCNT.
- 3.4- Impliquer les structures communautaires dans la prévention des MCNT.
- 3.5- Intégrer les activités d'IEC sur les MCNT dans le programme de santé utilisant les médias.

3. Renforcement des capacités des structures sanitaires aux différents niveaux dans la lutte contre les MCNT

- 4.1- Elaborer des guides de prévention et de prise en charge des MCNT, incluant les supports IEC.
- 4.2- Former les prestataires à tous les niveaux dans la mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge des MCNT.
- 4.3- Equiper les centres de santé en outils de diagnostic et de traitement adaptés à chaque niveau de prise en charge.

4. Promotion de la recherche sur les MCNT

- 5.1- Inventorier les thèmes prioritaires en matière de recherche sur les MCNT.
- 5.2- Mener au moins une étude par an sur les problèmes liés aux MCNT et à la mise en œuvre de la lutte.

5. Mise en place d'un système de suivi et évaluation fiable et efficient en matière de MCNT

- 6.1- Elaborer un plan de suivi évaluation.
- 6.2- Mettre en œuvre la collecte, le traitement et l'analyse des données.
- 6.3- Produire un rapport annuel de suivi évaluation.

GLOSSAIRE

IMC: Indice de masse corporelle : Poids (kg) / Taille au carré (m²)

Normale : 19-24

Surpoids : 25-29

Obèse : 30 et plus

POPULATION A RISQUE POUR LES MCNT : adulte présentant au moins 3 facteurs de risque (vérifier la formulation exacte de l’OMS)

LES KITS - MATERIELS TECHNIQUES MINIMA :

Glucomètre

Bandelettes urinaires 3 paramètres (Acétonurie – Glycosurie – Albuminurie)

Tensiomètre

Stéthoscope

Pèse – personne

Toise

Peak flow

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Rapport sur les OMD, 2004
- (2) Banque mondiale. *Revue des dépenses publiques* 2006/07
- (3) World Bank. *Africa Development Indicators*.2006
- (4) INSTAT. *Enquête Démographique et de Santé 2003-2004*.
- (5) Union Internationale pour la Promotion de la Santé et l'Education pour la Santé.
La crise croissante du tabagisme en Afrique francophone. *Revue Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé*. 4ème trimestre 2005. 76p.
- (6) http://www.lematin.ch/pages/home/tendances/bien_etre/Commentaires
- (7) OMS. Pour vivre sans tabac (*Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme*). 2008
- (8) MINSANPF. *Enquête sur les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles à Madagascar (Selon l'approche STEPS de l'OMS)*. 2005.
- (9) OMS. *Prévention des Maladies Chroniques : un investissement vital*. 2006. 183p.
- (10) WHO. *Cardiovascular diseases in the african region : current situation and perspectives*. AFR/RC55/12. June 2005
- (11) MINSAN. *Annuaire des Statistiques du Secteur Santé de Madagascar* 2002
- (12) MINSANPF. *Annuaire des Statistiques du Secteur Santé de Madagascar* 2005
- (13) OMS. *Communiqué de Presse OMS/44*. 22 septembre 2005
- (14) OMS. *Diabète : le coût du diabète*. Aide-mémoire N° 236, révisé sept 2002.
- (15) OMS. *Le nombre de cas de diabète pourrait doubler dans les pays en développement au cours des 30 prochaines années*. Communiqué OMS / 86. Novembre 2003.
- (16) OMS IDF
- (17) MINSAN. *Annuaire des Statistiques du Secteur Santé de Madagascar* 2004
- (18) Statistiques A.Ma.Dia
- (19) Ravonisoa Andrianantenaina Fenosoa. *Le coût clinique du retard de prévention primaire*. Thèse de Doctorat en Médecine de la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- (20) OMS. Aide mémoire OMS/284. Janv 2005.
- (21) OMS. All right reserved. WHO/SDE/OEM/05.03
- (22) MINSAN. *Annuaire des Statistiques du Secteur Santé de Madagascar* 2003
- (23) OMS. *Investir dans une énergie domestique plus propre est avantageux sur le plan de la santé et de l'économie*. Communiqué de presse OMS/22 du 4 mai 2006

(24) Razafinimpiasa Hantamalala. *Impact de la lutte antiacridienne sur la santé humaine dans la région de Tolagnaro*. Thèse de Doctorat en Médecine de la Faculté de Médecine d'Antananarivo. 1999, p.76

(25) Ramaherito Naly. Thèse de Doctorat en Médecine de la Faculté de Médecine d'Antananarivo. 2004.

(26) OMS. Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Bangkok (Thaïlande), août 2005.

(27) OMS. *Promotion de la santé : Suivi de la sixième conférence mondiale sur la promotion de la santé*. EB117/11. Janv. 2006

ONT PARTICIPE A L'ELABORATION DE CE DOCUMENT

1. Ministère de la Santé et du Planning Familial

- Dr SOLOFONIRINA Lucie
- Dr RASAMILALAO Désiré
- Dr ANDRIANABELA Sonia
- Dr RAHARIVOHITRA Henri Fidèle
- Dr RAKOTOMANANA Luc Emmanuel
- Dr LOVATIANAHARISOA Fetinjanahary
- Dr RAHARIMANANTSOA Olga
- Dr RANAIVOARIMIANDRY Abel
- Dr RAKOTONIAINA Jean Pierre
- Dr RAMANAMPANO HARANA Haja
- Dr RASOLOFOMALALA Denis
- Dr RATSIMBAZAFY Marius
- Dr RAHAJARISOA A. M. Veronirina
- Mr RASOLOFOSON Richard

2. Organisation Mondiale de la Santé

- Dr RAKOTONJANABELO Lamina Arthur
- Dr MASY HARISOA

3. Centre Hospitalier Universitaire

- Pr RABEARIVONY Nirina
- Pr RAFARAMINO Florine
- Dr RAKOTONDRAVOAVY Lin Enoch
- Dr RAKOTOMIZAO Jocelyn
- Dr ANDRIANTSEHENO Marcellin
- Dr RAFALIARINORO Clarette
- Dr RAKOTOMALALA Angelo
- Dr RANDRIAMANANA Daniella

4. Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche

Dr RAJAONISAONA Jean Félix

5. Ministère des Sports, de la Culture et des Loisirs,

Dr RANDRIAMIHAJA Georges Pierrot

6. Ministère de l'Environnement, des Eaux et Forêts, et du Tourisme

Dr RANDRIANOMENJANAHARY Hanitriniaina Liliane

7. Ministère de l'Education Nationale

Dr ANDRIAMIANTSIETY Benja J. J.

8. Office National de Nutrition

Dr ANDRIANAIVO Lovasoa

9. Association Malgache contre le Diabète

Dr RAMAMONJISOA Haja

10. Centre de Cure en Alcoologie

Dr ANDRIAMIARINARIVO Miarintsoa