

POLITIQUE ET PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2012 - 2015

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES-TOGO (PNLMNT-TOGO)



MINISTERE DE LA SANTE



« S'informer pour se protéger, se protéger pour protéger les autres ! »

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES-TOGO (PNLMNT-TOGO)

POLITIQUE ET PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (PSIMNT) 2012-2015



« S'informer pour se protéger, se protéger pour protéger les autres ! »

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LES MALADIES NON
TRANSMISSIBLES-TOGO
(PNLMNT-TOGO)**

**POLITIQUE ET PLAN STRATEGIQUE
INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES
MALADIES NON TRANSMISSIBLES
(PSIMNT) 2012-2015**

**REPUBLIQUE TOGOLAISE
MINISTERE DE LA SANTE- LOME**

Juin 2012

Sommaire

Sommaire.....	4
Acronymes.....	5
Préface.....	6
Résumé d'orientation.....	7
1 Introduction.....	8
2 Analyse de la situation.....	9
2.1 Contexte général.....	9
2.1.1 Situation géographique et sociodémographique.....	9
2.1.2 Situation socioéconomique.....	9
2.1.3 Situation socioculturelle.....	10
2.1.4 Situation sanitaire, système de santé et financement du secteur de la santé.....	10
2.2 Situation des maladies non transmissibles au Togo.....	12
2.2.1 Prévention et lutte contre le cancer.....	12
2.2.2 Prévention et lutte contre le diabète.....	13
2.2.3 Prévention et lutte contre les Maladies cardiovasculaires.....	14
2.2.4 Prévention et lutte contre le tabac, la drogue et les substances psychoactives.....	15
2.2.5 Santé mentale.....	16
2.2.6 Prévention et lutte contre la drépanocytose et autres maladies génétiques.....	18
2.2.7 Prévention des handicaps, violences et traumatismes.....	20
2.2.8 Santé bucco-dentaire.....	21
2.2.9 Santé oculaire.....	22
2.2.10 Prévention et lutte contre les maladies respiratoires chroniques.....	23
3 Plan stratégique Intégré de lutte contre les MNT 2012-2015.....	24
3.1 Mission.....	24
3.2 Vision.....	24
3.3 Objectifs.....	24
3.3.1 Objectifs généraux.....	24
3.3.2 Objectifs stratégiques.....	24
3.4 Résultats attendus.....	25
3.4.1 Résultats d'impact attendus.....	25
3.4.2 Résultats d'effet attendus.....	26
3.5 Cadre opérationnel.....	27
3.6 Résumé du budget.....	35
3.7 Modalité de mise en œuvre du PSIMNT 2012-2015.....	37
3.7.1 Approche complète et multisectorielle.....	37
3.7.2 Cadre institutionnel de mise en œuvre.....	37
3.7.3 Partenaires de mise en œuvre du plan d'action.....	37
3.7.4 Niveaux de mise en œuvre du plan d'action.....	39
3.7.5 Suivi / Evaluation.....	39
4 Conclusion.....	40
Remerciements.....	41
Annexes.....	44
Annexe 1 : Politique Nationale de la santé du Togo (Vision, mission, programmes prioritaires).....	44
Annexe 2 : PNDS 2012-2015 (Objectifs, Programmes prioritaires).....	45
Annexe 3 : Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des MNT dans la Région OMS/ AFRO.....	46
Annexe 4 : Déclaration Politique des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des MNT.....	50
Annexe 5 : Synthèse résultats Enquête STEPS Togo 2010.....	65

Acronymes

ASC	:	Agent de Santé Communautaire
CAMEG	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CCLAT	:	Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac
CHP	:	Centre Hospitalier Préfectoral
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	:	Centre Médicosocial
CNAO	:	Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
CRAO	:	Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CRTS	:	Centre Régional de Transfusion Sanguine
DEA	:	Dysplasie Ectodermique Anhydrotique
DEPI	:	Division de l'Epidémiologie
DISER	:	Division Informations Statistiques Etudes et Recherches
DPFR	:	Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche
EDST	:	Enquête Démographique et de Santé -Togo
Enquête STEPS	:	Enquête par niveau sur les facteurs de risque des MNT
ISAAC	:	International study of asthma and allergies in childhood
GSHS	:	Global Student Health Survey (Enquête mondiale sur la Santé des élèves)
GYTS	:	Global Youth Tobacco Survey
MICS	:	Enquête par Grappe à Indicateur Multiple
QUIBB	:	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être
HTA	:	Hypertension artérielle
INH	:	Institut National de l'Hygiène
MCV	:	Maladie Cardiovasculaire
MNT	:	Maladie Non Transmissible
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernemental
ONU DC	:	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
OOAS	:	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	:	Organisation de la Société Civile
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMNT	:	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PPTTE	:	Pays Pauvre Très Endettés
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africain
USP	:	Unité de Soins Périphérique
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO PEN	:	World Health Organization Package of Essential Noncommunicables (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care

Préface



L'ampleur des maladies non transmissibles (MNT), à l'échelle planétaire, fait désormais d'elles la toute première cause de mortalité. Elles constituent aujourd'hui un véritable enjeu de développement pour les pays à ressources limitées, déjà confrontés à la charge du VIH, du Paludisme et de la Tuberculose.

La situation est très préoccupante au Togo car les facteurs de risque des principales MNT se retrouvent presque dans tous les groupes sociaux et spécialement les groupes vulnérables, tels que les retraités, les personnes âgées, les personnes à faible niveau d'instruction, les enfants, les jeunes, et les femmes en âge de procréer.

Pour faire face à cette situation, le Ministère de la Santé a créé en novembre 2011 le Programme National de Lutte contre les MNT (PNLMNT) et a validé le 8 mai 2012, le présent document de politique et plan stratégique intégré de lutte contre les MNT (PSIMNT) 2012-2015.

Le PSIMNT vise la réduction de la charge des maladies non transmissibles (MNT) et l'amélioration de la qualité de vie des populations togolaises. Il est basé sur une approche intégrée des maladies non transmissibles à tous les niveaux, avec un renforcement du partenariat public-privé, des interventions à bon rapport coût-efficacité existantes, l'intégration de la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) aux soins de santé primaires et la promotion de la recherche opérationnelle.

Je voudrais, ici, remercier particulièrement l'OMS et l'OOAS pour leurs appuis techniques et financiers dans l'élaboration de ce premier document de politique et plan stratégique intégré de lutte contre les MNT du Togo.

La mise en œuvre effective du PSIMNT 2012-2015 à tous les niveaux du système de santé, dans son approche concertée et multisectorielle, avec le concours de nos Partenaires Techniques et Financiers, permettra au Togo de bien se positionner dans l'atteinte du premier consensus mondial sur les indicateurs de suivi des MNT à savoir : « réduire de 25% la mortalité liée aux MNT d'ici 2025 ».

Le Ministre de la Santé

Professeur
Kondi Charles AGBA

Résumé d'orientation

Le Togo s'est résolument engagé dans l'action mondiale contre les maladies non transmissibles avec la création en novembre 2011 du Programme National de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT). Le PNLMNT du Togo a pour mission de conduire et d'orienter, au niveau national, les efforts visant à prévenir et à lutter contre les principales maladies et conditions non transmissibles telles que: les maladies cardiovasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques, le diabète, la santé mentale, la santé bucco-dentaire et le Noma, la drépanocytose, les handicaps, les violences et traumatismes, et leurs facteurs de risque, par une approche bien coordonnée et intégrée basée sur des données.

Au regard de ce mandat et vu que les principales MNT, hormis quelques spécificités, ont des facteurs de risque en commun et dans le souci d'une meilleure coordination des efforts pour la prévention et la maîtrise des maladies et conditions non transmissibles, le Togo opte pour une intégration des interventions de lutte contre les MNT. A cet effet, le présent document de Politique Nationale et Plan Stratégique Intégré de lutte contre les MNT (PSIMNT) est élaboré et sera mise en œuvre dans le cadre du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015.

La politique nationale de lutte contre les MNT vise la réduction de la charge des maladies non transmissibles et l'amélioration de la qualité de vie des populations togolaises. Elle est axée autour des interventions prioritaires de prévention et contrôle des MNT comme : (i) l'élaboration des politiques, des lois et règlements visant à réduire les facteurs de risque des principales MNT, (ii) l'amélioration du niveau de connaissance de la population sur les moyens de prévention des principales MNT, (iii) la promotion de la détection précoce et (iv) l'amélioration de la prise en charge des cas, (v) le renforcement de la surveillance épidémiologique et (vi) la promotion de la recherche opérationnelle.

La mise en œuvre effective du présent PSIMNT 2012-2015 permettra de réduire la morbidité et la mortalité liée au MNT au sein de la population, de promouvoir une action multisectorielle pour la prévention et la maîtrise des MNT, de renforcer la surveillance et promouvoir la recherche opérationnelle sur les MNT et enfin d'encourager le développement de mécanismes novateurs de financements de la lutte contre les MNT dans notre pays.

Le coût global de ce plan d'action intégré est estimé à six milliard deux cent quarante sept million neuf cent soixante mille (6 247 960 000) francs CFA soit 1,8 % du budget du PNDS 2012-2015 sur lequel s'aligne le PSI MNT 2012-2015.

1 Introduction

L'Organisation des Nations Unies vient de reconnaître les maladies non transmissibles comme un nouveau défi dans la lutte pour l'amélioration de la santé mondiale à l'occasion de sa 66^{ème} Assemblée générale tenue à New York en septembre 2011.

En effet, alors que la communauté internationale s'attachait en priorité à lutter contre les maladies transmissibles telles que le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, les maladies non transmissibles y compris les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et le cancer, sont pratiquement passées inaperçues dans les pays en développement pour finalement prendre la forme d'une épidémie mondiale¹. La recrudescence des maladies non transmissibles à l'échelle planétaire fait désormais d'elles, la toute première cause de mortalité. Elles constituent aujourd'hui, un véritable enjeu de santé publique pour nos pays à ressources limitées déjà confrontés à la charge des maladies infectieuses notamment le VIH, le Paludisme et la Tuberculose.

En 2008, les maladies non transmissibles ont fait 36 millions de morts, soit 63 % des 57 millions enregistrés cette année-là. Selon les prévisions de l'OMS, les maladies non transmissibles seront responsables de 52 millions de décès en 2030 si des actions urgentes ne sont pas prises. À première vue, ces maladies ne touchent pas une classe d'âge particulière : les personnes atteintes de maladies non transmissibles meurent souvent jeunes, 9 millions des décès annuels survenant chez des sujets âgés de moins de 60 ans¹.

L'épidémie est alimentée par une combinaison de facteurs de risque croissants comme le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, la sédentarité et les effets nocifs de la consommation d'alcool. Les quatre principales maladies non transmissibles associées à ces facteurs de risque sont responsables de près de 80 % des décès dus à l'ensemble des maladies de cette catégorie.

Malheureusement, les MNT ne figurent pas parmi les cibles définies dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Or, aujourd'hui, il est clairement établi que les conséquences sanitaire et socioéconomique de l'épidémie des MNT, compromettent la réalisation des OMD dans de nombreux pays qui n'arrivent pas à atteindre les cibles fixées.

C'est fort de ce constat et conscient de cet enjeu que l'organisation des nations unies (ONU) vient d'adopter, au cours de sa 66^{ème} Assemblée Générale, une Déclaration Politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles afin de mener une action mondiale concertée contre l'ampleur de ces maladies. Ainsi, tout en reconnaissant que les facteurs de risque et les déterminants sociaux des MNT dépassent les limites du ministère de la santé, l'ONU recommande dorénavant, « une action multisectorielle avec la prise en compte des questions de la santé dans les secteurs tels que notamment, l'éducation, l'énergie, l'agriculture, les sports, les transports, les communications, l'urbanisme, l'environnement, le travail, l'emploi, l'industrie et le commerce, la finance et le développement social et économique² ».

Dans le cadre de la mise en œuvre de son PNDS 2012-2015 et des recommandations de la Déclaration Politique de l'ONU, le Togo à travers le Ministère de la Santé a décidé d'élaborer et de mettre en œuvre une Politique nationale et un plan d'action intégrée basée sur une approche multisectorielle de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles.

¹ Résumé rapport Secrétariat Général de l'ONU sur la prévention et le contrôle des MNT

² Déclaration politique de l'ONU sur la prévention et le contrôle des MNT Paragraphe 36

2 Analyse de la situation

2.1 Contexte général

2.1.1 Situation géographique et sociodémographique

Situé en Afrique de l'Ouest sur la côte du Golfe de Guinée, le Togo est limité au nord par le Burkina Faso, au sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Bénin et à l'Ouest par le Ghana. Avec une superficie de 56600 km², il compte cinq régions administratives, trente cinq préfectures et cinq arrondissements.

Selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de novembre 2010, la population togolaise est évaluée à 6 191 155 habitants. Cette population est composée de 3 009 095 hommes (48,6%) et 3 182 060 femmes (51,4%). La population est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. La Région Maritime y compris Lomé-Commune concentre 42 % de la population totale (2 599 955 habitants) sur environ un dixième de la superficie totale du pays. Viennent ensuite en termes de peuplement la Région des Plateaux (22,2%), la Région des Savanes (13,4%), la Région de la Kara (12,4%) et la Région Centrale (10 %). Cette dernière est la moins peuplée du pays bien que s'étendant sur 23,2% de la superficie du territoire national. La population togolaise est à majorité rurale (62,3 %).

En 2010, le taux de croissance annuel est estimé à 2,6% avec un indice synthétique de fécondité de 4,1%. La population togolaise est extrêmement jeune ; 60% des togolais ont moins de 25 ans. La proportion des personnes âgées de plus de 65 ans est estimée à 3,6%. Le taux brut de natalité est évalué à 32,0 naissances /1000 habitants et le taux brut de mortalité est évalué à 8,1 décès/ 1000 habitants. L'espérance de vie à la naissance est de 63,3 ans en 2010(61,3 ans pour les hommes et 65,3 ans chez les femmes) contre 54,8 ans en 1981.

2.1.2 Situation socio-économique

Sur le plan économique, le Togo fait parti du dernier peloton des pays à revenu faible selon la classification de la Banque mondiale³. Le revenu par tête d'habitant est estimé en 2008 à 410 \$US contre 973 \$US pour les pays à faible revenu et 818 \$US pour les pays de l'Afrique Sub-saharienne. Les résultats de l'enquête QUIBB de 2006, montrent que la pauvreté touche massivement la population togolaise. Le taux d'incidence de la pauvreté est estimé à 61,7%. Selon les résultats de l'enquête STEPS de 2010, 63,4% de ménages togolais avaient un revenu annuel moyen inférieur à 125000 F CFA.

Dans l'ensemble, la croissance économique est très faible ; en 2009, elle n'a été que de 2,5% contre 4% selon les prévisions. En effet, l'économie togolaise a hérité d'un lourd passif engendré par la suspension de la coopération de plusieurs partenaires au développement pour cause de déficit démocratique entre 1991 et 2005. Ceci a eu pour conséquence une réduction drastique de l'aide publique au développement (APD) dont le niveau est passé de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5% en 2003⁴. Depuis 2005, le Gouvernement du Togo a mené d'importantes réformes tant sur le plan de la gouvernance politique qu'économique. Ce qui a permis au pays de renouer ses relations financières avec les principaux partenaires au développement en 2008, et jouir désormais du soutien total de ses partenaires internationaux traditionnels. Le Togo a atteint le point de décision de l'Initiative PPTE en novembre 2008 et le point d'achèvement en décembre 2010, ce qui lui permet de réduire son endettement et de libérer progressivement des ressources budgétaires. Le point d'achèvement a également ouvert la voie à de nouvelles ressources

³ Banque Mondiale, Togo en bref 2009

⁴ Rapport sur l'APD, Togo août 2010.

multilatérales et bilatérales qui sont essentielles pour financer la stratégie de réduction de la pauvreté.

2.1.3 Situation socioculturelle

Sur le plan social, le Togo compte six (6) grands groupes ethniques. L'Ewé et le Kabyè sont les principales langues nationales et le Français la langue officielle. Sur le plan religieux, on note trois grandes religions que sont le christianisme, l'animisme et l'islam. Dans le domaine de l'éducation, le taux net de scolarisation dans le primaire chez les enfants de 6 à 11 ans est passé de 63,0% en 2000 à 88,7% en 2010⁵. En effet depuis 2009, l'école est rendue gratuite au préscolaire et au primaire. Par ailleurs, selon les résultats de l'enquête MICS 4, près de six femmes sur dix (59,3%) et huit hommes sur dix (80,0%) âgés de 15 à 24 ans sont alphabétisés. Les taux d'alphabétisation sont plus élevés dans les centres urbains (73,1% de jeunes femmes et 93,1% de jeunes hommes) que dans la zone rurale (45,8% de jeunes femmes et 67,7% de jeunes hommes).

2.1.4 Situation sanitaire, système de santé et financement du secteur de la santé

2.1.4.1 Situation sanitaire

L'espérance de vie à la naissance au Togo est estimée à 63,3 ans en 2010 tous sexes confondus, selon la Division de la population des Nations Unies. Quoique légèrement supérieure à la moyenne de 59 ans enregistrée pour l'ensemble des pays d'Afrique au sud du Sahara, elle demeure en grande partie influencée par le taux élevé de mortalité infantile.

Dans l'ensemble, l'état de santé de la population togolaise est très précaire. Au cours des deux dernières décennies, les indicateurs notamment ceux relatifs à la santé de la mère et de l'enfant n'ont connu que peu d'amélioration. En effet, les résultats des différentes études réalisées ont révélé une diminution entre 1998 et 2010 des taux de mortalités infantile (de 80 à 78‰) et infanto-juvénile (de 143 à 123‰) ; mais ces derniers demeurent encore élevés au regard des cibles des OMD (cibles respectives de 25 et 50%). S'agissant de la mortalité maternelle, le ratio de décès maternel a également connu une baisse, passant de 478 (EDST 1998) à 350 (estimation par modèle en 2008) pour 100.000 naissances, mais il demeure largement supérieur à la cible attendue de 160 pour 100.000 naissance en 2015 (réduction de $\frac{3}{4}$ du taux de 1990). Enfin, la prévalence du SIDA est en diminution (9,6% entre 1998 et 2008) et atteint 3,2% de la population en 2009, mais cette diminution est loin d'être suffisante pour atteindre l'OMD 6 de 1,5% de la population souhaitée en 2015⁶. Les maladies aiguës infantiles évitables, les complications de l'accouchement, les carences nutritionnelles et les maladies endémiques sont en grande partie responsables de la morbidité et de la mortalité encore élevées.

Les maladies non transmissibles prennent une importance relative en raison des changements du style de vie et habitudes alimentaires. L'offre de services de santé de qualité est limitée avec des problèmes d'équité dans sa répartition géographique⁷.

⁵MICS 4

⁶PNDS 2012-2015

2.1.4.2 Le système de santé

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : périphérique, intermédiaire, central (Politique Nationale de Santé de 1998) :

La base de la pyramide représente le niveau périphérique ou opérationnel ou local. Ce niveau correspond aux districts sanitaires, chacun d'eux subdivisé en trois échelons à savoir : (i) famille/communauté où existent parfois des cases de santé et des ASC, (ii) les USP à partir desquelles sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations (stratégies avancée/mobile), (iii) l'hôpital de référence de district où sont pris en charge les soins cliniques en établissement. Il existe actuellement 35 districts sanitaires.

Le milieu de la pyramide représente le **niveau intermédiaire ou régional**. Il correspond aux 6 régions sanitaires et est chargé de l'appui et du suivi/évaluation du niveau opérationnel à la mise en œuvre de la politique de santé et des directives nationales. Il comporte également les 6 CHR et les structures spécialisées (CRTS, CRAO) qui assurent les soins de santé secondaires.

Le sommet de la pyramide représente le **niveau central ou national** et ses services techniques. Il est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays. Il comprend 3 CHU, 1 laboratoire national de référence (INH), 1 CNTS, 1 CNA0 et 1 hôpital psychiatrique.

Le système de santé est relativement bien pourvu en infrastructures: environ 88% de la population se situent à moins de 5 km. Malgré cette bonne accessibilité géographique à l'offre de soins, l'utilisation effective des services de santé publics s'est considérablement réduite au cours des dernières années. En 2009, le taux de fréquentation au plan national était de 30% contre 80% au moins attendus.

L'effectif du personnel du secteur de la santé est passé de 6934 en 2004 à 12 693 agents en 2010 soit un accroissement moyen de l'ordre de 11,8% chaque année pendant la période. Sur les 12 693 agents de santé recensés au plan national, 78% provenaient du secteur public, 14% du secteur privé lucratif et environ 8% du secteur privé confessionnel.

Mais si dans l'ensemble, la majorité du personnel travaillent dans le secteur public, la situation est inversée pour certaines catégories professionnelles notamment les médecins et les pharmaciens, qui sont majoritairement employés dans le secteur privé (plus de 75% des médecins et 92% des pharmaciens travaillent dans le secteur privé).

On relève, des déséquilibres majeurs dans la distribution géographique des ressources humaines du secteur avec peu d'incitations pour favoriser la pratique en zones éloignées. En effet, l'analyse des effectifs par catégorie et par région révèle une caractéristique des ressources humaines de la santé au Togo marquée par une concentration du personnel de santé dans la région sanitaire de Lomé Commune au détriment des zones rurales (en 2010, Lomé comptait 33,7% du total de personnel de santé avec près de 70% des médecins, 37% d'infirmiers et 45% des sages-femmes).

2.1.4.3 Le financement du secteur de la santé

Le budget de la santé est évalué à 6% du budget de l'Etat en 2010. Les dépenses de santé sont en majorité couvertes par le financement privé (60,3%) dont 50,5% sont assurés par les ménages. L'Etat finance lui, près de 22,4% des dépenses de la santé, le reste est couvert par les partenaires techniques financiers internationaux (17,3%).

2.2 Situation des maladies non transmissibles au Togo

L'ampleur des Maladies Non transmissibles (MNT) a été longtemps méconnue au Togo. Les données sur les Maladies non transmissibles ont été disparates et non suffisamment pris en compte dans l'élaboration des stratégies de lutte contre la maladie. Pendant longtemps, et pour cause, nos politiques de santé s'étaient plus orientées dans la lutte contre les maladies infectieuses et celles évitables par la vaccination ; et nos regards étaient plus tournés vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Ainsi, l'absence d'une politique de surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque au Togo, a porté un sérieux préjudice au Ministère de la Santé dans l'élaboration et le suivi des programmes de lutte contre les MNT. Pour relever ce défi, le Ministère de la Santé, a initié une première enquête nationale sur les facteurs de risque des MNT en 2010, suivant l'approche STEPwise de l'OMS⁷.

Cette enquête a révélé que les maladies non transmissibles constituent un réel enjeu de santé publique au Togo. En effet, la prévalence de l'hypertension artérielle, principal facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux et des crises cardiaques, était de 19% et celle du diabète évalué à 2,6%, au sein de la population togolaise des 15-64 ans. Les actions de sensibilisation et de dépistage sont disparates et ne touchent qu'une infime partie de la population. La tension artérielle n'avait jamais été prise chez plus de la moitié de la population togolaise (51,6 %) et neuf (9) togolais sur dix (10) n'avaient jamais contrôlé leur glycémie. Selon les résultats de l'enquête STEPS, 6,2 % de la population étaient obèse au Togo en 2010 et 15,4 % étaient en surpoids. La prévalence du tabagisme était de 8,5%. Par ailleurs cette enquête a révélé que 9 togolais sur 10 consommaient moins des 5 portions de fruits et légumes par jour recommandées par l'OMS.

Sur le plan de la prise en charge médicale des MNT, la population togolaise souffre d'une pénurie de spécialistes. En 2010, le Togo comptait entre autres, secteurs public et privé compris, 6 cardiologues, 2 anatomo-pathologistes, 3 diabétologues, 1 endocrinologues, 7 neurologues, 3 pneumologues, zéro (0) oncologiste, zéro (0) radiothérapeute. Le besoin en spécialistes en prise en charge des maladies non transmissibles est plus important à l'intérieur du pays vu que tous les spécialistes actuels en MNT se trouvent à Lomé.

2.2.1 Prévention et lutte contre le cancer

La lutte contre le cancer constitue un véritable enjeu de santé publique et de développement au Togo. Devant l'absence d'une assurance maladie universelle, tous les coûts liés au diagnostic et à la prise en charge des cas de cancers sont à la charge du patient. Malheureusement, le coût des produits anticancéreux est très élevé par rapport au pouvoir d'achat de la population et souvent la plus part de ces produits ne sont pas disponibles sur le marché local. Par ailleurs, le Togo ne

⁷ Enquête STEPS Togo 2010

dispose pas encore d'une unité spécialisée de prise en charge sur le cancer ; les ressources humaines adéquates sont insuffisantes voir inexistantes (radiothérapeute ; oncologue médical). De même, les moyens sont très limités pour le diagnostic des cancers et le bilan pré-thérapeutique chez les malades. En plus de cette réalité, les campagnes de dépistage de masses des cancers comme ceux du sein, du col sont organisées de façon disparate et souvent limitées à la capitale par certaines Organisation de la Société Civile (OSC) et structures de santé.

Sur le plan épidémiologique, le Togo ne dispose pas de registres populationnels de cancers. Toutefois, Il existe des statistiques hospitalières sur la prévalence des cancers, mais vu que le Laboratoire d'Anatomie Pathologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé soit le seul établissement de diagnostic, plusieurs cas échappent au registre hospitalier. Les hémopathies malignes sont répertoriées à deux endroits différents. En effet, les tumeurs solides sont recensées au laboratoire d'anatomie pathologique tandis que les hémopathies liquides sont diagnostiquées au niveau des services d'hématologie. Ces deux structures ne disposent que des outils de diagnostic de routine. La recherche de marqueurs cellulaires ne sont pas faits localement et pour la certitude diagnostique, les prélèvements sont envoyés dans les laboratoires à l'étranger par des accords privés entre spécialistes du nord et du sud.

Les statistiques issues du registre hospitalier en matière de cancer au Togo se présentent comme suit :

- Femme : Sein (27,1%), Col de l'utérus (11,2%), peau (10%), lymphome (7%), ORL (7%)
- Homme : Peau (15,4), Prostate (12,9%), estomac 10%, ORL (9%), Lymphome (9%)
- Enfant : Lymphome de Burkitt (27,9%) ; Rétinoblastome (8,5%) ; Rhabdomyosarcome (4,8%) ; Néphroblastome (4,7%) ; Sarcome de Kaposi (3%).

2.2.2 Prévention et lutte contre le diabète

Maladie métabolique caractérisée par une carence absolue ou relative de la sécrétion de l'insuline, le diabète est en pleine expansion au Togo du fait du changement de mode de vie de la population. Plusieurs études et travaux ont été réalisés depuis 1976 pour connaître la situation du diabète au Togo. La plus récente a été l'enquête STEPS, réalisée en 2010, qui établit la prévalence nationale de la maladie à 2,6%. Dans la région sanitaire de Lomé commune, le taux de prévalence est passé de 1,79% en 1998 à 1,9% en 2010 avec un pic de 2,6% en 2006.

Depuis 1995, le Togo s'est engagé dans la lutte contre cette maladie avec la création du Programme National de lutte contre le diabète et l'organisation de campagnes de sensibilisation et de dépistage. Toutefois les mesures de prévention primaire initiées jusque là ne touchent qu'une infime portion de la population togolaise. En effet, l'enquête STEPS de 2010 révèle que plus de 90% des togolais n'ont jamais réalisé un test de glycémie.

Par ailleurs, la prise en charge du diabète souffre d'une carence sévère en spécialiste du domaine (3 diabétologues et 1 endocrinologue tous installés dans la capitale). De même, le diabétique togolais souffre d'un manque de spécialiste dans la prise en charge des complications métaboliques (réanimateurs) et dégénérative (podologues, chirurgiens vasculaires, ophtalmologues, cardiologues). Par ailleurs, on note un déficit en infrastructures adaptées à la

prise en charge de la pathologie. Les matériels de diagnostic et de suivi thérapeutiques sont également insuffisants. Enfin, le Togo ne dispose pas de centre de formation en diabétologie. Les médicaments pour la prise en charge sont disponibles mais inaccessibles financièrement pour le togolais moyen.

Plusieurs acteurs interviennent dans la prise en charge de diabète au Togo. Il s'agit soit des partenaires du secteur privé (privée lucratif, ONG, confessionnel), soit des partenaires techniques et financiers (OMS, OOAS..). Cependant, il subsiste une insuffisance en matière de coordination des actions avec le secteur privé.

2.2.3 Prévention et lutte contre les Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont toutes les pathologies qui touchent le cœur et les vaisseaux. Elles sont dominées par l'hypertension artérielle (HTA), les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les cardiopathies ischémiques. Au Togo, la situation des maladies cardiovasculaires est préoccupante et c'est pour faire face à ce problème, qu'un programme national de lutte contre les maladies cardiovasculaires a été créé depuis 1995.

L'incidence des MCV n'est pas connue. Cependant, des enquêtes nationales ont révélé que la prévalence de l'HTA était en légère diminution. Si en 1990 elle était de 22%, elle a été estimée en 2010 à 19% (Enquête STEPS). Les études hospitalières ont montré que l'HTA était à l'origine de nombreuses complications telles que l'insuffisance cardiaque (59%), les AVC (30%), l'insuffisance rénale (25%), les atteintes oculaires (18%) et l'HTA représentait respectivement 80% et 19% des causes d'admission et de décès en urgences cardiovasculaires.

La prévention des MCV repose essentiellement sur la sensibilisation et le dépistage ; en témoigne l'instauration depuis l'année 2011 de journées nationales de dépistage gratuit de l'HTA.

La prise en charge des MCV est assurée par un nombre très restreint de spécialistes. En effet, le Togo ne compte actuellement que huit (8) cardiologues dont quatre (4) dans le privé. Du point de vue des infrastructures et équipements, le Togo ne dispose dans le secteur public que de deux (2) services de prise en charge des MCV. Le matériel de diagnostic et de suivi des patients reste encore insuffisant. Enfin, l'on ne dispose pas sur place de cycle de formation spécialisée en cardiologie.

En termes de disponibilité en médicaments, la plupart des molécules sont retrouvées sur le marché national mais leurs coûts élevés rendent leur accessibilité financière difficile et certaines molécules d'urgence cardiovasculaire tels que les Thrombolytiques, la Dobutamine... restent indisponibles sur le terrain, causant des pertes en vies humaines.

Plusieurs acteurs interviennent dans la prise en charge des MCV au Togo. Il s'agit soit des partenaires du secteur privé (privée lucratif, ONG, associations, confessionnel), soit des partenaires techniques et financiers (OMS, OOAS..). Cependant il subsiste une insuffisance en matière de coordination des actions avec le secteur privé.

2.2.4 Prévention et lutte contre le tabac, la drogue et les substances psycho actives

2.2.4.1 Prévention et lutte contre le tabac

Dans les enquêtes réalisées en 2006 (GYTS) et en 2010 (STEPS) sur la consommation du tabac au Togo, aussi bien chez les jeunes que dans la population générale, il a été constaté que le tabac est utilisé par les deux sexes (12% chez les hommes et 1,8% chez les femmes). La majorité des fumeurs quel que soit le sexe était âgé de 45 à 64ans (24,3%).

Selon les résultats de l'enquête STEPS Togo 2010, la prévalence nationale du tabagisme (tabac fumé et tabac sans fumée) était de 8,5 %. L'initiation tabagique était plus précoce chez les enfants (7ans) que chez les sujets âgés (28,8ans). Les jeunes de 15- 24ans représentent 3,8% des fumeurs ; la consommation du tabac était presque quotidienne, elle est prédominante en milieu rural et est inversement proportionnelle au niveau d'instruction. Selon les résultats de la même enquête, le tabagisme passif était de 20% dans les lieux de travail et de 34% dans les ménages.

Conscient des dangers du tabagisme sur l'organisme et l'environnement, le Togo s'est inscrit dans la lutte contre cette épidémie mondiale par l'adoption de plusieurs mesures notamment la création du Programme National Antitabac pour coordonner cette lutte, la ratification de la Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac (CCLAT) en novembre 2005, la promulgation de la loi antitabac le 31 décembre 2010 et l'instauration des taxes assez élevées (40 % en 2010 pour un taux plafond de 45 % recommandé par l'UEMOA) sur le tabac et ses produits dérivés .

Les actions du programme national antitabac sont soutenues sur le terrain par plusieurs ONG de lutte contre le tabac à travers des campagnes de sensibilisation des populations sur les méfaits du tabac.

La prévention secondaire et tertiaire pour l'instant reste le parent pauvre de cette lutte contre le tabac. En effet le Togo ne dispose pas pour le moment de tabacologue, ni de centre pour la prise en charge des personnes désireuses d'arrêter de consommer le tabac. De plus, il est à noter une insuffisance de programme spécifique de prévention anti-tabac et une indisponibilité des médicaments spécialisés dans la prise en charge du sevrage tabagique

2.2.4.2 Lutte contre la drogue et les substances psycho actives

L'absence de systèmes de collecte de données, de statistiques fiables, ne permet pas de mesurer avec précision l'ampleur de la toxicomanie au Togo ; cependant quelques résultats d'enquêtes menées sur des cibles spécifiques montrent une hausse d'indicateurs de consommation de drogues. Les populations victimes sont celles qui manquent de ressources financières et connaissances sur le danger de ces médicaments.

La baisse du pouvoir d'achat des populations, a entraîné un recours à des médicaments moins chers vendus sur le marché parallèle parmi lesquelles on dénombre des substances psychotropes. Le cannabis est de loin la drogue la plus consommée (63%) ; il existe une poly toxicomanie. L'utilisation de substances psychotropes et psychostimulantes est répandue dans le milieu scolaire et étudiantin. La drogue est surtout consommée dans les grandes villes surtout à Lomé ou toutes les formes de drogues sont consommées aussi bien dans la population générale que dans le milieu étudiantin.

Une étude commanditée par l'ONU DC (Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime) en 2004 sur le lien entre l'usage et la transmission du VIH Sida a révélé que 4,9% des toxicomanes au Togo se droguent par voie injectable intraveineuse. La cible la plus atteinte est constitué de jeunes dont la tranche d'âge est comprise entre 20 et 34ans ayant fait leur première expérience entre 10 et 12ans.

Dans le domaine de la prévention l'approche communautaire est la plus utilisée. En milieu scolaire le Ministère des Enseignement Primaires et Secondaire à mis en place en appui avec l'ONU DC un programme de prévention de l'usage de substances psycho actives avec renforcement de capacités des acteurs de prévention de l'usage de drogues en milieu scolaire.

A l'occasion de la Journée Internationale célébrée tous les 26 juin de chaque année, le Comité Nationale Anti Drogue organise des campagnes nationales de sensibilisation. Le Comité Nationale Anti Drogue est soutenu dans ses actions par certaines ONG qui interviennent auprès des populations vulnérables. Mais les campagnes de prévention ne touchent en réalité qu'une faible proportion de la population.

On note une insuffisance de prise en charge des toxicomanes dans le pays en termes de ressources matérielles humaines et infrastructurelles. En effet il n'existe que deux centres spécialisés de prise en charge avec des ressources limitées : le centre de Zébé et le CHU Campus. Le recrutement des toxicomanes est parfois assuré par les ONG qui ont des centres d'écoute.

2.2.5 Santé mentale

La santé mentale est un défi universel. Les troubles mentaux neurologiques et liés à l'utilisation de substances psycho actives sont répandus dans toutes les régions du monde et contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée. Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psycho actives non traités représentent 13 % de la charge de morbidité mondiale totale. Les troubles dépressifs unipolaires occupent la troisième place parmi les causes de morbidité, étant à l'origine de 4,3 % de la charge mondiale de morbidité, et les estimations concernant les pays à revenu faible ou intermédiaire sont respectivement de 3,2 % et 5,1 %. Il ressort des prévisions actuelles que, d'ici 2030, la dépression viendra en tête des causes de morbidité dans le monde. Lorsqu'on ne tient compte que de l'élément incapacité pour calculer la charge de morbidité, les troubles mentaux représentent 25,3 % et 33,5 % des années vécues avec une incapacité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire respectivement.

Au Togo, plusieurs études populationnelles ont été réalisées entre 1987 et 2000 dans les six régions sur l'ampleur des maladies mentales notamment sur l'épilepsie. Ces enquêtes ont permis de noter une prévalence de l'épilepsie variant entre 12 et 19 %. En ce qui concerne la démence, une enquête en milieu rural dans le Kloto en 1993 a estimé la prévalence de la démence à 0,8 %. D'autre part, des études hospitalières ont montré que la démence vasculaire, première cause de démence au Togo et la seconde après la maladie d'Alzheimer ont estimé sa prévalence à 10,89 %. L'âge moyen de survenue de cette démence est de 63,18 ans avec un sex-ratio de 1,94. Les facteurs de risques sont ceux des accidents vasculaires cérébraux et dominés par l'hypertension

artérielle (94 %), l'hyperhomocystéinémie (46 %) par déficit en vitamine du groupe B et le diabète (26%).

La prévention primaire est menée par les ASC et est basée sur la pratique du sport, l'éviction de l'alcool, et la lutte contre les pathologies épileptogènes. Quant à la démence, elle est très mal connue de la population d'où des interprétations variables selon les coutumes. Souvent, les personnes présentant des troubles liés à la démence sont rejetées, isolées voire des fois, traitées de sorcières. Elle constitue donc un problème de santé publique et des droits humains au Togo. Cette pathologie requiert des compétences pour son diagnostic et sa prévention passe par une bonne information de la population et la prévention des facteurs de risque des AVC notamment l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme et l'amélioration du mode d'alimentation actuel et ceci grâce aux différentes campagnes des différents programmes des MNT. Pour le moment ces différentes campagnes ne touchent pas une large portion de la population.

La prise en charge dans le domaine de la santé mentale est assurée par un nombre très restreint de spécialistes dont la majorité se trouve dans les régions Lomé commune et Maritime. Il est à noter que l'hôpital psychiatrique de Zébé qui est l'hôpital de référence du pays en matière de santé mentale ne dispose que d'un seul psychiatre. En effet, le Togo ne compte actuellement que de dix (10) neurologues dont quatre (4) dans le privé, de trois (3) psychiatres et de quinze (15) psychologues. Les pathologies neurologiques sont prises en charge dans les unités de neurologies du CHU Sylvanus Olympio et du CHU Campus à Lomé ; une unité de neurologie est en cours de création au CHU Kara dans la région de la Kara. A noter que les orthophonistes jouent un rôle important dans la prise en charge des troubles mentaux notamment la démence, la paralysie cérébrale et le handicap mental.

Sur le plan de l'infrastructure, le Togo ne dispose pas de structures spécialisées de prise en charge de la démence et de l'épilepsie. Les pathologies psychiatriques sont prises en charge à l'Hôpital psychiatrique de Zébé à Aného. En dehors du Centre Médico-psychologique de Zébe, de nouvelles unités de prise en charge viennent d'être créées pour la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux, neurologiques et liées à la consommation de substance psycho active. Il s'agit des Centres Médico-Psychologiques du CHU Sylvanus Olympio de Lomé, du CHU Campus, du CMP « Bon Secours » à Lomé Adawlato pour l'hôpital de Zébé, et du centre de Santé mentale des frères hospitaliers de Saint Jean de Dieu d'Agoe nyivé. Il existe d'autres centres de santé mentale : le centre de santé mentale de Dapaong créé par les sœurs religieuses, le centre du CHR-TOMDE à KARA non opérationnel. De plus les antiépileptiques de dernières générations et les médicaments pour la prise en charge des démences ne sont pas encore disponible sur place.

2.2.6 Prévention et lutte contre la drépanocytose et des autres maladies génétiques

2.2.6.1 Prévention et lutte contre la drépanocytose

Sur le plan épidémiologique et selon les données d'enquêtes hospitalières effectuées à Lomé, la prévalence du gène S est de 16,1%, avec la forme homozygote SS de 1,3% et la forme double hétérozygote SC de 2,6%.

Sur le plan de la prévention de la drépanocytose au Togo, des campagnes de sensibilisation et des campagnes de dépistage à moindre coût, ciblées sur la population générale, ont été organisées au cours de la célébration de la Journée Africaine de la Drépanocytose chaque 10 Mai depuis 1996 et de la Journée Internationale de la Drépanocytose chaque 19 Juin depuis 2009. Des informations sont également données aux couples demandeurs AS sur le risque de la drépanocytose. En outre, la sensibilisation des femmes enceintes à pratiquer l'électrophorèse de l'hémoglobine au cours de la consultation prénatale en vue d'un dépistage néonatal et l'organisation des campagnes de sensibilisation sur la drépanocytose dans les écoles primaires et secondaires se font.

La prise en charge des cas est assurée aussi bien dans le secteur public que privé. En ce qui concerne le secteur public, les deux CHU de Lomé (le Service de Pédiatrie du CHU Sylvanus Olympio et le Service d'Hématologie du CHU Campus) assurent le suivi régulier de plus de 2000 patients drépanocytaires en consultation externe par an. Ces deux services ne sont cependant pas suffisamment structurés pour une bonne prise en charge : pas de locaux d'accueil des patients en crise, un seul bureau de consultation par unité, pas d'hôpital de jour. La prise en charge médicale est également assurée dans les autres structures sanitaires du pays.

Les ressources humaines sont insuffisantes et non adaptées en la matière.

Pour ce qui concerne les ressources matérielles, il existe au niveau central, un laboratoire de référence pour le diagnostic des anomalies de l'hémoglobine à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie (FMMP). Le CHU Sylvanus Olympio, le CHU CAMPUS, le CHU Kara et l'INH (Institut National d'Hygiène) disposent de chaînes d'électrophorèse à pH alcalin. Au niveau intermédiaire et périphérique, tous les CHR du pays et les CHP d'Aného et de Kpalimé disposent de matériels de diagnostic. Les structures confessionnelles suivantes disposent également de matériels de diagnostic: l'Hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan, le CMS confessionnel de Kouvé, l'Hôpital Saint Joseph de Datcha, le CMS Saint Luc de Pagala Gare, l'Hôpital Pédiatrique Yendoubé de Dapaong.

Il existe à la CAMEG des médicaments utilisés pour la prise en charge courante tels que le paracétamol, la foldine et l'ibuprofène. Par ailleurs, certains produits pouvant être utilisés en cas de complications ne sont pas disponibles (hydroxyurée...). Les produits sanguins labiles sont disponibles. Les vaccins du PEV sont utilisés chez les drépanocytaires mais les rappels au delà de un an d'âge ne sont pas pris en compte. Les vaccins spécifiques (typhimvi, le pneumo 23, actHIB, vaccin antiméningococque...) sont à la charge des patients.

Il existe actuellement deux associations à Lomé; ATCD (Association Togolaise pour le Contrôle de la Drépanocytose) et ATLD (Association Togolaise de Lutte contre la Drépanocytose) et une en gestation à Kpalimé. L'ONG ADHAT (Association pour le Développement de l'Hématologie

en Afrique Tropicale) en collaboration avec une association française « le Sourire de Sélassé » a créé une pharmacie qui approvisionne les drépanocytaires en médicaments à moindre coût à Lomé. Elle aide également pour la fourniture de réactifs dans le cadre des campagnes de dépistage. L'OMS et la Coopération Française constituent les principaux partenaires techniques et financiers en matière de lutte contre la drépanocytose

2.2.6.2 Prévention et lutte contre les autres maladies génétiques

En dehors de la drépanocytose et des maladies congénitales, le Togo est confronté à une maladie génétique qui sévit sous forme d'isolat dans les plateaux de Danyi. Il s'agit de la dysplasie ectodermique anhydrotique autosomique récessive. La dysplasie ectodermique anhydrotique est une génodermatose qui se caractérise par 3 signes principaux :

- Absence de pores cutanés entraînant une absence de transpiration (anhidrose)
- Hypotrichose : absence de cheveux
- Hypodontie ou anodontie : absence de dents).

En outre les malades ont un faciès dysmorphique.

La maladie touche habituellement le sexe masculin ; les femmes sont épargnées (transmission liée au chromosome X). La forme qui sévit au Togo atteint les deux sexes. Il s'agit de la forme autosomique récessive découverte en 1981.

Sur le plan épidémiologique la dysplasie ectodermique anhydrotique (DEA) qui touche les deux sexes sévit au Togo, sous forme d'un isolat dans la préfecture de Danyi. Douze (12) villages ont été recensés : 64 cas de la forme majeure ont été identifiés et correspondent à une susceptibilité de transmission (hétérozygote) de la maladie chez environ 3.500 personnes. La fréquence des cas est de 1/750 naissances correspondant à une fréquence de gène de 1/14.

Sur le plan de la prévention, des campagnes de sensibilisations ont été faites sous forme de missions non systématiques de l'équipe de recherche pour déceler les nouveaux cas (environ 2 à 3 par an) et expliquer la cause de la maladie et les conséquences dues à l'environnement (milieu tropical).

Des informations sur la prévention sont données :

- Eviter les mariages apparentés (fiancés consanguins) qui donnent naissance à un enfant atteint (1/4) ;
- Traiter les fièvres inexplicables du nourrisson par l'utilisation des antipyrétiques (paracétamol)
- Donner des anticonvulsivants (gardéнал) en cas de crise convulsive ;
- S'imbiber d'eau fraîche ou dormir dans un endroit frais en période de forte chaleur.
- Porter des chaussures pour éviter l'hyperkératose plantaire.
- Pratiquer une bonne hygiène corporelle pour éviter les lésions dermatologiques.

Parmi les autres mesures prises pour faire une prévention primaire, nous avons isolé le gène responsable : il s'agit de la mutation homozygote EDARADD Y 150 C.

Parmi les perspectives, le gène doit être isolé dans les autres villages pour être sûr qu'il s'agit du même gène. Ceci permettra par simple prise de sang de faire un diagnostic anténatal.

Nos ressources sont insuffisantes. Aucun laboratoire n'existe. C'est grâce à une collaboration extérieure que le gène a été connu. Des activités cibles ont besoin d'être financées : la principale étant la détection des porteurs sains.

2.2.7 Prévention des handicaps, violences et traumatismes

L'OMS estime que 50% des handicaps sont évitables. Les principales causes évitables sont : la malnutrition, les conditions de travail et de vie dangereuses, l'accès limité aux programmes de vaccination, aux soins de santé et de maternité, les conditions d'insalubrité et l'inadéquation d'informations sur les causes des handicaps. Entre autre cause de handicaps, d'invalidité et de pertes en vies humaines, figurent les accidents de la voie publique.

En effet, sources d'invalidité et de pertes en vies humaines, les accidents de la voie publique constituent de nos jours un réel problème de santé publique au Togo. Une étude comparative des accidents de la circulation montre que le nombre d'accidents, de morts par accidents et de blessés par accidents ne font qu'augmenter d'année en année. En effet, en 2007, 2231 cas d'accidents ont été enregistrés avec 477 morts et 4260 blessés ; en 2008, 2261 accidents ont été notifiés avec 325 morts et 4262 blessés ; en 2009, 2335 accidents avec 408 morts et 4273 blessés enfin en 2010, 3101 cas d'accidents accompagnés de 470 morts et 6241 blessés.

La situation est tout autant alarmante compte tenu du nombre sans cesse croissant du parc des engins à deux roues et leur forte implication dans les accidents de la route. Selon le rapport du Ministère de la Sécurité, sur un total de 3101 cas d'accidents constatés au cours de l'année 2010, les engins à deux (02) roues sont à elles seules impliquées à hauteur de 1296 cas, soit environ 42% du nombre total des accidents. Ces cas ont causé 150 décès sur un total de 470, soit environ 32% du nombre total des décès. Selon le même rapport, le défaut de maîtrise de l'engin /choc à l'arrière (24,98%), le non respect de la priorité (12,04%), la circulation à gauche (10,07%), le non respect de la distance de sécurité (9,98%), le dépassement défectueux, le non respect des feux tricolores, des panneaux stop (9,27%) sont les cinq premières causes des accidents de la circulation.

Au Togo, la prévalence et l'incidence des handicaps ne sont pas maîtrisées. Le recensement général de la population et de l'habitat de 1981 a dénombré 44 476 personnes handicapées dont 7771 résidant en zones urbaines et 36 705 en milieu rural. Ces populations handicapées seraient pour 57,8% de sexe masculin et 42,2% de sexe féminin et représenteraient 2% de la population totale du Togo. Aujourd'hui, ces chiffres sont en deçà de la réalité et connaissent une nette progression du fait du vieillissement des populations, de l'augmentation du parc automobile, des troubles sociopolitiques, des violences, l'insécurité grandissante, des maladies chroniques (cancer, HTA, diabète, trisomies ...) et de la faible couverture des besoins de la population en matière de soins et de services de santé primaires. Une large frange de la population des personnes handicapées vit dans des conditions socio-économiques précaires.

Concernant la prise en charge, les actions en matière de réadaptation sont coordonnées par le Programme des Incapacités et Traumatismes : Prévention et Réadaptation (PITR). Au nombre des actions menées dans le domaine du handicap, on peut citer : l'identification, la prévention, la

prise en charge, l'insertion socioprofessionnelle, l'éducation inclusive et l'épanouissement socioculturel des personnes handicapées. Il y a eu également l'adoption de la politique nationale de réadaptation en 1997, révisée en décembre 2005, l'adoption de la Loi de Protection sociale des personnes handicapées en 2004, la ratification par le Togo de la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées en 2011 et la création de la Direction des Personnes Handicapées (DPH) au sein du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale.

Les partenaires techniques et financiers intervenant dans la prise en charge des personnes handicapées au Togo : OMS, FETAPH, Handicap International, CBM, FSH du CICR, Fondation Liliane, Plan Togo.

2.2.8 Santé bucco-dentaire

Les seules études disponibles ont été réalisées en 1998 chez des élèves de 5 à 12 ans et elles montrent que 34 pour cent de ces enfants souffrent d'affections bucco-dentaires. Mais le profil épidémiologique des Régions Sanitaires révèlent que ces affections se situent parmi les dix premières causes de consultation et ce taux s'aggrave avec l'apparition des maladies bucco-dentaires opportunistes liées au VIH Sida. L'absence d'enquêtes épidémiologiques et d'un système de collecte des affections bucco-dentaires ne permettent pas de déterminer l'ampleur réelle des affections bucco-dentaires.

Depuis 1999, le Togo, s'inspirant de la stratégie régionale de l'OMS a élaboré un plan stratégique et un programme national de santé bucco-dentaire qui n'a pas encore vraiment connu un début d'exécution. En 2004 un Service National de Santé Bucco-dentaire a été créé au sein de la Direction des Soins de Santé Primaire. Ce service abrite le Programme National de la Santé Bucco-dentaire et le Programme National de Lutte contre le Noma. L'intégration de la santé bucco-dentaire aux autres programmes existants n'est pas vraiment effective.

Des infrastructures de prise en charge des affections bucco dentaires existent au Togo. Mais, malheureusement l'équipement dans la plupart de ces services est en panne à cause de l'absence d'un budget pour le renouvellement et la maintenance.

En ce qui concerne le personnel, le pays compte 33 chirurgiens dentistes (soit 0,64dentiste pour 100.000 habitants) dont 18 pour le secteur public et 14 pour le privé et un non intégré. L'armée a formé 03 dentistes. Les techniciens supérieurs en Odontologie sont au nombre de 4. D'une manière générale, notons que le personnel est vieillissant et la relève s'annonce catastrophique car la formation du personnel dentaire est suspendue depuis 1989.

2.2.9 Santé oculaire

Le Programme National de Lutte contre la Cécité a été créé en 1988 dont le but majeur est de lutter contre les maladies cécitantes. Jusqu'à la fin des années 1990, le Togo ne disposait d'aucun plan stratégique. L'initiative globale de l'International Agency for the Prevention of the Blindness (IAPB)-WHO « Vision 2020 » en 2003 a permis au Togo d'élaborer son premier plan stratégique national « Vision 2020 ». Mais il n'avait pas été mis en œuvre et sa révision recommandée en 2008 par l'OOAS est resté à l'état embryonnaire.

Le Togo ne dispose à ce jour que de 08 ophtalmologistes et de 67 TSO dans le secteur public représentant respectivement 1 Ophtalmologiste pour 750.000 habitants et 1 TSO pour 95.000 habitants; ce qui est largement inférieur aux normes de l'OMS (1ophtalmologiste pour 250000hbts et 1 TSO pour 50000hbts). Le secteur public ne possède pas d'optométriste, d'opticien et d'orthoptiste. Le secteur privé regorge de 11 Ophtalmologistes et 10 TSO qui exercent en majorité dans la Région Sanitaire Lomé commune.

Les CHU et CHR disposent chacun d'une unité d'Ophtalmologie mais sur les 35 Districts Sanitaires du Togo, seuls 8 ont une unité d'Ophtalmologie. Les matériels pour le calcul d'implants (dans la chirurgie de la cataracte), les tonomètres et les analyseurs de champs visuels (utilisés pour le diagnostic et le suivi du glaucome) et les refractomètres dans la correction des vices de réfraction manquent dans la majorité des structures publiques de soins oculaires.

Aucune enquête nationale de prévalence réelle de la cécité et de ses facteurs de risque n'a jamais été réalisée jusqu'à ce jour au Togo. Selon l'OMS, la prévalence de la cécité dans les pays en développement serait de 1% dont la moitié due à la cataracte. Les autres principales causes sont les vices de réfraction et les neuropathies glaucomateuses. Ainsi, avec une population estimée à 6.191.155 habitants et un taux d'accroissement moyen annuel de 2,4% issus du recensement de 2011, 61.616 togolais souffriraient de la cécité avec plus de 30.000 cas liés à la cataracte. En 2011, le taux de chirurgie de la cataracte (Cataract Surgery Rate ou nombre de cataractes opérées par an et par million d'habitants) du Togo était seulement de 320 par million d'habitants largement inférieur au taux recommandé par l'OMS (2000 par million d'habitants).

L'absence de protocole harmonisé de soins rend difficile la prise en charge de ces trois principales affections cécitantes que sont la cataracte, les vices de réfraction et le glaucome. La non réglementation des activités du secteur optique vient compliquer davantage la gestion des vices de réfraction et le marché des lunettes est tenu par des acteurs dont les qualifications sont diverses et variées et le coût des verres correcteurs reste incontrôlable.

Toutefois, il est important de noter la mise en œuvre depuis 2003 d'un vaste programme de lutte contre la cécité dans la Région Sanitaire Centrale et District Sanitaire de Bassar par la « Croix Rouge Suisse ». Ce projet dénommé « Action pour la Santé et la Vue » a permis un renforcement en ressources humaines et matérielles ainsi qu'en infrastructure de nombreuses activités de santé oculaire y sont réalisées chaque année. La réplique d'un programme similaire dans chaque région sanitaire serait un atout louable dans la lutte contre la cécité au Togo.

L'absence d'accord de collaboration formelle entre le PNLC et les principaux partenaires internationaux (OMS, IAPB, CBM, Sight Savers International, Croix Rouge Suisse, Handicap international, Lyons Clubs International, GIZ, Rotary Clubs International,...) limite les activités de promotion de la santé oculaire dans le pays avec une incidence plausible des cas de cécités évitables surtout dans les zones rurales.

2.2.10 Prévention et lutte contre les maladies respiratoires chroniques

Les maladies respiratoires chroniques constituent un réel problème de santé publique souvent occulté du fait des maladies transmissibles. Au Togo, plusieurs enquêtes réalisées en milieu scolaire apportent la preuve de la fréquence des maladies allergiques respiratoires, parfois sous-estimées voir ignorées. L'asthme allergique est l'allergie respiratoire la plus fréquente. Sa prévalence est variables suivant les régions du Togo ; elle se situe autour de 4-5% dans la Région Centrale et dans la région de la Kara (Préfecture de Doufelgou) alors que dans la Région Maritime elle avoisine les 15% dans l'a préfecture de l'Avé parmi les enfants de 6 à 15 ans.

L'asthme du nourrisson n'est pas une vue de l'esprit en pédiatrie puisqu'il est bien documenté chez des nourrissons de 3mois à 1 an au cours des consultations d'allergologie dans notre service. Son diagnostic et son traitement sont souvent faits avec retard du fait de la non spécificité de ses manifestations cliniques et surtout du fait de manque de ressources humaines (pneumo-pédiatres). Si l'asthme est souvent associé à la rhinite allergique dans 76% des cas celle-ci constitue 7% environ des consultations pédiatriques générale et 54% des consultations d'allergologie. Les enfants de 7 à 9 ans (44%) et de sexe masculin (64%) sont les plus concernés.

Les facteurs allergiques déclenchant retrouvés dans l'environnement domestique sont multiples et souvent évitables (Animaux domestiques, poussières, aliments). Les allergènes auxquels les enfants sont sensibilisés lors des tests cutanés sont en particuliers les pneumallergènes per annuels (Acarions, Blattes, phanères d'animaux domestiques) et certains trophallergènes (œuf, cacahuète, crevette).

La prise en charge de l'asthme et des autres allergies respiratoires passe par une bonne information du personnel médical, une bonne sensibilisation des malades allergiques et de leurs familles et la formation adéquate du personnel médical, des pneumo-pédiatres et des allergologues. Au Togo, l'Association Togolaises de Formation Continue en Allergologie (ATOFORCAL) est un acteur clé de la lutte contre les maladies allergiques.

3 Plan stratégique Intégré de lutte contre les MNT 2012-2015 du PNLMT

3.1 Mission

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles du Togo a pour mission de conduire et d'orienter, au niveau national, les efforts visant à prévenir et à lutter contre les principales maladies et conditions non transmissibles telles que: les maladies cardiovasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques, le diabète, la santé mentale, la santé bucco-dentaire et le Noma, la drépanocytose, les handicaps, violences et traumatismes, et leurs facteurs de risque, par une approche bien coordonnée et intégrée basée sur des données.

3.2 Vision

La politique nationale de lutte contre les MNT vise la réduction de la charge des maladies non transmissibles et l'amélioration de la qualité de vie des populations togolaises.

3.3 Objectifs

3.3.1 Objectifs généraux

- Réduire la morbidité et la mortalité liée au MNT au sein de la population
- Promouvoir une action multisectorielle pour la prévention et la maîtrise des MNT.
- Renforcer la surveillance et promouvoir la recherche opérationnelle sur les MNT.
- Encourager le développement des mécanismes novateurs de financements de la lutte contre les MNT.

3.3.2 Objectifs stratégiques

Les objectifs stratégiques du PSI MNT 2012-2015 sont :

A. Développer des mesures législatives, réglementaires et intersectorielles pour soutenir la lutte contre les MNT et réduire les facteurs de risque des principales MNT

- a. Plaider pour un engagement national de haut niveau pour renforcer la priorité des MNT au niveau de l'élaboration des politiques nationales de développement.
- b. Réduire l'offre et l'accessibilité aux produits du tabac et de l'alcool.
- c. Elaborer le décret d'application et mettre en œuvre la loi anti-tabac votée par l'Assemblée nationale en décembre 2010.
- d. Favoriser et encourager une alimentation saine.
- e. Promouvoir et faciliter l'activité physique régulière.
- f. Développer des mesures pour aider tous ceux qui veulent cesser le tabagisme et la consommation nocive de l'alcool à réussir leur sevrage.
- g. Développer des mesures pour soutenir la promotion d'un environnement sain.

B. Promouvoir l'action communautaire dans la lutte contre les MNT

- a. Impliquer les principaux acteurs de la lutte contre les MNT y compris communautaires, dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités de promotion et d'éducation pour la santé, liées aux maladies non transmissibles.
- b. Impliquer les médias dans la diffusion des informations de prévention et de prise en charge des MNT.
- c. Renforcer les capacités des principaux acteurs intervenant dans la prévention et la prise en charge des principales MNT au niveau communautaire, en particulier les associations et ONG.

C. Promouvoir la détection précoce des principales MNT

- a. Promouvoir la mise en œuvre des techniques de dépistages à bon rapport cout -efficacité : Cancer du col de l'utérus, cancer du sein, cancer de la prostate, cancer du côlon, cancer du foie, HTA, diabète, obésité, drépanocytose, baisse de la vision, carie dentaire, démence.
- b. Organiser des campagnes nationales de dépistage des MNT et de leurs facteurs de risque.

D. Renforcer les capacités de la prise en charge des cas de MNT (Prévention secondaire et tertiaire)

- a. Remettre à niveau et améliorer le système de prestation des soins de santé primaires pour la prise en charge et le contrôle des maladies non transmissibles.
- b. Assurer l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels de qualité pour la prise en charge des maladies non transmissibles.
- c. Créer et rendre opérationnel des centres de références (National et/ou Régional) pour la prise en charge des principales MNT.

E. Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et promouvoir la recherche opérationnelle au sein du programme national MNT

- a. Surveiller la charge des principales MNT et son effet sur l'état de santé des personnes atteintes de MNT.
- b. Promouvoir les activités de recherche pour produire des données factuelles sur l'ampleur des MNT.

F. Renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources

- a. Plaider pour le renforcement de l'engagement et de l'appui national et international en faveur de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles.
- b. Renforcer la collaboration et le partenariat entre parties prenantes à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé pour analyser les facteurs de risque, l'affectation des ressources et la mise en œuvre du programme.

3.4 Résultats attendus

La mise en œuvre des activités cibles 2012-2015 du PSI MNT permettra d'atteindre les résultats d'impacts et d'effets ci après :

3.4.1 Résultats d'impact attendus

L'objectif visé à travers ce plan est de réduire significativement la morbidité, l'incapacité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes ainsi que le niveau d'exposition aux facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues, à l'usage d'autres substances psycho actives, à une mauvaise alimentation et à la sédentarité.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs de mortalité et de morbidité liés aux principales maladies non transmissibles

Indicateurs	Baseline	Cibles PNDS
Prévalence du tabagisme	8,5 %	6,4%
Prévalence de l'obésité	6,2%	4,2%
Prévalence de l'Hypertension artérielle	19,0%	15,0%
Prévalence du Diabète	2,6%	1,6%
% des adultes âgés de 25 à 64 ans avec aucun des facteurs de risque combinés ⁸	2,4%	8,4%
Prévalence Traumatisme et violence	15,0%	10,0%
Prévalence de l'anomalie de l'hémoglobine forme homozygote SS (Drépanocytose)	2%	1,5%
Prévalence cécité	1,0%	0,5%
Prévalence cancer du col de l'utérus chez les femmes de 35 à 65 ans	0,2%	0,2%
Prévalence cancer du sein chez les femmes de 40 à 75 ans	0,1%	0,05%
Prévalence cancer de la prostate chez les hommes de 50 à 75 ans	0,2%	0,1%
Prévalence de la démence chez les personnes âgées de plus de 65 ans	2,5%	2,0%
% de décès par accidents causés par les engins à deux roues(*)	32,0%	5,0%

(*) Selon le rapport 2010 du Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile

3.4.2 Résultats d'effet attendus

Pour atteindre les résultats d'impact ci-dessus, la mise en œuvre du présent plan stratégique devra permettre d'assurer une couverture effective minimale pour un certain nombre d'interventions à haut impact. Les couvertures présentées au tableau ci-dessous sont les résultats d'effet attendus à terme.

Tableau 2: Evolution attendue des indicateurs de couverture en services de santé liés à la prévention et à la prise en charge des principales maladies non transmissibles

Indicateurs et niveaux de prise en charge	Baseline	Cibles PNDS
% de personnes de 15 à 64 ans consommant quotidiennement les 5 portions de fruits et légumes	5,1%	13,1%
% d'adultes pratiquant une activité physique modérée à intense	87,0%	95,0%
% de porteurs d'HTA suivis médicalement	9,3%	50,0%
% de diabétiques détectés et suivis médicalement	57,2%	80%
% de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrées des MNT	0,0%	80,0%
% de personnes vivant avec un handicap prise en charge en réadaptation physique	ND	50%

⁸ Résumé des facteurs majeurs de risque combinés : 1. Fumeurs actuels quotidiens ; 2. Consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour ; 3. Niveau bas d'activité physique ; 4. Surcharge pondérale ou obésité ; 5. Tension artérielle élevée ;

3.5 Cadre opérationnel

Tableau 3: Cadre opérationnel 2012-2015

Objectifs stratégiques (OS)	Sous Objectifs Stratégiques (SOS)	Objectifs Opérationnels (OO) 2012-2015
<p>Objectifs stratégiques 1. Développer des mesures législatives, réglementaires et intersectorielles pour soutenir la lutte contre les MNT et réduire les facteurs de risque modifiables des principales MNT</p>	<p>Sous Objectif stratégique 1.1. Maintenir un engagement national de haut niveau en faveur de l'intégration des MNT dans l'élaboration des politiques nationales de développement.</p>	<p>1.1.1. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie intégrée de plaidoyer pour la prévention et le contrôle des MNT au Togo en vu de leurs prises en compte dans les politiques nationales de développement.</p> <p>1.1.2. Mettre en place un Comité intersectoriel de lutte contre les MNT (CSS-VIH /CISLMNT) et des comités régionaux de lutte contre les MNT.</p> <p>1.1.3. Organiser des revues semestrielles de haut niveau de la performance des programmes de MNT, ainsi que l'utilisation des leçons apprises pour encourager le plaidoyer, la sensibilisation et la mise en œuvre efficace des interventions ciblées.</p> <p>1.1.4. Plaider pour l'institutionnalisation d'une semaine nationale de la Prévention et de la lutte contre les Maladies non transmissibles.</p>
	<p>Sous Objectif stratégique 1.2. Réduire l'offre et l'accessibilité aux produits du tabac et de l'alcool.</p>	<p>1.2.1. Elaborer et mettre en œuvre les décrets d'application de la loi anti-tabac 2010</p> <p>1.2.2. Elaborer et mettre en œuvre les textes juridiques et réglementaires sur la promotion et la commercialisation de l'alcool.</p>
	<p>Sous Objectif stratégique 1.3. Développer des mesures de promotion de la sécurité routière</p>	<p>1.3.1. Actualiser et mettre en œuvre les textes juridiques et réglementaires pour la promotion de la sécurité routière (Port de casque, de ceinture de sécurité, limitation de vitesse, non usage du téléphone au volant, alcool au volant ...)</p> <p>1.3.2. Instituer la pratique de l'alcooltest sur les routes</p> <p>1.3.3. Instituer le dosage de l'alcoolémie chez tout conducteur admis en urgence dans les structures hospitalières pour accident de la voie publique et chez tout admis pour traumatisme et violence.</p>

<p>Objectifs stratégiques 1. Développer des mesures législatives, réglementaires et intersectorielles pour soutenir la lutte contre les MNT et réduire les facteurs de risque des principales MNT (suite)</p>	<p>Sous Objectif stratégique 1.4. Favoriser et encourager une alimentation saine.</p>	<p>1.4.1. Renforcer, vulgariser et faire appliquer les normes et textes juridiques et réglementaires sur la commercialisation des produits de consommations (huiles, additifs alimentaires, normes de contrôle des pesticides et engrais etc.)</p> <p>1.4.2. Soutenir la promotion d'une alimentation saine à travers des campagnes de sensibilisation médiatiques.</p> <p>1.4.3. Développer et mettre en œuvre des stratégies de lutte contre les facteurs de risque des MNT tels que l'obésité infanto-juvénile, le tabagisme et la toxicomanie dans les écoles primaires et secondaires.</p> <p>1.4.4. Promouvoir dans les communautés, une consommation alimentaire de sel alimentaire (sel de cuisine) inférieure à 5g par jour.</p> <p>1.4.5. Engager le Ministère de l'Agriculture et les ONG locales à promouvoir et à soutenir la production « saine » locale de fruits et légumes (en utilisant les engrais naturels) et leur consommation.</p> <p>1.4.6. Encourager et soutenir les stratégies de l'allaitement maternel exclusif pour les 6 premiers mois grâce à des mesures pertinentes.</p> <p>1.4.7. Renforcer le plateau technique des structures de contrôle de qualité des produits de consommation.</p>
	<p>Sous Objectif stratégique 1.5. Promouvoir et faciliter l'activité physique régulière</p>	<p>1.5.1. Encourager la création des conditions (zones piétonnes, terrains de jeux et jardins publics dans les quartiers, salles de gymnastique,) propices pour promouvoir l'activité physique dans tous les groupes d'âge.</p> <p>1.5.2. Encourager et soutenir la mise en place des politiques de transport qui favorise la marche et d'autres formes d'activité physique.</p> <p>1.5.3. Engager les Ministères en charge de l'Education et celui en charge de la Jeunesse et des sports à entreprendre des réformes favorisant la pratique de « l'exercice physique pour tous » en milieu scolaire.</p> <p>1.5.4. Encourager la création des clubs de promotion de l'activité physique (club de marche, jogging, danse, ...)</p>

<p>Objectifs stratégiques 1. Développer des mesures législatives, réglementaires et intersectorielles pour soutenir la lutte contre les MNT et réduire les facteurs de risque des principales MNT (suite)</p>	<p>Sous Objectif stratégique 1.6. Développer des mesures pour aider tous ceux qui veulent cesser le tabagisme, la consommation nocive de l'alcool, la drogue et les substances psycho actives à réussir leur sevrage</p>	<p>1.6.1. Intégrer les substituts de la nicotine sur la liste des médicaments essentiels.</p> <p>1.6.2. Promouvoir la création de structures d'accompagnement médical pour la cessation du tabagisme, de la toxicomanie, de l'usage nocif de l'alcool.</p>
	<p>Sous Objectif stratégique 1.7. Développer des mesures pour soutenir l'action des programmes MNT au niveau national</p>	<p>1.7.1. Elaborer et mettre en œuvre les textes juridiques et réglementaires pour le secteur de l'optique</p> <p>1.7.2. Elaborer et mettre œuvre les textes juridiques et réglementaires pour protéger les personnes vivants avec les MNT et séquelles de MNT contre toutes discriminations</p>
	<p>Sous Objectif stratégique 1.8. Développer des mesures pour soutenir la promotion d'un environnement sain</p>	<p>1.8.1. Encourager et soutenir les stratégies de réduction de l'exposition aux allergènes et substances cancérigènes dans les communautés.</p> <p>1.8.2. Encourager et soutenir les stratégies de réduction de l'exposition des employés aux allergènes et substances cancérigènes dans les lieux de travail.</p>
<p>Objectifs stratégiques 2. Promouvoir l'action communautaire dans la lutte contre les MNT</p>	<p>Sous Objectif stratégique 2.1. Impliquer les principaux acteurs de la lutte contre les MNT y compris communautaires, dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités de promotion et d'éducation à la santé, liées aux maladies non transmissibles</p>	<p>2.1.1. Former et superviser les Agents de Santé Communautaires (ASC) et les leaders d'opinion à l'Information et l'éducation des populations sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, et leur mode de prévention.</p> <p>2.1.2. Impliquer les communautés et les leaders d'opinion dans les activités marquant la célébration des Journées mondiales de la santé relative aux MNT.</p> <p>2.1.3 Organiser les tournées de sensibilisation sur les MNT dans les établissements scolaires, dans les lieux confessionnels, dans les marchés et les autres lieux publics.</p>

<p>Objectifs stratégiques 2. Promouvoir l'action communautaire dans la lutte contre les MNT (suite)</p>	<p>Sous Objectif stratégique 2.2. Impliquer les médias dans la diffusion des informations de prévention des MNT</p>	<p>2.2.1. Utiliser les différents canaux de communication disponibles pour la promotion de la santé et la sensibilisation sur les MNT au niveau communautaire.</p> <p>2.2.2. Impliquer le comité de journalistes de la promotion de la santé pour le renforcement de la communication sur les stratégies de prévention et de lutte contre les MNT au niveau communautaire.</p> <p>2.2.3. Développer et animer un site internet sur la prévention et la lutte contre les MNT.</p> <p>2.2.4 Développer l'utilisation de la cinématographie mobile pour la sensibilisation des communautés</p>
	<p>Sous Objectif stratégique 2.3. Renforcer les capacités des principaux acteurs intervenant dans la prévention et la prise en charge des principales MNT au niveau communautaire, en particulier les associations et ONG</p>	<p>2.3.1. Doter les principaux acteurs de la lutte contre les MNT y compris communautaires (ASC, associations et ONG), des moyens nécessaires pour l'information, l'éducation, la sensibilisation et l'assistance aux personnes vivant avec les maladies non transmissibles.</p>
<p>Objectifs stratégiques 3. Promouvoir la détection précoce des principales MNT et la vaccination contre l'hépatite B et le Papillomavirus humain (HPV)</p>	<p>Sous Objectif stratégique 3.1. Faire le plaidoyer pour et soutenir la vaccination contre l'Hépatite B et le Papillomavirus humain (HPV).</p>	<p>3.1.1. Soutenir et promouvoir la vaccination contre l'Hépatite B et le HPV.</p> <p>3.1.2. Faire le plaidoyer pour subventionner les vaccins thyphimVi, Pneumo 23, Hémophilus influenzae, antiméningococcique à l'endroit des patients drépanocytaires</p>
	<p>Sous Objectif stratégique 3.2. Organiser des campagnes nationales de dépistage des MNT et de leurs facteurs de risque et des campagnes de vaccination.</p>	<p>3.2.1. Organiser des campagnes intégrées de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, de la prostate et du colon.</p> <p>3.2.2. Organiser des campagnes intégrées de dépistage de l'HTA, du diabète, de la drépanocytose et des troubles de la vision.</p> <p>3.2.3. Organiser des campagnes de vaccination contre l'hépatite B et le papillome virus humain (HPV).</p>

<p>Objectifs stratégiques 3. Promouvoir la détection précoce des principales MNT et la vaccination contre l'hépatite B et le Papillomavirus humain (HPV) (suite)</p>	<p>Sous Objectif stratégique 3.3. Promouvoir la mise en œuvre des techniques de dépistages à bon rapport cout -efficacité : Cancer du col de l'utérus, cancer du sein, cancer de la prostate, cancer du côlon, HTA, diabète, obésité, drépanocytose, baisse de la vision, carie dentaire, démence.</p>	<p>3.3.1. Promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 35 à 65 ans, par la technique de l'inspection visuelle couplé au frottis cervical.</p> <p>3.3.2. Promouvoir le dépistage du cancer du sein chez les femmes, par la pratique de l'autopalpation (20 à 75 ans) et la réalisation de la mammographie (40 à 75 ans).</p> <p>3.3.3. Promouvoir, le dépistage du cancer du côlon et du rectum chez les adultes de 50 à 75 ans, par la technique de recherche du sang occulte dans les selles.</p> <p>3.3.4. Promouvoir le dépistage du cancer de la prostate chez les hommes de 50 à 75 ans, par le dosage du PSA.</p> <p>3.3.5. Promouvoir chez les groupes à risque, le dépistage du diabète par le contrôle régulier de la Glycémie à jeun.</p> <p>3.3.6. Promouvoir chez les groupes à risque, le dépistage de l'HTA par le contrôle régulier de la Tension artérielle.</p> <p>3.3.7. Promouvoir la détection précoce de la démence chez les personnes âgées de plus de 65 ans.</p> <p>3.3.8. Promouvoir chez les groupes à risque (enfants en pré scolaire et primaire), la détection précoce des troubles de la vision, de l'audition, les troubles d'apprentissage, les troubles du langage oral et écrit, les malformations et déformations physiques.</p> <p>3.3.9. Promouvoir chez les groupes à risque (enfants en pré scolaire et primaire), la détection précoce de la carie dentaire.</p> <p>3.3.10. Promouvoir chez les groupes à risque, la détection précoce de la drépanocytose.</p> <p>3.3.11. Promouvoir dans les structures de soins de santé primaires, le dépistage systématique des FR MNT (HTA, Obésité, Diabète) chez les groupes à risque.</p>
---	---	---

<p>Objectifs stratégiques 4. Renforcer les capacités de la prise en charge des cas de MNT (Prévention secondaire et tertiaire)</p>	<p>Sous Objectif stratégique 4.1. Assurer une disponibilité nationale en ressources humaines et matérielles de prise en charge des principales MNT.</p>	<p>4.1.1. Former des spécialistes dans la prise en charges des MNT à tous les niveaux du système de soins avec le concours des partenaires au développement du Togo.</p> <p>4.1.2. Former et superviser les professionnels de la santé aux techniques de dépistage des cancers du col de l’utérus, des seins, du colon et de la prostate.</p> <p>4.1.3. Organiser en partenariat avec des institutions académiques et les organisations professionnelles des formations sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles pour le personnel de santé travaillant au niveau des soins de santé primaires.</p> <p>4.1.4. Organiser des séminaires en partenariat avec la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de l’Université de Lomé, les écoles paramédicales, les instituts de santé publique nationaux et internationaux, sous forme de module de formation sur les maladies non transmissibles</p> <p>4.1.5. Renforcer les établissements de soins de santé primaires en matériels de base de diagnostics et de prise en charge des principales MNT et de leurs facteurs de risque</p> <p>4.1.6. Elaborer des Protocoles de Prise en charge des MNT (Paquet Essentiel d’interventions de l’OMS pour les Maladies non transmissibles/ WHO PEN) basés sur un système de référence entre les niveaux primaires, secondaires et tertiaires pour assurer la continuité des soins.</p> <p>4.1.7. Former et superviser les professionnels de santé à l’utilisation des protocoles cliniques des MNT élaborés.</p> <p>4.1.8. Former des médecins généralistes et les paramédicaux à la prise en charge post critique des personnes sevrées pour le tabac, l’alcool et les drogues.</p> <p>4.1.9. Encourager la spécialisation des paramédicaux en la prise en charge des MNT.</p>
---	--	---

<p>Objectifs stratégiques 4. Renforcer les capacités de la prise en charge des cas de MNT (Prévention secondaire et tertiaire) (suite)</p>	<p>Sous Objectif stratégique 4.2. Assurer par le canal de la CAMEG Togo, l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels de qualité pour la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles.</p>	<p>4.2.1. Etablir et mettre à jour une liste des médicaments essentiels et des consommables de réadaptation pour la prise en charge des MNT au niveau des services de soins de santé.</p> <p>4.2.2. Rendre disponible au niveau des établissements de soins de santé primaire les médicaments essentiels pour la prise en charge des maladies non transmissibles courantes et de leurs facteurs de risque majeurs et communs.</p> <p>4.2.3. Rendre disponible les substituts de la nicotine dans les structures de soins disposant d'un médecin.</p>
	<p>Sous Objectif stratégique 4.3. Développer des pôles de références (National et/ou Régional) pour la prise en charge des principales MNT</p>	<p>4.3.1. Etablir et mettre à jour une liste d'équipement nécessaire par niveau sanitaire pour le contrôle des urgences de maladies non transmissibles majeures (AVC, Crise cardiaque, Crise d'asthme, crise drépanocytaire, coma glycémique...).</p> <p>4.3.2. Créer et rendre opérationnel un centre onco-hématologique de références pour la prise en charge des patients atteints de cancers.</p> <p>4.3.3. Créer et rendre opérationnel un centre de références pour la prise en charge des patients drépanocytaires.</p> <p>4.3.4. Créer et rendre opérationnel une unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) de référence et de prise en charges des urgences cardiologiques à Lomé</p> <p>4.3.5 Créer et rendre opérationnel un centre de références pour la prise en charge des patients diabétiques.</p> <p>4.3.6. Renforcer et transformer en centre de référence le service d'assistance Médico-psychologique du CHU campus pour la prise en charge des toxicomanes.</p>

<p>Objectifs stratégiques 5. Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et promouvoir la recherche opérationnelle au sein du programme national MNT</p>	<p>Sous Objectif stratégique 5.1. Renforcer le système de surveillance des MNT.</p>	<p>5.1.1. Intégrer la surveillance des MNT dans le système national d'information sanitaire.</p> <p>5.1.2. Nommer et former des Points Focaux Régionaux et préfectoraux pour la collecte et l'analyse des données de routines MNT.</p> <p>5.1.3. Analyser et diffuser l'information sur les MNT aux partenaires impliquées dans la mise en œuvre du PSI MNT 2012-2015.</p> <p>5.1.4. Organiser des activités de supervision intégrée de la surveillance des MNT.</p> <p>5.1.5. Organiser deux revues (à mi-parcours et finale) de la surveillance MNT.</p> <p>5.1.6. Créer et rendre opérationnels en 2012, un registre du cancer à Lomé et progressivement des Registres de cancers dans les autres régions administratives du pays.</p> <p>5.1.7. Faire le suivi-évaluation annuel de tous les programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles.</p> <p>5.1.8. Réaliser en 2014 la deuxième enquête STEPS sur les facteurs de risque des MNT avec le module élargi de STEPS 3.</p> <p>5.1.9. Réaliser en 2012 les enquêtes de prévalence de bases des autres Programmes MNT.</p> <p>5.1.10. Réaliser en 2012 les autres enquêtes internationales sur les MNT (GYTS, GSHS, ISAAC, Démence, consommation de sel alimentaire).</p> <p>5.1.11. Réaliser une évaluation d'impact de la mise en œuvre du PSI MNT (2012-2015) au premier semestre 2015.</p>
	<p>Sous Objectif stratégique 5.2. Renforcer les capacités de recherche et promouvoir les activités de recherche opérationnelle et clinique pour produire des données factuelles sur l'ampleur des MNT.</p>	<p>5.2.1. Organiser une fois par an avec le concours des partenaires, une formation en méthodologie de la recherche et rédaction médicale et en recherche clinique destinée aux professionnels de la santé.</p> <p>5.2.2. Organiser des rencontres scientifiques pour discuter de la problématique et des opportunités dans la prévention et la prise en charge des MNT.</p>

Objectifs stratégiques 6. Renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources	Sous Objectif stratégique 6.1. Plaider pour le renforcement de l'engagement et de l'appui national et international en faveur de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT).	6.1.1. Développer et Promouvoir la mise en œuvre de mécanismes novateurs de financements de la lutte contre les MNT avec les principaux acteurs de la lutte contre les MNT. 6.1.2. Organiser des rencontres de sensibilisation et de plaidoyer avec les décideurs des Ministères techniques, acteurs de la société civile et du secteur privé en vue de leur soutien et implication dans la prévention et le contrôle des MNT.
	Sous Objectif stratégique 6.2. Renforcer la collaboration et le partenariat entre parties prenantes à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé pour analyser les facteurs de risque, l'affectation des ressources et la mise en œuvre du programme.	6.2.1. Créer/ renforcer des comités thématiques et des réseaux nationaux de lutte contre les MNT. 6.2.2. Etablir des partenariats avec les réseaux régionaux et internationaux de lutte contre les MNT pour une action concertée et le partage des expériences de réussite. 6.2.3. Etablir des partenariats avec le secteur privé et les organisations de la société civile. 6.2.4. Impliquer la société civile, les partenaires, et les opérateurs économiques dans la lutte contre les MNT. 6.2.5. Intégrer le centre de référence de traitement de la toxicomanie au projet régional Traitement II de l'Afrique de l'ouest

3.6 Résumé du budget

Le coût global de ce plan d'action intégré est estimé à six milliard deux cent quarante sept million neuf cent soixante mille (6 247 960 000) francs CFA soit 1,8 % du budget du PNDS 2012-2015 sur lequel s'aligne le PSI MNT 2012-2015.

Tableau 4 : Répartition du coût total (en millions de FCFA) par sous-programme MNT du PNDS 2012-2015

	Sous programme PNDS 2012-2015	2012	2013	2014	2015	Total
Contrôle des maladies non transmissibles	Prévention des facteurs de risque des MNT	429,47	595,74	595,74	595,74	2 216,70
	Renforcement des capacités de prise en charge y compris communautaire et gestion des programmes (prévention secondaire et tertiaire) des MNT	872,72	1 052,85	1 052,85	1 052,85	4 031,26
	Total contrôle des maladies non transmissibles	1 302,19	1 648,59	1 648,59	1 648,59	6247,96

Tableau 5 : Détail évolution de la répartition du coût total (en millions de FCFA) par axe stratégique du PSIMNT 2012-2015

Sous Programme PNDS 2012-2015	Objectifs stratégique PSI MNT 2012-2015	2012	2013	2014	2015	Total par axe stratégique	Proportion par rapport au budget MNT
Prévention des facteurs de risque des MNT	Objectif stratégique 1. Développer des mesures législatives, réglementaires et intersectorielles pour soutenir les programmes MNT et réduire les facteurs de risque des principales MNT	104.11	144.42	144.42	144.42	537.37	8.60%
	Objectif stratégique 2. Renforcer l'action communautaire dans la lutte contre les MNT	325.37	451.32	451.32	451.32	1679.33	26.88%
Renforcement des capacités de prise en charge (prévention secondaire et tertiaire) y compris communautaire et de gestion des programmes des MNT	Objectif stratégique 3. Promouvoir la détection précoce des principales MNT et la vaccination contre l'hépatite B et le Papillomavirus humain (HPV)	130.26	157.14	157.14	157.14	601.68	9.63%
	Objectif stratégique 4. Renforcer les capacités de la prise en charge des cas de MNT y compris communautaire (Prévention secondaire et tertiaire)	416.82	502.85	502.85	502.85	1925.37	30.82%
	Objectif stratégique 5. Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et promouvoir la recherche opérationnelle au sein du programme national MNT	195.39	235.72	235.72	235.72	902.55	14.45%
	Objectif stratégique 6. Renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources	130.24	157.14	157.14	157.14	601.66	9.63%
Total		1302.19	1648.59	1648.59	1648.59	6247.96	100%

3.7 Modalité de mise en œuvre

3.7.1 Approche complète et multisectorielle

Le présent document de politique et plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) du Togo s'applique dans le cadre de la Politique Nationale de Santé (PNS) et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 à travers l'implication des secteurs qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé. Il est défini autour des trois composantes des programmes nationaux de lutte contre les MNT, à savoir la surveillance, la prévention et les soins de santé et se caractérise par une concertation et collaboration intersectorielle et multisectorielle à tous les niveaux.

3.7.2 Cadre institutionnel de mise en œuvre du PSI MNT 2012-2015

La mise en œuvre efficace du PSI MNT 2012-2015 nécessite la création d'un Comité National Interministériel de Coordination (CNC) élargie à tous les acteurs clés (secteurs public, privé, société civile, PTF, communauté). Ce comité sera un sous comité du Comité Sectoriel Santé VIH/Sida (CSS VIH/Sida). Le CSS VIH/Sida est le cadre officiel de concertation, de suivi et d'évaluation de la politique sectorielle santé du Togo. Ce comité se réunira une fois par an et sera chargé de (i) la gestion du plan dans sa globalité et de chacune de ses phases sur le plan technique, administratif et financier; (ii) d'œuvrer au maintien des relations opérationnelles avec les instances de coordination régionales et celles des districts; (iii) d'assurer le suivi et la supervision à tous les niveaux ; (iv) d'assurer l'évaluation du plan de façon périodique à tous les niveaux.

La tutelle technique du plan sera assurée par le Ministère de la Santé et le PNLMT assurera le Secrétariat mais chaque département ministériel responsabilisé devra veiller à la réalisation des interventions à lui confiées en collaboration avec les autres secteurs.

3.7.3 Partenaires de mise en œuvre du plan d'action

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

3.7.3.1 Organisations de la société civile

Les organisations de la société civile (ONG, Clubs services, fondations et autres organisations de bienfaisance, les associations des malades ainsi que les organisations des droits de l'homme) sont particulièrement bien placées pour sensibiliser l'opinion publique et les responsables politiques et soutenir les efforts déployés pour prévenir et combattre les MNT.

3.7.3.2 Secteur privé

Le secteur privé sera sollicité pour jouer un rôle essentiel à l'appui des programmes de lutte contre les MNT. Il sera également un cadre des interventions de prévention et de promotion de la santé des programmes MNT au bénéfice des employés de ces structures et de la population générale. Par ailleurs, les entreprises commerciales peuvent aussi contribuer de manière décisive à la prévention des MNT en optant pour un commerce responsable qui évite de promouvoir des aliments malsains et d'autres comportements nocifs à la santé et en encourageant la consommation d'aliments sains.

3.7.3.3 Partenaires institutionnels

Il s'agit :

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

3.7.4 Niveaux de mise en œuvre du plan d'action

Les interventions seront mises en œuvre aux différents niveaux suivants :

3.7.4.1 Le niveau central

Le niveau central est responsable de la planification, de la coordination et de la supervision dans la mise en œuvre sur le territoire national, des différentes interventions et actions retenues dans les différents plans d'actions annuels découlant de cette politique.

3.7.4.2 Le niveau Régional

Le niveau régional est responsable de la supervision de la mise en œuvre des différents plans d'action annuels au niveau opérationnel du système de santé (district sanitaire).

3.7.4.3 Le Niveau District sanitaire

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

3.7.4.4 Les structures de prestation des soins de santé

Le système de prise en charge sera, à tous les niveaux, impliqué dans la prévention primaire à travers l'éducation à la santé prodiguée par le personnel médical et para médical.

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

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

3.7.4.5 La communauté

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

3.7.4.6 Le milieu du travail

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

3.7.4.7 Le milieu scolaire

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

3.7.5 Suivi / Evaluation

Un plan de suivi évaluation de la mise en œuvre du PSIMNT 2012-2015 sera élaboré. Ce plan précisera les acteurs impliqués, leurs rôles et responsabilités, le mécanisme de suivi évaluation et les différents indicateurs de mesures de performance.

3.7.5.1 Cycle de l'évaluation

L'évaluation du plan d'action intégré se fera à travers les évaluations à mi-parcours et finale conformément aux dispositions du PNDS 2012-2015.

Evaluation à mi parcours :

Elle se fera entre fin 2013 et début 2014 et portera entre autre sur le processus et les résultats :

- Prévalence de chaque facteur de risque
- Taux d'invalidités précoces dues aux maladies chroniques cibles prioritaires
- Taux de mortalité précoce par maladie chronique cible prioritaire

Evaluation finale :

Elle se fera en 2015 et portera sur les résultats à moyen terme et l'impact attendu du PSIMNT 2012-2015.

3.7.5.2 Structure de Suivi / Evaluation

3.7.5.2.1 Suivi

Le suivi régulier et périodique sera assuré :

- au niveau central par la coordination du Programme National de lutte contre les maladies Non Transmissibles : Planification et mise en œuvre des stratégies et interventions définies dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles.

- au niveau de la région sanitaire par l'équipe cadre régionale de la santé : Mise en œuvre des interventions au niveau de la région sanitaire.

- au niveau du district par l'équipe cadre du district sanitaire : Exécution des activités définies dans le cadre des interventions prioritaires retenues par le niveau central en vue de la lutte contre les maladies non transmissibles.

3.7.5.2.2 Evaluation

Les évaluations à mi parcours et finale du plan seront effectuées conformément aux dispositions de suivi évaluation du PNDS 2012-2015, de concert avec la coordination du PNLMNT, les autres programmes nationaux de santé impliqués, la DPFR, la DISER, la DEPI.

4 Conclusion

Le présent document de politique et plan stratégique intégré de lutte contre les MNT 2012-2015, s'aligne sur les grandes orientations stratégiques du PNDS 2012-2015 du Togo et de la Déclaration politique des nations unies sur la prévention et la maîtrise des MNT.

Le PSIMNT Togo 2012-2015 est un cadre formel qui présente les orientations du Ministère de la santé dans la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles (MNT) retenues dans le PNLMNT du Togo.

Après une analyse de la situation des MNT, il propose des éléments de solutions permettant de contribuer significativement, dans un esprit de partenariat multisectoriel, à la réduction du fardeau des maladies non transmissibles (MNT) au Togo.

Les grandes orientations de ce document sont : l'élaboration des politiques, des lois et règlements visant à réduire les facteurs de risque des principales MNT, l'amélioration du niveau de connaissance de la population sur les moyens de prévention des principales MNT, la promotion de la détection précoce et l'amélioration de la prise en charge des cas, le renforcement de la surveillance épidémiologique et la promotion de la recherche opérationnelle.

Remerciements

Le processus de l'élaboration du présent document de politique et plan stratégique intégré de lutte contre les MNT (PSIMNT) 2012-2015 du Togo a été dirigé et coordonné par Dr Agoudavi Kokou, Coordonateur national du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) du Togo.

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) tient à remercier les acteurs de la lutte contre les maladies non transmissibles tant nationaux qu'internationaux pour leur précieuse contribution.

Un sincère merci notamment aux différents coordonnateurs nationaux Maladies Non transmissibles : Prof Gado Napo-Koura (Cancer), Prof Jean Marie Damorou (MCV), Prof Anne Vovor (Drépanocytose), Prof Eric Grunitzky (Santé mentale), Dr Toyi Tchamdja (Diabète), Dr Kodzo Kumako (Antitabac), Dr Marcel Awoussi (Cécité), Mme Akoua Pinda (Incapacités, Traumatismes, Réhabilitation), Dr Jimongou (Santé buccodentaire), et aux membres des différents comités thématiques de lutte contre les maladies non transmissibles notamment le comité thématique de lutte contre le cancer et celui de lutte contre la drépanocytose pour avoir lancé les premières orientations stratégiques de lutte contre les MNT.

Nos remerciements vont au Directeur Général de la santé et à tous les directeurs centraux du ministère de la Santé pour leur soutien et orientations.

Nous sommes reconnaissant pour les orientations reçues des Drs : M'Pélé Pierre (WR OMS Togo), Bouréma Sambou (OMS AFRO), Sookram Chandralall (OMS AFRO), Dangou Jean Marie (OMS AFRO), Shanthi mendis (OMS Genève), Sadzo (Point focal OOAS Togo), Thiam Ismael et Kéita Namoudou (OOAS Bobo dioulasso/Burkina).

Nous sommes très reconnaissants pour tous les acteurs qui ont révisé les premières versions et qui ont participé à l'atelier de finalisation du PSIMNT 2012-2015. Il s'agit de : Abalo-Tchamdja Laure (Programme national de lutte contre le Sida et les IST), Dr Agba Mahèza (Direction des Pharmacies, des laboratoires et des Equipements Techniques), Dr Agbekou K. Jérôme (OMS Togo), Agounon Edoh (Association Togolaise du Diabète), Ahoomey Zunu Ayaovi (ASEPOT), Prof Akpadza Koffi (CHU Sylvanus Olympio), Akakpo Midamégbé (Cabinet/ Ministère de la Santé), Alitchawu A. Fatahi (AMKITO), Analene Gbapeba (FETAPH), Assigbé Venunye (AMS Togo), Prof Attipou Komla (Faculté Mixte de Médecine et Pharmacie de Lomé), Awobanou Kokou (AMS Togo), Dr. Awoussi Sossinou (Programme national de lutte contre la cécité), Dr Baba A. Amivi (Direction des établissements des soins), Bagnon Aliou (CHU Campus), Prof. Bakondé Bakoe (CHU Campus), Dr Baritsé Dametoti (Médecin du privé), Bouwessidjao Akoua (Programme des Incapacités Traumatismes et Réhabilitation/CNAO), Col. Badombéna Ranougo (Comité National Anti-Drogue), d'Alméida Adjowa (Association des Sages femmes du Togo), Prof. Damorou Jean Marie (Programme National de lutte contre les maladies cardiovasculaires), Dr. Dogbè Koku Sika (Directeur Général de la Santé), Dr Dossou Mensan (Programme national de lutte contre la tuberculose), Gbati Kissaou (Programme National de lutte contre la drépanocytose), Ekoué-Kuvahey Kangni (Alliance Maladies Non Transmissibles Togo), Prof Grunitzky Eric (Programme National santé mentale), Homawoo Améyo Hololi (Association

VISA), Dr. Jimongou Pierre (Programme national santé bucco dentaire Noma), Joppa Kossi (Association togolaise de lutte contre la drépanocytose), Kenao Badao (DAHM), Keklemessi Issidore (AMS Togo), Koffi-Kuma Edem (SNIEC/Ministère de la Santé), Dr Komlagan Atayi Sylvain (Directeur des Soins de Santé Primaires), Dr Kombaté Damélan (Programme National santé mentale), Kpandressi Anarème (Association des orthoprothésistes), Kponvi Viviane (AMS Togo), Dr Kwawu Kafui (Fondation Robert Fiadjoe), Kudzu Grace (Association togolaise de lutte contre la drépanocytose), Dr. Kumako K. Vinyo (Programme national Antitabac), Lakna Tokpessa (AMKITO), Mossiyamba Séwédé (DPFR/ Ministère de la Santé), Dr Nabiliou Komlan (Direction des soins de santé primaires), Prof. Napo Kura François (Programme national de lutte contre le cancer), Dr N'Da N'Kénon Watani (Programme National de lutte contre les maladies cardiovasculaires), Dr Noményo Adzoa Akpedje (DGS Adjointe), N'Tsoukpo Agakpé (ASHTA Togo), Prof Nyamey Koffi (CHU Sylvanus Olympio), Prof Ségbéna Akueté (CHU Campus), Dr Sogoyou Sim (Chirurgien dentiste CHU Sylvanus Olympio), Tamakloe Mawuvi Gerson (OMS Togo), Dr Tchamdja Toyi (Programme National de lutte contre le diabète), Teou K. Assaih (Programme National de lutte contre la cécité), Dr Tossou Komlan (Association Togolaise du Diabète), Prof Vovor Ahoefa (Programme national de lutte contre la drépanocytose).

Nous sommes particulièrement reconnaissants aux personnes ci après qui ont participé au nom de leur diverse institution (Assemblée nationale, partenaire technique et financier, Ministère, direction, division, programme, service, organisation de la société civile, association, syndicat, et formation sanitaire) à l'atelier de validation de ce premier document de politique et plan stratégique intégré de lutte contre les MNT du Togo. Nous les remercions tous pour leur participation, leur enthousiasme et leur engagement en faveur de la lutte contre les maladies non transmissibles au Togo et dans le monde : Abalo Palakiyem (Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux-Lomé), Adjolla Kossi (SYNPHAT), Dr. Agbekou k. Jérôme (OMS Togo), Dr. Agossou Abram (Direction District Sanitaire Golfe), Akakpo Midamegbé (Cabinet/Ministère de la Santé), Ahiakpor Lysette (SRAHM), Aholou-Fianke Akouavi (Ministère de la Fonction Publique et des Reformes administratives), Akotchaye Kodjo (Ministère de l'Environnement et des Ressources Forestières), Akotia Yawo (Ministère de la Santé/DAC), Alayi Mandjatom Tchao (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche), Ali Mouzou (Ministère des Sports et des Loisirs), Alodzi D. Kokou, Prof. Amedegnato M. Degnon (Ordre National des Médecins du Togo), Amegnran-Ekue Ayélé (Ministère du Commerce), Amétépé Kossivi Amouzou Olivier (Association des Etudiants de Médecine et Pharmacie du Togo), Assigbé Venunye (AMS Togo), Awagah K. Sefa (CHU Campus), Awity D. Komi (Espérance et Vie Nouvelle), Dr. Awoussi Sossinou (Programme national de lutte contre la cécité), Azaye-Kedjagni Akpe (Direction Régionale de la santé Lomé Commune), Prof. Bakondé Bakoe (CHU Campus), Bamaze Tchao (Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale), Bimizi Abidè (Direction des Pharmacies, des laboratoires et des Equipements Techniques), Blakimé tetou-Houyo Marcelin (Ministère de l'urbanisme et de l'Habitat), Bouraima Monawiyatou (SAN), Col. Badombéna Ranougo (Comité National Anti-Drogue), d'Almeida Adjowa (Association des Sages femmes du Togo), Prof. Damorou Jean Marie (Programme National de lutte contre les maladies cardiovasculaires), Daou Toussadéma (Ministère du Travail), Dakpui Kaleti), Dr. Deku Kodzo (Programme National de lutte contre le Sida/IST), Dogbè Koku Sika (Directeur Général de la Santé), Prof. Dosseh Ekoue David (SYNPHOT), Douiti Gatirman

(Direction Régionale de la Santé Maritime), Dr. Ebey A. Kodjo (Association Nationale des Consommateurs et de l'Environnement), Dr. Ekoue-Kouvahey Kangni (Alliance Maladies Non Transmissibles Togo), Dr. Etta-Koffi Kokou (Hôpital de Bê), Fantchenou Ayele (CBM), Felley Kodjo Sewa (Association Togolaise du Diabète), Gabiam Ayélé Ahoefa (Association Nationale des Infirmiers et Infirmières du Togo), Gbati Kissaou (Programme national de lutte contre la drépanocytose Hon. Ba Traore Aboubakar (Député à l'Assemblée Nationale), Hon. Tokoro Adignon (Député à l'Assemblée Nationale), Issifou kenanou (Réseau des Journalistes pour la santé), Dr. Jimongou Pierre (Programme national santé bucco dentaire Noma), Kadjama Di-Rem (Organisation de la Société Civile), Keklemessi Komla (AMS Togo), Kereguele Watou (CHU Sylvanus Olympio), Kodzo Komla (Université de Lomé), Koffi-kuma K. Edem (SNIEC/ Ministère de la santé), Komédja E. Kwami (Hôpital de Zébé), Kondi Ounoh (MAEP), Kougbani Kokou, Kpanoga N'Dakena (Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat), Kpokanou Isaac Kuaku (Direction des Etablissements de Soins), Dr. Kumako K. Vinyo (Programme national Antitabac), Dr. Layibo Yao (Institut National de l'Hygiène), Dr. Madou Kokou (Association de santé publique GH2i-Togo), Mensah M. Kossi, Metchoko Kossi Nevaéme (Direction Régionale de la Santé Plateaux), Prof. Napo Kura François (Programme national de lutte contre le cancer), Nyakossan Kossi (Direction Générale de la santé), N'Tsoukpo Agakpé Obadya (ASHTA Togo), Pédanou Ben (Ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle), Sanguia Koffi (Min. Administration territoriale, Décentralisation et Collectivités Locales), Dr. Tagba Tchilalou (District Sanitaire n°5), Tagba Simfeilé (Ministère de la Communication), Takouda Victoire (CAMEG Togo), Tamakloe Mawuvi Gerson (HPR/OMS Togo), Dr. Tamekloé Tsidi (Division de l'Epidémiologie), Tankpali L. Amidou (Ministère de l'Economie et des finances / Direction du Budget), Dr. Tchamdja Toyi Paul (Programme national de lutte contre le Diabète), Tchima Mewina-Esso (SRAHM Lomé Commune), Tchoumani Eyassouwé, Teou k. Cathérine (Programme national de lutte contre la cécité), Todjro Kodjo (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la sécurité Sociale), Tomekpe Christophe (Ministère de l'Environnement et des Ressources Forestières), Prof. Vovor Ahoefa (Programme national de lutte contre la drépanocytose), Yakoubou Doukoïyetou.

Nous sommes reconnaissants aux membres du groupe IHP+ : Dr Romain Tchamdja (Point focal IHP+ Togo), Salami Machikourou, et Dr Pekele Minza pour leur contribution à l'alignement du PSIMNT 2012-2015 sur le PNDS 2012-2015.

Le présent document de politique et plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles 2012-2015 du Togo a été revue avant son édition par les différentes parties prenantes mentionnées dans les paragraphes précédents, à qui nous présentons, encore une fois, toutes nos gratitude.

Annexe 1 : Politique Nationale de Santé Togo (Vision, valeurs et principes directeurs)

Vision de la politique nationale de santé

La vision de la politique nationale de santé est d'assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables.

Valeurs et principes directeurs de la politique nationale de santé

▪ *Les valeurs*

Les choix en matière de santé dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique nationale s'appuient sur des valeurs de :

- solidarité,
- équité et égalité,
- justice sociale,
- intégrité et éthique,
- respect des droits humains et de la spécificité du genre avec un accent particulier sur l'Enfant.

▪ *Les principes directeurs*

La mise en œuvre de la politique nationale de santé est guidée par huit principes directeurs:

1. **Efficiences** : la stratégie de mise en œuvre de la politique de santé doit être basée sur des interventions efficaces et reconnues à haut impact, elles-mêmes basées sur l'évidence;
2. **Couverture universelle en santé** : la couverture universelle aux soins et services de santé de qualité doit être basée sur l'extension à tous de la protection sociale en santé à travers un financement suffisant, équitable et durable ; elle est complémentaire à des réformes de prestations de services qui réorganisent les services de santé sous forme de soins de santé primaires, autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde tout en produisant de meilleurs résultats ;
3. **Participation et appropriation communautaire** : la participation et l'appropriation communautaire sous-tendent l'application de l'approche des Soins de Santé Primaires (SSP);
4. **Gestion axée sur les résultats et la bonne gouvernance** : la transparence, la responsabilisation, la généralisation de la gestion axée sur les résultats, la bonne gouvernance dans l'utilisation des ressources financières et dans la gestion du secteur, constituent des fondements à tous les niveaux. La gestion axée sur les résultats favorise aussi le renforcement du leadership en introduisant l'autorité dirigeante inclusive, participative, négociatrice qu'appelle la complexité du système de santé ;
5. **Complémentarité** : la prévention de la maladie, la promotion et la restauration de la santé sont complémentaires;

6. Partenariat : la reconnaissance de la multi-sectorialité et la mutualisation des responsabilités des autres secteurs prennent en compte le développement des partenariats notamment public-privé nécessaires à la mise en œuvre de la politique de santé; il encourage la promotion de politiques publiques visant à rendre les collectivités plus saines, en combinant les actions de santé publique avec les soins de santé primaires et en menant des politiques publiques saines dans tous les secteurs;
7. Continuité et qualité de soins : les soins de santé doivent être acceptables, de bonne qualité, intégrés et continus;
8. Médicaments génériques : l'accès universel aux médicaments essentiels génériques de qualité à coût abordable reste indispensable à l'exercice du droit à la santé ;
9. Evaluation : toutes les interventions et les stratégies de soins sont soumises à une évaluation conjointe.

Annexe 2 : PNDS 2012-2015 (Objectifs, Programmes prioritaires)

Les objectifs du PNDS 2012-2015 sont identiques à ceux de la Politique nationale de la Santé (2011) à savoir :

- **Objectif 1** : Réduire la mortalité maternelle et néonatale et renforcer la planification familiale,
- **Objectif 2** : Réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ;
- **Objectif 3** : Combattre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies y compris les maladies non transmissibles (diabète, HTA, drépanocytose, maladies mentales, cancer, obésité, maladies bucco-dentaires, maladies respiratoires chroniques etc.) les maladies à potentiel épidémique et les maladies tropicales négligées ;
- **Objectif 4** : Promouvoir la santé dans un environnement favorable à la santé ;
- **Objectif 5** : Améliorer l'organisation, la gestion et les prestations des services de santé.

Ces objectifs sont traduits en cinq programmes prioritaires dans le PNDS dont la mise en œuvre efficace permettra au secteur de la santé de relever les multiples défis auxquels il est confronté.

Les Cinq programmes prioritaires du PNDS 2012-2015

Programme 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

Programme 2 : Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile

Programme 3 : lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées et les catastrophes

Programme 4 : Prévention et contrôle des maladies non transmissibles

Programme 5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire.

Annexe 3 : Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la région africaine de l'OMS

Nous, Ministres de la Santé et Chefs de délégation de la Région africaine de l'OMS, réunis à Brazzaville, Congo, du 4 au 6 avril 2011, en consultation régionale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (MNT) en prélude à la réunion ministérielle sur les modes de vie sains et la lutte contre les MNT prévue à Moscou les 28 et 29 avril 2011, et au Sommet de haut niveau des Nations Unies sur les MNT qui se tiendra à New York, Etats-Unis, en septembre 2011;

RECONNAISSANT la double charge sans cesse croissante des maladies transmissibles et non transmissibles dans la Région africaine de l'OMS, des incapacités connexes et des décès prématurés associés à ces maladies;

CONSCIENTS de la preuve grandissante du fardeau lié **aux maladies cardiovasculaires, au diabète, aux cancers, aux maladies respiratoires chroniques, aux hémoglobinopathies (en particulier la drépanocytose), aux affections mentales, aux violences, aux traumatismes, aux maladies buccodentaires et oculaires** dans la Région africaine de l'OMS;

NOTANT que les MNT majeures sont liées à des facteurs de risque communs, notamment le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation, la sédentarité, et dans certains cas les infections ;

RÉALISANT que ces facteurs de risque ainsi que les systèmes mis en place pour la prise en charge des maladies qui affectent les populations sont à leur tour influencés par les déterminants politiques, sociaux, comportementaux, environnementaux et économiques, et par conséquent, nécessitent une approche multisectorielle de lutte contre les MNT;

RÉAFFIRMANT notre engagement de renforcer les systèmes nationaux de santé comme base d'une approche globale dans le but de produire des résultats de santé équitables;

RECONNAISSANT la mise en œuvre du Plan d'Action mondial de lutte contre les MNT par les États Membres, l'OMS, les partenaires au développement et la société civile en dépit de la crise financière mondiale actuelle, et utilisant les défis actuels comme des opportunités pour accroître les investissements et améliorer la gestion des ressources disponibles en vue de ralentir, arrêter ou inverser la tendance des principales maladies non transmissibles, en particulier dans les groupes vulnérables tels que les femmes, les enfants et les personnes âgées;

RAPPELANT les résolutions WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles et WHA61.14 sur Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale, le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2008), la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique (2008), la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement (2008), l'Appel à l'action de Nairobi pour la promotion de la santé (2009), l'Appel à l'action de Maurice sur le

diabète, les maladies cardiovasculaires et les MNT (2009), et la Convention cadre de l'OMS sur la lutte antitabac (CCLAT-2003);

RECONNAISSANT que si la mondialisation, le commerce et l'urbanisation ont eu un effet favorable sur le développement humain, ils sont également d'importants facteurs externes responsables de l'aggravation des inéquités de santé au sein et entre les pays, au sein et entre les populations, qu'ils mettent ainsi en péril la réalisation des objectifs définis au niveau international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement, et requièrent par conséquent un plaidoyer de haut niveau en vue d'une bonne gouvernance de la santé, ainsi que la responsabilité sociale;

NOUS FÉLICITANT de la convocation de la réunion ministérielle de Moscou sur les modes de vie sains et de la lutte contre les MNT, et du Sommet des Nations Unies sur les MNT, et appréciant le rôle de chef de file de l'OMS dans la préparation de ces importants événements;

PRENANT NOTE de nos précédents engagements pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre les MNT dans la Région africaine;

AYANT délibéré sur la prévention et le contrôle des MNT,

DÉCLARONS ce qui suit :

1. Dans la Région africaine de l'OMS, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les hémoglobinopathies (en particulier la drépanocytose), les affections mentales, les violences et les traumatismes représentent un défi important pour le développement;
2. Bien que n'ayant pas été mentionnés de façon spécifique parmi les objectifs du Millénaire pour le développement, les MNT constituent une partie importante de l'agenda de développement et de santé aux niveaux mondial, régional et national ;
3. Les Chefs d'État et de Gouvernement devraient garantir le leadership dans la prévention et le contrôle des MNT, en assurant la participation de tous les secteurs publics en partenariat avec la société civile, le secteur privé et les communautés. Les Chefs d'État et de Gouvernement devraient promouvoir la bonne gouvernance pour prévenir les conflits et l'interruption de l'offre des services;
4. Les systèmes nationaux d'information sanitaire devraient être renforcés et standardisés afin de générer des données désagrégées sur les MNT, leurs facteurs de risque, leurs déterminants pour assurer la surveillance de leur ampleur, leurs tendances et leur impact;
5. Le partage des informations sur les MNT en utilisant tous les moyens appropriés y compris les nouvelles technologies de l'information et de communication devrait être promu et intensifié pour élever la prise de conscience en matière de santé et renforcer le pouvoir de décision des individus, des familles et des communautés;

6. Les stratégies de prévention et de contrôle des MNT, les directives, les politiques, la législation, les cadres réglementaires, y compris la Convention cadre de l’OMS pour la lutte antitabac devraient être élaborés et mis en œuvre pour protéger les individus, les familles et les communautés des mauvaises habitudes alimentaires, de l’usage nocif d’alcool, du tabagisme, de la publicité des produits malsains et assurer la sécurité sanitaire des aliments, la prévention des traumatismes et violences, et la prévention des infections qui sont à l’origine de certains types de cancers;

7. Les systèmes nationaux de santé devraient être orientés vers la promotion de modes de vie plus sains et le soutien aux individus, aux familles et aux communautés dans le cadre des soins de santé primaires afin de répondre efficacement aux problèmes complexes sociaux, culturels et comportementaux associés aux MNT;

8. Les systèmes de santé devraient être renforcés en accordant une attention particulière, entre autres : au financement; à la formation et à la fidélisation du personnel de santé; à l’approvisionnement et à la distribution des médicaments, des vaccins, des matériels et équipements médicaux; à l’amélioration des infrastructures; et à la prestation des services à bases factuelles et ayant un bon rapport coût-efficacité pour les MNT. Il est nécessaire de faire le plaidoyer pour l’intégration de la santé dans toutes les politiques de façon multisectorielle afin de répondre aux problèmes des MNT, de leurs facteurs de risques et déterminants;

9. La prise en charge des maladies transmissibles dans plusieurs pays et les initiatives mondiales de santé offrent de nombreuses opportunités pour accélérer la prévention et le contrôle des MNT. De telles opportunités devraient être identifiées et exploitées pour fournir des soins intégrés dans le contexte des soins de santé primaires et du renforcement du système de santé;

10. Les partenariats, les alliances et les réseaux en réunissant les acteurs au niveau national, régional et mondial, y compris les institutions académiques et de recherche, les secteurs public et privé, ainsi que la société civile devraient être encouragés et soutenus afin de collaborer dans la prévention et le contrôle des MNT et mener des recherches novatrices adaptées au contexte africain;

11. Des ressources financières, à la hauteur du fardeau des MNT, devraient être allouées à partir du budget national et dédiées pour soutenir la prévention primaire et la prise en charge des MNT en utilisant l’approche des soins de santé primaires et en établissant des mécanismes novateurs de financement durable tant au niveau national qu’international;

NOUS ENGAGEONS À :

12. Élaborer des plans d’action nationaux et renforcer les capacités institutionnelles pour la prévention et le contrôle des MNT;

EXHORTONS :

13. Les Nations Unies à inclure la prévention et la prise en charge des MNT dans tous les futurs objectifs mondiaux de développement;

14. L'Organisation mondiale de la Santé, les partenaires et la société civile, à fournir un appui technique aux Etats Membres de la Région africaine de l'OMS pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des recommandations contenues dans la présente déclaration et à soutenir un processus de revue par les pairs et le partage d'expériences entre les États Membres;

15. Les partenaires au développement et la société civile à apporter des contributions financières nouvelles et suffisantes pour la lutte contre les MNT sans que cela ne se fasse au détriment du financement actuel et futur de la prévention et du contrôle des maladies transmissibles ;

DEMANDONS :

16. Aux Chefs d'État et de Gouvernement de la Région africaine de l'OMS d'adopter la présente déclaration et de la présenter au Sommet de haut niveau des Nations Unies de New York sur les MNT en tant que position de la Région africaine;

17. Au Secrétaire Général des Nations Unies de mettre en place un mécanisme pour suivre la concrétisation des engagements issus du Sommet de haut niveau des Nations Unies de septembre 2011 ;

18. Au Directeur régional de l'OMS l'Afrique d'inscrire dans l'agenda du Comité régional de 2012 la discussion du plan stratégique régional sur les MNT et de faire un rapport au Comité régional de 2014 sur la mise en œuvre de cette déclaration.

Fait à Brazzaville, République du Congo, le 06 avril 2011

Annexe 4 : Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

Nous, chefs d'État et de gouvernement et représentants d'État et de gouvernement, réunis au Siège de l'Organisation des Nations Unies les 19 et 20 septembre 2011 pour traiter de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles partout dans le monde, et, singulièrement, des défis de développement et autres et des incidences sociales et économiques, sur les pays en développement en particulier,

1. Reconnaissons que le fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale constituent l'un des principaux défis pour le développement au XXI^e siècle, en ce qu'il vient remettre en cause le développement social et économique dans le monde entier et compromettre la réalisation des objectifs de développement arrêtés sur le plan international;
2. Reconnaissons que les maladies non transmissibles sont une menace pour l'économie de nombreux États Membres et peuvent accroître les inégalités entre pays et entre populations;
3. Reconnaissons le rôle primordial des gouvernements et la responsabilité qui leur incombe de faire face au défi des maladies non transmissibles, et l'impérieuse nécessité pour tous les secteurs de la société d'agir et de s'investir pour susciter des réponses efficaces propres à assurer la prévention et la maîtrise de ces maladies;
4. Reconnaissons aussi le rôle important de la communauté internationale et de la coopération internationale pour aider les États Membres, en particulier les pays en développement, en venant compléter les efforts qu'ils font chacun pour susciter une réponse efficace aux maladies non transmissibles;
5. Réaffirmons le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible;
6. Reconnaissons l'urgente nécessité de mesures plus fortes aux échelons mondial, régional et national pour prévenir et maîtriser les maladies non transmissibles afin de contribuer à la pleine réalisation du droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible;
7. Rappelons les mandats arrêtés par l'Assemblée générale des Nations Unies, dans ce domaine en particulier ses résolutions 64/265 et 65/238;
8. Prenons note en nous en félicitant de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac, réaffirmons toutes les résolutions et décisions pertinentes adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et soulignons qu'il importe que les États Membres continuent de s'attaquer aux facteurs communs de risque de maladies non transmissibles en mettant en œuvre le Plan d'action pour 2008-2013 de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles ainsi

que la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool;

9. Rappelons la Déclaration ministérielle adoptée lors du débat de haut niveau de 2009 du Conseil économique et social de l'ONU, qui appelait à agir d'urgence pour appliquer la Stratégie mondiale de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles et le plan d'action correspondant;

10. Prenons note en nous en félicitant de toutes les initiatives régionales consacrées à la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, notamment la Déclaration des chefs d'État et de gouvernement de la Communauté des Caraïbes intitulée « Uniting to stop the epidemic of chronic non communicable diseases » (Unis pour arrêter l'épidémie des maladies chroniques non transmissibles), adoptée en septembre 2007; la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique, adoptée en août 2008; la déclaration des chefs d'État et de gouvernement du Commonwealth sur la lutte contre les maladies non transmissibles, adoptée en novembre 2009; la déclaration finale du cinquième Sommet des Amériques, adoptée en juin 2009; la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé, adoptée par les États Membres de la région Europe de l'OMS en mars 2010; la Déclaration de Doubaï sur le diabète et les maladies chroniques non transmissibles au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, adoptée en décembre 2010; la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, adoptée en novembre 2006; l'Appel d'Aruba pour la lutte contre l'obésité de juin 2011; et le Communiqué de Honiara consacré au défi des maladies non transmissibles dans la région du Pacifique, adopté en juillet 2011;

11. Prenons également note en nous en félicitant des résultats des consultations régionales multisectorielles, notamment l'adoption de déclarations ministérielles, tenues par l'Organisation mondiale de la Santé en collaboration avec les États Membres, avec le soutien et la participation active des commissions régionales et autres organismes et entités compétents des Nations Unies, qui ont servi à établir des contributions aux préparatifs de la Réunion de haut niveau, conformément à la résolution 65/238;

12. Accueillons avec satisfaction la convocation de la première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, qui a été organisée par la Fédération de Russie et l'OMS les 28 et 29 avril 2011 à Moscou, et l'adoption de la Déclaration de Moscou, et rappelons la résolution 64/11 de l'Assemblée mondiale de la santé;

13. Reconnaissons le rôle de chef de file de l'Organisation mondiale de la Santé en tant que principale institution spécialisée dans le domaine de la santé, notamment les rôles et fonctions inscrits dans son mandat en ce qui concerne la politique de santé, et réaffirmons son rôle de chef de file et son action de coordination en matière de promotion et de suivi de l'action mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles par rapport aux travaux d'autres organismes compétents des Nations Unies, des banques de développement et d'autres organisations régionales et internationales, pour réagir de manière coordonnée à ces maladies;

Un défi d'ampleur épidémique et ses répercussions sur les plans socioéconomique et du développement

14. Notons avec une profonde préoccupation que, selon l'OMS, près de 36 millions des 57 millions de décès enregistrés dans le monde en 2008 étaient dus à des maladies non transmissibles, principalement des maladies cardiovasculaires, des cancers, des maladies respiratoires chroniques et le diabète, près de 9 millions de ces décès étant survenus avant l'âge de 60 ans et près de 80 % dans des pays en développement;

15. Notons aussi avec profonde préoccupation que les maladies non transmissibles figurent parmi les principales causes de morbidité évitable et de handicaps connexes;

16. Reconnaissons en outre que les maladies non transmissibles, les pathologies maternelles et périnatales et les déficiences nutritionnelles sont à l'heure actuelle les causes les plus fréquentes de décès en Afrique, et notons avec préoccupation le double fardeau croissant de la maladie causé, y compris en Afrique, par l'augmentation rapide de l'incidence des maladies non transmissibles, qui devraient devenir les causes les plus fréquentes de décès à l'horizon 2030;

17. Notons en outre qu'il existe toute une série d'autres maladies non transmissibles et pathologies pour lesquelles les facteurs de risque et les mesures préventives de dépistage, de traitement et de soins nécessaires sont liés aux quatre plus importantes maladies non transmissibles;

18. Reconnaissons que les troubles mentaux et neurologiques, notamment la maladie d'Alzheimer, sont une importante cause de morbidité et contribuent au fardeau global des maladies non transmissibles pour lequel il faut assurer un accès équitable à des programmes et interventions de soins de santé efficaces;

19. Reconnaissons que les maladies rénales, orales et oculaires constituent un important fardeau sanitaire pour bon nombre de pays et que ces maladies partagent les mêmes facteurs de risque et peuvent bénéficier des réponses communes aux maladies non transmissibles;

20. Reconnaissons que les maladies non transmissibles les plus importantes sont liées à des facteurs de risque communs, à savoir le tabagisme, l'abus d'alcool, une alimentation peu saine et le manque d'exercice physique;

21. Reconnaissons que les conditions dans lesquelles les populations vivent et leurs modes de vie ont une influence sur la santé et la qualité de la vie, et que la pauvreté, la répartition inégale des richesses, le manque d'instruction, l'urbanisation rapide et le vieillissement de la population et les déterminants économiques, sociaux, sexuels, politiques, comportementaux et environnementaux de la santé sont au nombre des facteurs qui concourent à l'incidence et à la prévalence croissantes des maladies non transmissibles;

22. Notons avec grave préoccupation le cercle vicieux par lequel les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque aggravent la pauvreté, qui elle-même contribue à l'accroissement des

taux de maladies non transmissibles, créant ainsi une menace pour la santé publique et pour le développement économique et social;

23. Notons avec préoccupation que l'ampleur, en croissance rapide, des maladies non transmissibles touche des personnes de tous âges, de tous sexes, de toutes races et de tous niveaux de revenu, que les populations pauvres et celles en état de vulnérabilité, en particulier dans les pays en développement, assument une part disproportionnée du fardeau et que les maladies non transmissibles peuvent toucher différemment les femmes et les hommes;

24. Notons avec préoccupation les taux croissants d'obésité dans différentes régions, en particulier chez les enfants et les adolescents, et notons en outre les liens entre l'obésité, une alimentation peu saine et le manque d'exercice physique, d'une part, et les quatre principales maladies non transmissibles, qui vont de pair avec l'augmentation des dépenses de santé et la réduction de la productivité, d'autre part;

25. Exprimons la profonde préoccupation que nous inspire ceci que les femmes assument une part disproportionnée du fardeau dans la prestation des soins et que, dans certaines populations, les femmes sont généralement moins actives physiquement que les hommes, sont plus souvent obèses et commencent à fumer dans des proportions alarmantes;

26. Notons aussi avec préoccupation que la santé maternelle et infantile est intimement liée aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque, plus précisément parce que la malnutrition des parents et le faible poids à la naissance des enfants prédisposent à l'obésité, à la forte tension artérielle, aux maladies cardiaques et au diabète plus tard dans la vie, et que les pathologies liées à la grossesse, telles que l'obésité maternelle et le diabète gestationnel, sont associées à des risques similaires chez la mère et chez sa progéniture;

27. Notons avec préoccupation les liens possibles entre les maladies non transmissibles et certaines maladies transmissibles telles que le VIH, et appelons à intégrer, selon qu'il conviendra, les réponses au VIH et aux maladies non transmissibles et, à cet égard, à accorder l'attention voulue aux personnes vivant avec le VIH, en particulier dans les pays à forte prévalence du virus et ce dans le respect des priorités nationales;

28. Reconnaissons que l'exposition à la fumée par suite de l'utilisation de réchauds inefficaces pour la cuisine ou le chauffage en intérieur contribue aux pathologies pulmonaires et respiratoires, voire peut les exacerber, l'effet en étant disproportionné chez les femmes et les enfants dans les populations pauvres où les ménages peuvent être tributaires de ce type de combustible;

29. Reconnaissons aussi l'existence d'inégalités importantes quant au fardeau représenté par les maladies non transmissibles et à l'accès à la prévention et à la maîtrise de ces maladies, d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays et des communautés;

30. Reconnaissons qu'il importe au plus haut point de renforcer les systèmes de santé, notamment l'infrastructure de soins de santé, les ressources humaines du secteur de la santé et les systèmes de protection sanitaire et sociale, en particulier dans les pays en développement, de

façon à pourvoir de manière efficace et équitable aux besoins en matière de soins de santé des personnes atteintes de maladies non transmissibles;

31. Notons avec grave préoccupation que les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque alourdissent le fardeau qui pèse sur l'individu, la famille et la collectivité, notamment par l'appauvrissement résultant d'un traitement de longue durée et des dépenses de santé correspondantes et par une perte de productivité qui compromet le revenu des ménages et aboutit à une perte de productivité pour l'individu et sa famille et pour les économies des États Membres, faisant ainsi des maladies non transmissibles un facteur contributif de la pauvreté et de la faim pouvant avoir des répercussions directes sur la réalisation des objectifs de développement arrêtés au plan international, les OMD notamment;

32. Exprimons notre profonde préoccupation devant les répercussions préjudiciables actuelles de la crise financière et économique, de la grande instabilité des prix de l'énergie et des produits alimentaires et des inquiétudes actuelles concernant la sécurité alimentaire, ainsi que les défis croissants du changement climatique et la perte de diversité biologique et leur effet sur la maîtrise et la prévention des maladies non transmissibles, et soulignons à cet égard la nécessité de faire rapidement des efforts résolus, coordonnés et multisectoriels pour faire face à ces répercussions, tout en faisant fond sur les efforts déjà en cours;

Relever le défi, mission de l'ensemble des acteurs publics et du corps social

33. Reconnaissons que la hausse, partout dans le monde, de la prévalence des maladies non transmissibles et de la morbidité et de la mortalité liées à ces maladies peut être en grande partie prévenue et maîtrisée par une action collective et multisectorielle de l'ensemble des États Membres et des autres acteurs compétents aux niveaux local, national, régional et mondial, et en accordant un rang de priorité plus élevé à la question des maladies non transmissibles dans la coopération pour le développement, qu'il convient d'intensifier à cet égard;

34. Reconnaissons que la prévention doit être la pierre angulaire de la lutte mondiale contre les maladies non transmissibles;

35. Reconnaissons aussi qu'il importe au plus haut point de réduire le degré d'exposition de l'individu et des populations aux facteurs de risque modifiables courants des maladies non transmissibles, à savoir le tabagisme, l'alimentation malsaine, le manque d'exercice physique et l'abus d'alcool, ainsi que les déterminants de ces maladies tout en renforçant la capacité de l'individu et des populations de faire des choix plus sains et d'adopter un mode de vie permettant de rester en bonne santé;

36. Reconnaissons que la prévention et la maîtrise effectives des maladies non transmissibles exigent des pouvoirs publics une impulsion et une démarche multisectorielle en faveur de la santé, y compris la prise en compte, selon qu'il conviendra, des questions de santé dans toutes les politiques, et une approche concertée de tous les acteurs publics dans des secteurs tels que, notamment, la santé, l'éducation, l'énergie, l'agriculture, les sports, les transports, les

communications, l'urbanisme, l'environnement, le travail, l'emploi, l'industrie et le commerce, la finance et le développement social et économique;

37. Prenons acte de la contribution et du rôle important de toutes les parties prenantes, notamment l'individu, la famille et la collectivité, les organisations intergouvernementales et les institutions religieuses, la société civile, les milieux universitaires, les médias, les associations bénévoles et, le cas échéant, le secteur privé et l'industrie, à l'appui des efforts nationaux pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et reconnaissons la nécessité de soutenir plus avant le renforcement de la coordination entre ces parties prenantes de manière que ces efforts gagnent en efficacité;

38. Reconnaissons qu'il existe un conflit d'intérêts fondamental entre l'industrie du tabac et la santé publique;

39. Reconnaissons qu'une démarche intégrant des interventions fondées sur des données factuelles, financièrement abordables, d'un bon rapport coût-efficacité, menées à l'échelle de la population et intéressant de multiples secteurs peut prévenir ou réduire en grande partie l'incidence et les conséquences des maladies non transmissibles;

40. Sommes conscients que les ressources consacrées à la lutte contre les problèmes posés par les maladies non transmissibles aux niveaux national, régional et international ne sont pas à la mesure de l'ampleur de ces problèmes;

41. Reconnaissons qu'il importe de renforcer les capacités aux échelons local, provincial, national et régional pour faire face aux maladies non transmissibles et les combattre efficacement, en particulier dans les pays en développement, et que cette entreprise peut nécessiter des ressources humaines, financières et techniques accrues et régulières;

42. Prenons acte de la nécessité de définir une approche multisectorielle de la santé à tous les échelons de l'État, afin de traiter les facteurs de risque des maladies non transmissibles et les déterminants fondamentaux de la santé de manière globale et décisive; Il est possible de prévenir les maladies non transmissibles et d'en réduire sensiblement les conséquences, en sauvant des millions de vies et en évitant des souffrances indicibles. C'est pourquoi nous nous engageons à prendre les mesures suivantes.

Réduction des facteurs de risque et instauration d'environnements sains

43. Faire avancer la mise en œuvre d'interventions multisectorielles, d'un bon rapport coût-efficacité et menées à l'échelle de la population pour réduire les effets des facteurs de risque courants des maladies non transmissibles, à savoir le tabagisme, l'alimentation malsaine, le manque d'exercice physique et l'abus d'alcool, en appliquant les stratégies et accords internationaux pertinents, ainsi que les mesures éducatives, législatives, réglementaires et fiscales, sans préjudice du droit des États souverains de déterminer et établir leur politique fiscale, et autres politiques, le cas échéant, en association avec tous les secteurs intéressés, la société civile et la collectivité, selon qu'il conviendra, et en prenant les mesures suivantes :

a) Encourager la formulation de politiques publiques multisectorielles propres à créer des environnements propices et équitables pour donner à l'individu, à la famille et à la collectivité les moyens de faire des choix sains et de vivre en bonne santé;

b) Élaborer, renforcer et appliquer, selon qu'il conviendra, des politiques publiques et des plans d'action multisectoriels en vue de promouvoir l'éducation et l'information sanitaires, y compris par des stratégies et des programmes scolaires et extrascolaires d'éducation et d'information fondés sur des données factuelles, et par des campagnes de sensibilisation du public, qui sont d'importants moyens d'accroître la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, sachant que de nombreux pays ont à peine commencé à prêter une forte attention à l'information sanitaire;

c) Accélérer la mise en œuvre par les États parties de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, en envisageant dans toute leur étendue les mesures requises, y compris les mesures visant à réduire la consommation et l'offre de tabac, et encourager les pays qui ne l'ont pas encore fait à envisager d'adhérer à la Convention-cadre, sachant que réduire sensiblement la consommation de tabac concourt grandement à faire reculer les maladies non transmissibles et est porteur d'effets bénéfiques considérables sur la santé de l'individu et la situation sanitaire des pays, et que les mesures d'augmentation des prix et de taxation sont un moyen efficace et non négligeable de réduire la consommation de tabac;

d) Promouvoir la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé élaborée par l'OMS, y compris, le cas échéant, en adoptant de politiques et mesures visant à encourager dans l'ensemble de la population des habitudes alimentaires saines et la pratique accrue d'activités physiques, y compris dans toutes les sphères de la vie quotidienne, en s'attachant par exemple en priorité à promouvoir les cours d'éducation physique intenses et réguliers dans les écoles, les projets d'aménagement urbain et de réorganisation des transports propres à encourager des modes de déplacement actifs, les mesures d'incitation en faveur de programmes instaurant des habitudes saines sur le lieu de travail, et la création d'un plus grand nombre d'espaces sûrs dans les parcs publics et de lieux de récréation se prêtant à l'activité physique;

e) Promouvoir la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS pour réduire l'usage nocif de l'alcool, sans méconnaître la nécessité d'élaborer des plans d'action appropriés à l'échelon national, en consultation avec les parties intéressées, en vue de la formulation de politiques et de programmes spécifiques, compte tenu notamment de l'éventail complet des actions énumérées dans la Stratégie mondiale, faire mieux prendre conscience des problèmes résultant de l'usage nocif de l'alcool, en particulier chez les jeunes, et inviter l'OMS à intensifier ses efforts pour aider les États Membres à cet égard;

f) Promouvoir l'application de l'ensemble de recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et boissons non alcoolisées destinés aux enfants, y compris les aliments riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel, sachant que les recherches montrent que les aliments pour enfants font l'objet de campagnes publicitaires intenses, qu'une forte proportion des aliments ainsi promus ont une teneur en graisse, en sucre ou

en sel élevée et que les publicités diffusées à la télévision influencent les préférences alimentaires, les demandes d'achat et les habitudes de consommation de l'enfant, et compte tenu, le cas échéant, de la législation et des politiques nationales en vigueur;

g) Promouvoir l'élaboration ou entreprendre la mise en œuvre, selon qu'il conviendra, d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité visant à réduire la consommation de sel, de sucre et de graisses saturées, et à éliminer les gras trans dans les aliments de fabrication industrielle, y compris en décourageant la production et la commercialisation d'aliments contribuant à des régimes alimentaires nocifs pour la santé, compte dûment tenu de la législation et des politiques en vigueur;

h) Encourager des politiques qui appuient la production et la fabrication d'aliments contribuant à un régime alimentaire sain, facilitent l'accès à ces aliments et offrent de plus amples possibilités d'utiliser des produits et denrées alimentaires sains issus de l'agriculture locale, contribuant ainsi aux efforts pour faire face aux défis de la mondialisation et mettre à profit les chances créées par elle, et pour assurer la sécurité alimentaire;

i) Promouvoir, protéger et encourager l'allaitement au sein, y compris, selon qu'il conviendra, comme mode exclusif d'allaitement pendant les six premiers mois environ après la naissance, compte tenu de ceci que l'allaitement au sein réduit la vulnérabilité aux infections et le risque de sous-nutrition, favorise la croissance du nourrisson et du jeune enfant et aide à réduire le risque de pathologies telles que l'obésité et les maladies non transmissibles plus tard dans la vie, et renforcer à cet égard l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé;

j) Promouvoir un accès accru à des campagnes de vaccination d'un bon rapport coût-efficacité pour la prévention des infections associées aux cancers, dans le cadre des programmes d'immunisation nationaux;

k) Promouvoir un accès accru à des programmes de dépistage du cancer d'un bon rapport coût-efficacité selon la situation nationale;

l) Appliquer à plus grande échelle, selon que de besoin, l'ensemble des interventions ayant fait la preuve de leur efficacité telles que les campagnes de promotion de la santé et de prévention primaire, et se mobiliser en faveur de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles par une véritable intervention multisectorielle, en ce qui concerne les facteurs de risque et les déterminants de la santé;

44. En vue de renforcer la contribution du secteur privé à la prévention et à la maîtrise des maladies non transmissibles, engager celui-ci, selon qu'il conviendra, à :

a) Prendre des mesures pour donner effet à l'ensemble de recommandations de l'OMS tendant à réduire les effets de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées nocifs pour la santé à destination de l'enfant, compte tenu de la législation et des politiques nationales en vigueur;

b) Envisager de produire et de promouvoir davantage de produits alimentaires compatibles avec un régime sain, notamment en modifiant la formule de certains produits de façon à offrir des options plus saines qui soient accessibles, d'un prix abordable et conformes aux normes pertinentes en matière d'information sur les éléments nutritifs et d'étiquetage, y compris en ce qui concerne la teneur en sucres, en sel et en graisses, y compris, le cas échéant, en gras trans;

c) Promouvoir et créer un environnement propice à des comportements sains chez les travailleurs, en prenant notamment des mesures de sécurité et d'hygiène pour faire des lieux de travail des espaces non fumeurs, sans danger et sains, y compris, le cas échéant, en instaurant une bonne culture d'entreprise et en établissant des programmes pour le bien-être au travail et des plans d'assurance maladie;

d) S'employer à réduire l'utilisation du sel dans l'industrie alimentaire de façon à diminuer la consommation de sodium;

e) Contribuer aux efforts tendant à rendre les médicaments et les techniques de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles plus accessibles et plus abordables;

Renforcement des politiques et systèmes de santé nationaux

45. Promouvoir, établir ou soutenir et renforcer d'ici à 2013, selon qu'il conviendra, des politiques et des plans nationaux multisectoriels de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles, compte tenu, selon qu'il conviendra, du Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles adoptée par l'OMS et des objectifs qui y sont énoncés, et prendre des mesures pour appliquer ces politiques et ces plans;

a) Renforcer les politiques et les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles et les intégrer, selon qu'il conviendra, dans les processus de planification en matière de santé et le programme de développement national de chaque État Membre;

b) Poursuivre, selon qu'il conviendra, le renforcement sur tous les plans des systèmes de santé de manière à promouvoir les soins de santé primaires, à offrir des réponses efficaces, durables et coordonnées et des services essentiels fondés sur des données factuelles, d'un bon rapport coût-efficacité, équitables et intégrés pour lutter contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles et pour prévenir, traiter et soigner ces maladies, sachant qu'il importe d'encourager l'autonomisation et la réadaptation du patient et les soins palliatifs pour les personnes souffrant de maladies non transmissibles, ainsi que le suivi tout au long de la vie compte tenu du caractère souvent chronique de ces maladies;

c) Selon les priorités nationales, et compte tenu de la situation locale, accroître en leur donnant un degré de priorité élevé l'enveloppe budgétaire destinée à financer la lutte contre les facteurs de risque et la surveillance, la prévention, le dépistage précoce et le traitement des maladies non transmissibles, ainsi que les soins et aides connexes, y compris les soins palliatifs;

d) Étudier la possibilité de fournir des ressources adéquates, prévisibles et constantes, par des sources nationales, bilatérales, régionales et multilatérales, y compris les mécanismes de financement traditionnels et les mécanismes volontaires innovants;

e) Poursuivre et promouvoir des approches sexospécifiques de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles, sur la base de données ventilées par sexe et par tranche d'âge, de façon à tenir compte des différences essentielles dans les risques de morbidité et de mortalité liés aux maladies non transmissibles propres aux femmes et aux hommes;

f) Promouvoir une action multisectorielle et multipartite dans le but de ralentir, d'enrayer et d'inverser la tendance à la progression de l'obésité chez les enfants, les adolescents et les adultes, respectivement;

g) Reconnaître que, lorsqu'il existe des disparités en matière de santé entre les peuples autochtones et les populations non autochtones quant à l'incidence des maladies non transmissibles et aux facteurs de risque qui leur sont communs, ces disparités procèdent souvent de facteurs d'ordre historique, économique et social, encourager la participation des peuples et communautés autochtones à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques, plans et programmes de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, selon qu'il conviendra, favoriser la mise en place et le renforcement de capacités à divers niveaux et reconnaître le patrimoine culturel et le savoir traditionnel des peuples autochtones, tout en respectant, en préservant et en promouvant, selon qu'il conviendra, leur médecine traditionnelle, notamment par la préservation de leurs plantes médicinales vitales, animaux et minéraux;

h) Reconnaître en outre les potentialités et la contribution du savoir traditionnel et local et, à cet égard, respecter et préserver, conformément aux capacités, priorités, législations pertinentes et circonstances nationales, la connaissance et l'utilisation efficace et en toute sécurité de la médecine, des traitements et des pratiques traditionnels, compte dûment tenu de la situation de chaque pays;

i) Ne ménager aucun effort pour renforcer les initiatives globales, durables et d'un bon rapport coût-efficacité d'inspiration nationale menées dans tous les secteurs aux fins de la prévention des maladies non transmissibles, avec la participation active et entière des personnes atteintes de ces maladies, de la société civile et du secteur privé, selon qu'il conviendra;

j) Promouvoir la production, la formation et le maintien des agents de santé en vue de faciliter le déploiement d'effectifs suffisants en personnel de santé qualifié dans les pays et les régions, conformément au Code de pratique mondial de l'Organisation mondiale de la Santé pour le recrutement international des personnels de santé;

k) Renforcer, selon qu'il conviendra, les systèmes d'information pour la planification et la gestion de la santé, notamment grâce à la collecte, à la ventilation, à l'analyse, à l'interprétation et à la diffusion de données ainsi qu'à la mise en place de registres d'état civil et à la réalisation d'enquêtes sur la population à l'échelle nationale, le cas échéant, afin que l'ensemble de la population puisse bénéficier d'interventions appropriées en temps voulu;

l) Selon les priorités nationales, privilégier davantage la surveillance, la détection précoce, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies non transmissibles, la prévention et la lutte contre ces maladies et l'amélioration de l'accès à des médicaments de qualité sûrs, abordables et efficaces et aux technologies pour les diagnostiquer et les traiter; assurer un accès durable aux médicaments et aux technologies, notamment en élaborant et en mettant en œuvre de directives fondées sur les faits pour le traitement des maladies non transmissibles ainsi qu'en procédant à l'achat et à la distribution efficaces des médicaments dans les pays; et renforcer les options de financement viables et promouvoir le recours aux médicaments abordables, dont les médicaments génériques, ainsi qu'un meilleur accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation, en particulier au niveau local;

m) Selon l'ordre de priorité établi par le pays, veiller à généraliser les interventions efficaces, éprouvées et à faible coût qui offrent la possibilité de traiter les personnes atteintes de maladies non transmissibles, de protéger les personnes à risque et de réduire les risques au sein de la population;

n) Reconnaître qu'il importe d'offrir à l'ensemble de la population des systèmes nationaux de santé, en particulier en mettant en place des dispositifs de soins de santé primaires et de protection sociale, afin d'assurer l'accès aux soins de santé pour tous, en particulier pour les couches les plus défavorisées de la population;

o) Promouvoir la prise en compte de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes de santé en matière de sexualité et de procréation et les programmes de santé maternelle et infantile, en particulier au niveau des soins de santé primaires, ainsi que dans d'autres programmes, le cas échéant, et intégrer les interventions dans ces domaines dans les programmes de prévention des maladies non transmissibles;

p) Promouvoir l'accès à des programmes complets et à faible coût de prévention, de traitement et de soins aux fins de la gestion intégrée des maladies non transmissibles, y compris un meilleur accès à des médicaments et diagnostics abordables, sûrs, efficaces et de qualité et à d'autres technologies, notamment en ayant recours aux flexibilités prévues par les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce;

q) Améliorer les services de diagnostic, notamment en augmentant la capacité des services de laboratoire et d'imagerie et l'accès à ceux-ci par une dotation appropriée en personnel qualifié et collaborer avec le secteur privé pour rendre plus abordables et accessibles le matériel et les technologies de diagnostic et pour en améliorer l'entretien;

r) Favoriser les alliances et les réseaux qui regroupent des acteurs nationaux, régionaux et mondiaux, notamment des instituts universitaires et de recherche, en vue de mettre au point de nouveaux médicaments, vaccins, diagnostics et technologies, en tirant parti de l'expérience acquise dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, entre autres, compte tenu des priorités et stratégies nationales;

s) Renforcer les infrastructures de santé, notamment pour l'achat, le stockage et la distribution de médicaments, en particulier les réseaux de transport et de stockage, afin de faciliter la prestation des services en toute efficacité;

Coopération internationale, y compris les partenariats

46. Renforcer la coopération internationale à titre d'appui aux plans nationaux, régionaux et mondiaux de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment par l'échange de pratiques optimales dans les domaines de la promotion de la santé, de la législation, de la réglementation et du renforcement des systèmes de santé, de la formation du personnel de santé, de la mise en place d'infrastructures de santé appropriées et de la mise au point de diagnostics, ainsi que la promotion de la mise au point et de la diffusion de technologies idoines et abordables et leur transfert durable à des conditions convenues d'un commun accord et la production de médicaments et de vaccins abordables, sûrs, efficaces et de qualité, tout en reconnaissant le rôle de chef de file que joue à cet égard l'OMS en tant que principale institution spécialisée en matière de santé;

47. Reconnaître la contribution de l'aide destinée au secteur de la santé sans oublier qu'il faut faire davantage. Nous demandons que soient honorés tous les engagements pris au titre de l'aide publique au développement, notamment celui pris par de nombreux pays développés d'atteindre l'objectif consistant à consacrer 0,7 % du revenu national brut à l'aide publique au développement d'ici à 2015, ainsi que ceux découlant du Plan d'action d'Istanbul en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2011-2020, et engageons fermement les pays développés qui ne l'ont pas encore fait à entreprendre des efforts concrets supplémentaires pour s'acquitter de leurs engagements;

48. Souligner l'importance que revêtent la coopération Nord-Sud, la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles s'agissant de promouvoir aux niveaux national, régional et international un environnement favorable à des modes de vie et des choix sains, étant entendu que loin de la remplacer la coopération Sud-Sud vient compléter la coopération Nord-Sud;

49. Promouvoir tous les moyens permettant de recenser et de mobiliser des ressources financières suffisantes, prévisibles et durables ainsi que les ressources humaines et techniques nécessaires, et envisager d'appuyer des méthodes novatrices, peu coûteuses et volontaires de financement à long terme de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, compte tenu des objectifs du Millénaire pour le développement;

50. Reconnaître la contribution de la coopération et de l'assistance internationales à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles et, à cet égard, encourager la prise en compte continue des maladies non transmissibles dans les programmes et initiatives de coopération pour le développement;

51. Demander à l’OMS, en sa qualité de principale institution spécialisée des Nations Unies en matière de santé, aux autres organismes, fonds et programmes compétents des Nations Unies, aux institutions financières internationales, aux banques de développement et aux autres organisations internationales de premier plan de coordonner leurs activités en vue d’appuyer les efforts faits à l’échelle nationale pour prévenir les maladies non transmissibles et lutter contre celles-ci et pour en atténuer les effets;

52. Demander instamment aux organisations internationales de continuer à fournir une assistance technique et des services de renforcement des capacités aux pays en développement, en particulier aux moins avancés, dans les domaines de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, et de la promotion de l’accès aux médicaments pour tous, notamment en ayant recours aux flexibilités et aux dispositions prévues par les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce;

53. Améliorer la qualité de l’aide en renforçant la maîtrise nationale, la concordance, l’harmonisation, la prévisibilité, la responsabilité mutuelle et la transparence et en mettant davantage l’accent sur les résultats;

54. Amener les acteurs non sanitaires et les principales parties prenantes, selon qu’il conviendra, notamment le secteur privé et la société civile, à nouer des partenariats en vue de promouvoir la santé et de réduire les facteurs de risque de maladie non transmissible, notamment en donnant aux populations les moyens de promouvoir des régimes alimentaires et des modes de vie sains;

55. Favoriser les partenariats entre pouvoirs publics et société civile, en tirant parti de la contribution des organisations non gouvernementales œuvrant dans le secteur de la santé et des organisations de patients, pour appuyer, selon qu’il conviendra, la prestation de services de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, de traitement et de soins y relatifs, y compris les soins palliatifs;

56. Promouvoir le renforcement des capacités des organisations non gouvernementales s’occupant de maladies non transmissibles aux niveaux national et régional afin de leur permettre d’exploiter pleinement leurs potentialités comme partenaires dans l’action de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles;

Recherche-développement

57. Promouvoir activement les investissements nationaux et internationaux et renforcer les capacités nationales en matière de recherche-développement de qualité, pour tous les aspects de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, de manière durable et à faible coût, tout en notant qu’il importe de poursuivre les incitations à l’innovation;

58. Promouvoir le recours aux technologies de l’information et des communications pour améliorer l’exécution des programmes, les prestations sanitaires, la promotion de la santé et les systèmes d’information et de surveillance et pour diffuser, selon qu’il conviendra, les

informations concernant les interventions abordables, peu coûteuses, durables et de qualité, les pratiques optimales et les enseignements tirés dans le domaine des maladies non transmissibles;

59. Appuyer et favoriser la recherche sur les maladies non transmissibles et l'application de ses résultats de façon à renforcer la base des connaissances aux fins de l'action menée aux niveaux national, régional et mondial;

Suivi et évaluation

60. Renforcer, selon qu'il conviendra, les systèmes nationaux de surveillance et de suivi, y compris les enquêtes qui sont intégrées aux systèmes nationaux d'information sanitaire existants et qui portent notamment sur le suivi de l'exposition aux facteurs de risque, des prestations, des déterminants sociaux et économiques de la santé et des interventions du système de santé, sachant que ces systèmes sont indispensables pour lutter convenablement contre les maladies non transmissibles;

61. Demander à l'OMS, avec la pleine participation des États Membres et compte tenu de leur situation nationale, par l'intermédiaire de ses structures existantes et en collaboration avec les organismes, fonds et programmes des Nations Unies et d'autres organisations régionales et internationales compétentes, le cas échéant, en tirant parti des efforts en cours, de mettre au point avant la fin de 2012 un cadre global mondial de suivi, comprenant notamment une série d'indicateurs et pouvant être appliqué aux niveaux régional et national, notamment grâce à des démarches multisectorielles, de suivre les tendances et d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies et plans nationaux relatifs aux maladies non transmissibles;

62. Demander à l'OMS, en collaboration avec les États Membres par l'intermédiaire des organes directeurs de l'OMS, et en collaboration avec les organismes, fonds et programmes des Nations Unies et d'autres organisations régionales et internationales compétentes, le cas échéant, en tirant parti des activités en cours, de formuler, avant la fin de 2012, des recommandations en vue de définir des objectifs volontaires à l'échelle mondiale pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles;

63. Envisager d'établir, sur la base des directives arrêtées par l'OMS, des objectifs et des indicateurs nationaux fondés sur les situations nationales pour mener des initiatives visant à lutter contre les effets des maladies non transmissibles et pour évaluer les progrès entrepris en matière de prévention et de lutte contre ces maladies, les facteurs de risque et les déterminants;

Suite à donner

64. Prier le Secrétaire général, en collaboration étroite avec le Directeur général de l'OMS et en consultation avec les États Membres, les fonds et programmes des Nations Unies et les autres organisations internationales compétentes, de présenter à l'Assemblée générale, à sa soixante-septième session, pour examen par les États Membres, des options pour renforcer et faciliter l'action multisectorielle en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles au moyen d'un partenariat efficace;

65. Prier le Secrétaire général, en collaboration avec les États Membres, l’OMS et les fonds, programmes et institutions spécialisées compétents du système des Nations Unies, de présenter à l’Assemblée générale, à sa soixante-huitième session, un rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements souscrits dans la Déclaration politique, notamment en ce qui concerne l’action multisectorielle, et leur incidence sur la réalisation des objectifs de développement arrêtés à l’échelle internationale, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement, dans la perspective de l’examen et de l’évaluation d’ensemble, en 2014, des progrès réalisés en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles.

Annexe 5: Synthèse résultats Enquête STEPS Togo 2010

FR	Prévalence nationale	Région la plus touchée	Groupe socioculturel le plus touché	Catégorie professionnelle la plus touchée	Niveau d'instruction le plus touché
Consommation nocive d'alcool	Homme : 4,2 % Femme : 1,6 %	Kara : 6,2 %	Para gourma akan : 5,2 %	Retraité : 12,8 %	-
Tabagisme	8,5 %	Plateaux : 10,7 %	Akposso-Akébou : 13,9 %	Retraité : 25,9 %	Non scolarisé : 11,7 %
Consommation de moins de 5 Fruits et/ou légumes par jour	94,9 %	Savanes : 96,1 %	Ana ifê : 98,4 %	Etudiant élève : 97 %	-
Inactivité physique	13 %	Lomé-Commune : 19,4 %	Ana ifê : 24,3 %	Salarié privé : 31,7 %	-
Hypertension artérielle	19 %	Plateaux : 23,6 %	Akposso-Akébou : 26 %	Retraités : 40,8 %	Collège : 21,4 %
Obésité	6,2 %	Lomé-Commune : 15,2 %	Adja ewe mina : 8 %	Salarié du privé : 21,8 %	-
Surpoids (IMC)	15,4 %	Lomé-Commune : 22,1 %	Akposso Akébou : 19,8%	Salarié du Public : 29,1 %	-
Diabète	2,6 %	Kara : 4,9 %	Akposso Akébou : 3,8% Para Gourma Akan : 3%	Retraités : 11,7 %	Primaire : 3,3 %
Hypercholestérolémie >190mg/dl	14,2 %	Lomé-Commune : 20,8 %	Ana-ifê : 29,3 %	Retraité : 28,9 %	Primaire : 17,3 % Universitaire: 15 %
3-5 facteurs de risque MNT	16,1 %	Lomé-Commune : 19,2 %	Akposso-Akébou : 15,9 %	Retraité : 30 %	Universitaire : 16,3 %
Jamais dépisté pour le diabète	92 %	Plateaux : 97,2% Centrale : 97,1%	Ana ifê : 94,9 % Kabyè tèm : 94,6 %	-	<Primaire : 95,2 %



« S'informer pour se protéger, se protéger pour protéger les autres ! »

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) - Togo

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) du Togo a pour mission de conduire et d'orienter, au niveau national, les efforts visant à prévenir et à lutter contre les principales maladies et conditions non transmissibles telles que: les maladies cardiovasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques, le diabète, la santé mentale, la santé bucco-dentaire et le Noma, la drépanocytose, les handicaps, violences et traumatismes, et leurs facteurs de risque, par une approche bien coordonnée et intégrée basée sur des données.

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) couvre les activités des programmes suivants :

- la prévention et la lutte contre les maladies cardiovasculaires ;
- la prévention et la lutte contre le diabète ;
- la prévention et la lutte contre le cancer ;
- la prévention et la lutte contre les affections respiratoires chroniques ;
- la prévention et la lutte contre le tabagisme ;
- la santé bucco-dentaire ;
- la santé mentale ;
- la prévention et la lutte contre la drépanocytose et autres maladies génétiques ;
- la prévention et la lutte contre les traumatismes, violences et handicaps ;
- la santé oculaire ;
- et les activités de tout programme ultérieur relatif aux maladies non transmissibles.

« Tous ensemble pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles au Togo »

**« S'informer pour se protéger,
se protéger pour protéger les autres ! »**