

TABLE DES MATIERES

1.	CONTEXTE	5
1.1.	Contexte & justification	7
1.2.	Situation des MNT dans le Monde	8
1.3.	Situation des MNT en Afrique	9
2.	SITUATION DES MNT AU SENEGAL	11
2.1.	Ampleur du Problème	13
2.1.1.	Les maladies cardiovasculaires	13
2.1.2.	Les cancers	14
2.1.3.	Les maladies respiratoires chroniques	15
2.1.4.	Le diabète :	15
2.1.5.	La drépanocytose	16
2.1.6.	L'hémophilie	16
2.2.	Facteurs de risques et déterminants	18
2.3.	Perceptions socio-culturelles des MNT au Sénégal	22
2.4.	Impacts socio-économiques des MNT au Sénégal	23
2.5.	La réponse nationale	26
2.5.1.	Mesures prises par le système national pour lutter contre les MNT	26
2.5.2.	Prise en charge des urgences liées aux MNT	27
2.5.3.	Organisation du cadre de réponse	29
2.5.4.	Organisation de la coordination	31
2.5.5.	L'offre des soins	31
2.5.6.	Prise en charge des facteurs de risque	40
3.	PLAN STRATEGIQUE 2017-2020	45
3.1.	VISION	47
3.2.	DEFIS DU PLAN STRATEGIQUE	47
3.2.1.	Renforcer la collaboration multisectorielle	47
3.2.2.	Consolider les environnements favorables à la santé	47
3.2.3.	Améliorer la prise en charge des MNT	48
3.2.4.	Renforcer le monitoring et la recherche	48
3.2.5.	Garantir le financement	49
3.3.	PRINCIPES DIRECTEURS	49
3.4.	OBJECTIFS GENERAUX	49
3.5.	OBJECTIFS SPECIFIQUES	50
3.6.	ENJEUX ET CHOIX STRATEGIQUES	51
4.	TABLEAU SYNOPTIQUE	67
5.	BIBLIOGRAPHIE	68
6.	ANNEXES	70
6.1.	Le Sénégal en Berf	71
6.2.	MNT : Profil du Sénégal en 2014	74
6.3.	Organigramme Ministère de la Santé et de l'Action sociale	75
6.4.	Perception socio-culturelle et domaines d'activités	76

LISTE DES ABREVIATIONS

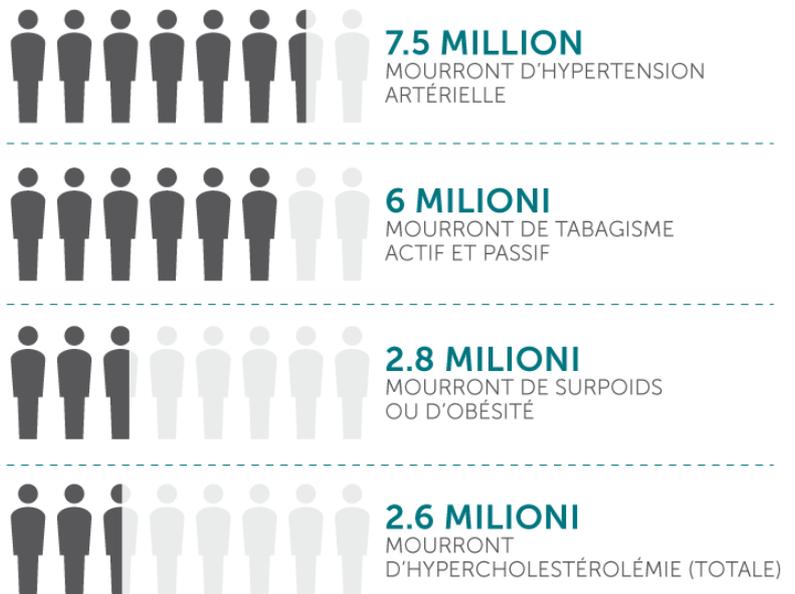
AHS : Association des Hémophiles du Sénégal	MST : Maladies Sexuellement Transmissibles
AIIDA : Association Internationale d'Information sur la Dépigmentation Artificielle	OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement
ANSAS : Association Nationale de Soutien aux Asthmatiques du Sénégal	OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ANSD : Agence nationale de la Statistique et de la Démographie	ONG : Organisation non Gouvernementale
AVC : Accident Vasculaire Cérébral	PDIS : Programme de Développement Intégré en Santé
ASHIR : Association Sénégalaise des Hémodialysés et insuffisants rénaux	PIB : Produit Intérieur Brut
ASSAD : Association Sénégalaise de Soutien et d'Assistance au Dabétiques	PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
ASD : Association Sénégalaise de lutte contre la drépanocytose	PNDIS : Programme National de Développement Sanitaire
BPCO : Broncho Pneumopathies Chroniques Obstructives	PNDIS : Plan National de Développement Sanitaire
CAP : Centre Anti Poison	PSAN : Plan Stratégique Alimentation et Nutrition
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire	PSE : Plan Sénégal Émergent
CNTS : Centre National de transfusion Sanguine	PSIMNT : Plan Stratégique Intégré Sur les Maladies Non Transmissibles
CS : Centre de Santé	RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
DA : Dépigmentation Artificielle	RGPHE : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage
DAN : Division de l'Alimentation et de la Nutrition	RM : Région Médicale
DC : Dépigmentation Cosmétique	SNEIPS : Service nationale d'éducation pour la santé
DHIS2 : District Health Information System	SNIS : Système National d'Information Sanitaire
DLM : Direction de la lutte contre la Maladie	STEPS : STEPwise approach to Surveillance
DLM : Direction de la Lutte contre la Maladie	TCA: Temps de céphaline activée
DLMNT : Division de la Lutte contre les Maladies non transmissibles	VHB : Virus de l'hépatite B
DP : Direction de la Prévention	VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
DPEE : Direction de la Prévision et des Études Économiques	
DS : District Sanitaire	
DSIS : Division des Statistiques et de l'Information Sanitaire	
ECPSS : Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé	
EDS : Enquête Démographique et de Santé	
EPS : Établissement Public de Santé	
FAR : Femme en Age de Reproduction	
FMPOS : Faculté de Médecine, de pharmacie et d'Odonto-stomatologie	
Gats : Global adult tobacco survey	
Gyts : Global youth tobacco survey	
GLOBOCAN: Global Cancer Observatory	
IRA : Insuffisance Respiratoire Aigue	
LISCA : Ligue Sénégalaise contre le Cancer	
LISTAB : Ligue Sénégalaise contre le Tabac	
LNME : Liste Nationale des Médicaments Essentiels	
MCV : Maladies Cardio-Vasculaires	
MNT : Maladies Non Transmissibles	

PREMIERE PARTIE

CONTEXTE



1. CONTEXTE



Le fardeau des maladies non transmissibles, qui connaît une augmentation graduelle depuis quelques années, est susceptible de dépasser le nombre de malades et de morts causés par les maladies infectieuses d'ici à 2030.

Estimations OMS, 2010

1.1. Contexte & justification

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) regroupent habituellement : les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies rénales, le diabète, les maladies mentales. Pour des raisons épidémiologiques, y ont été associées les maladies bucco-dentaires et certaines maladies génétiques comme la Drépanocytose et l'Hémophilie.

La plupart de ces maladies, classées « maladies à soins coûteux » ne sont pas seulement responsables d'un grand nombre de décès mais constituent aussi un poids lourd pour les individus et un fardeau difficile à supporter pour les familles et les communautés. Les déterminants de ces MNT sont d'ordre comportemental, alimentaire, socio- culturel (mode de vie), environnemental, médical et économique.

Contrairement à la croyance populaire selon laquelle ces maladies touchent principalement les populations riches, la grande majorité (82 %, soit 12 millions) des décès prématurés causés par les MNT chez les 30-70 ans surviennent dans les pays en développement. La probabilité de décéder d'une des principales MNT entre 30 et 70 ans varie de 10 % dans les pays développés à 60 % dans les pays en développement. Selon les estimations, pas moins des deux tiers des décès prématurés causés par les MNT sont liés à une exposition aux facteurs de risque associés à ces maladies, et la moitié d'entre eux est liée à l'insuffisance de la performance des systèmes de santé.

C'est ainsi qu'on observe depuis plusieurs années, dans la région africaine, une progression rapide des maladies non transmissibles (MNT) avec comme conséquence un alourdissement de la charge, déjà très pesante, qu'imposaient les maladies transmissibles, la malnutrition, la morbidité et la mortalité maternelles et néo natales. Fautes de mesures immédiates, les MNT pourraient devenir la première cause de mortalité et de morbidité en Afrique, en particulier dans les pays à faible revenu ou à moyen revenu.

Par ailleurs, l'environnement social, économique et matériel des pays en développement expose davantage les pauvres aux comportements à risque favorables aux MNT, lesquelles ne font qu'aggraver la situation économique des familles, déjà très précaire. (*Note d'orientation sur l'intégration des MNT dans le PNUAD, 2015*).

Les maladies non transmissibles compromettent ainsi les progrès des objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030, comportant la cible de réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles d'ici 2030.

Le Sénégal aussi fait alors face à la double charge de morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles (PNDS 2009-2018). En raison de leur ampleur, des incapacités qu'elles provoquent et de leur prise en charge très coûteuse, les maladies non transmissibles sont l'objet d'une attention soutenue de la part du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ; ceci, conformément aux priorités de lutte contre les MNT dégagées par les ODD et le Plan Sénégal Emergent.

C'est ainsi qu'à travers la Division de la Lutte contre les MNT, le MSAS, partant des résultats de l'enquête STEPS (2015) s'est engagé dans un processus d'élaboration d'un plan stratégique intégré de lutte contre les MNT (2017-2020). Le présent rapport s'inscrit dans ce processus.

1.2. Situation des MNT dans le Monde

L'OMS dans son projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020) estime que celles-ci ont entraîné plus de 36 millions de décès en 2008 soit 63% des 57 millions de décès survenus cette année-là dans le monde. Ces décès étaient principalement dus :

- aux maladies cardio-vasculaires (17 millions de décès soit 47,2 %) dont 7,5 millions de décès annuels attribués à l'hypertension soit 12,8 % des décès ;
- au cancer (7,6 millions ou 21 %) dont plus des deux tiers dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. On estimait à 530 000 le nombre de cas de cancer du col de l'utérus dans le monde et à 270 000 le nombre de décès provoqués par la maladie en 2008 ;
- au tabagisme qui avec une prévalence mondiale de 22 % pour les deux sexes (36 % pour l'homme et 8 % pour la femme), provoquerait près de 6 millions de décès annuels (16,6%) dans le monde dont 600 000 imputables au tabagisme passif des non-fumeurs ;
- aux maladies respiratoires, y compris l'asthme et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (4,2 millions soit 11,6%) ;
- à l'excès pondéral ou l'obésité qui seraient responsables d'au moins 2,8 millions de décès annuels soit 7,7% ;
- à l'hypercholestérolémie qui a provoqué en 2008 plus de 2,6 millions de décès soit 4,5 % des décès pour une prévalence mondiale de 39% chez l'adulte (37 % chez l'homme et 40 % chez la femme) ;
- à la consommation d'acides gras saturés est estimée entre 2 et 35 % et la faible consommation de fruits et de légumes serait responsables 1,7 millions de décès soit 4,7 % des décès mondiaux ;
- au diabète qui pour une prévalence mondiale de 10 % est responsable de 1,3 millions de décès annuels soit 3,6% des décès;

Les 4 groupes d'affection retenus par l'OMS ont, selon l'OMS (OMS, 2017), en commun, les principaux facteurs de risque que sont :

- une alimentation malsaine (excès de sucre, de sel, de gras, d'huile)
- une insuffisance dans la consommation de fruits et légumes
- un manque d'activités physiques (sédentarité)
- le tabagisme
- un usage nocif de l'alcool.

En outre, des travaux mettent de plus en plus en évidence, l'association des MNT (notamment l'asthme, les maladies cardiovasculaires, le diabète) avec l'exposition à la pollution de l'air (interne et externe) due à des facteurs environnementaux et anthropiques. Le stress est aussi de plus en plus évoqué dans les travaux comme un facteur important dans la survenue de maladies **non**

transmissibles, en particulier les maladies cardiovasculaires (Elissa S. Epel et al, 2006 ; Marie O’Neill et al, 2005). Au bout du compte, les facteurs qui paraissent les plus associés aux MNT sont modifiables. On admet de plus en plus au niveau universel que dans une très large mesure, qu’on peut prévenir les MNT par des changements dans les comportements et dans les contextes culturels, sociaux, économiques et environnementaux dans lesquels ceux-ci se déroulent.

1.3. Situation des MNT en Afrique

C’est en Afrique subsaharienne et dans d’autres régions de l’Asie que la probabilité de mourir entre 30 et 70 ans est la plus élevée. Selon les projections de l’OMS, le nombre annuel de décès dus à des maladies non transmissibles atteindra 55 millions d’ici 2030 si rien ne change (Plan d’action de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, OMS).

En 2004, les maladies non transmissibles étaient responsables de 28% (3, 6 millions) des décès enregistrés en Afrique et fautes de mesures immédiates, les MNT pourraient devenir d’ici l’an 2030 la première cause de mortalité et de morbidité en Afrique. En effet, le continent devrait enregistrer la plus forte augmentation du nombre des décès dus aux MNT dépassant ainsi le nombre cumulé des décès dus aux maladies transmissibles, aux maladies nutritionnelles et à la mortalité maternelle et périnatale devant nécessiter les plus grandes décisions de santé publique dans ces pays (ECPSS, 2015).

Sur les 16 millions de décès survenant avant l’âge de 70 ans et liés à des maladies non transmissibles, 82% se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et 37% sont imputables aux maladies cardiovasculaires. Les taux de prévalence de l’hypertension artérielle varient entre de 31% à 48% avec une moyenne de 41% et ceux du Diabète de 6,4% à 13% avec une moyenne de 8,4%. On considère que dans les ménages les plus pauvres de certains pays africains, 25 % des revenus sont consacrés au traitement du diabète.

En 2008, 680 000 cas de cancer ont été dénombrés en Afrique et on estime que 20% de ces cancers ont une origine infectieuse (hépatite B, papillomavirus humain, Helicobacter pylori...) dont certains spécifiques au continent (mélanome du pied) ; les femmes étant les plus touchées. D’après Santé International, 2011, les nouveaux cas de cancer dans le continent se répartissent comme suit:

Tableau 1: Incidence du cancer par sexe et par type

Hommes		Femmes	
Nombre de nouveaux cas: 314 000	Nombre de décès: 252 000	Nombre de nouveaux cas: 353 000	Nombre de décès: 266 000
1. Sarcome de Kaposi		1. Cancer du Col	
2. Foie		2. Cancer du sein	
3. Prostate		3. Cancer du foie	
4. œsophage		4. Sarcome de Kaposi	

Sante International, 2011

Par ailleurs, en 2008 une progression constante des maladies respiratoires chroniques a été observée avec une prévalence de l’asthme qui varie de 4,4% à 20,3% en fonction des pays.

Toujours pour cette même année les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique sont devenues de plus en plus nombreuses avec 300 à 500 nouveaux cas par million d'habitants et par an. En plus des facteurs de risques les plus connus que sont le surpoids/obésité, la sédentarité, l'alimentation déséquilibrée, le tabagisme, l'abus d'alcool et la pollution de l'air, les pays reconnaissent de plus en plus un facteur particulier qui est rarement pris en compte dans les politiques de santé, il s'agit de la dépigmentation volontaire (« Xessal »).

DEUXIEME PARTIE

SITUATION DES MNT AU SENEGAL

2. SITUATION DES MNT AU SENEGAL

Les **maladies** non transmissibles (MNT) tuent chaque année plus de **36 millions** de personnes.

Près de **80%** des décès dus aux MNT, soit **29 millions**, se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire..

Plus de **9 millions** des décès attribués aux **maladies non transmissibles** surviennent avant l'âge de **60 ans**.

Les faits

90% de ces décès «prématurés» sont enregistrés dans des pays à **revenu faible** ou intermédiaire.

Les **maladies cardiovasculaires** sont responsables du plus grand nombre de **décès** dus aux MNT, **17,3 millions** de décès par an...

...suivies des **cancers 7,6 millions**, des **maladies respiratoires 4,2 millions** et du diabète **1,3 millions**

On impute à ces **quatre** groupes d'affections environ **80%** de l'ensemble des décès dus aux MNT.

Elles ont en commun **quatre** facteurs de risque: le **tabagisme**, la **sédentarité**, l'**usage nocif de l'alcool** et la **mauvaise alimentation**. **OMS**

La prévention des MNT dépend fortement de l'évitement des quatre principaux facteurs de risque comportementaux que sont la consommation du tabac, la consommation abusive de l'alcool, une mauvaise alimentation, et l'insuffisance de l'exercice physique.

OMS...

2.1. Ampleur du Problème

On estime que les MNT sont à l'origine de 34% de tous les décès au Sénégal. OMS, 2013

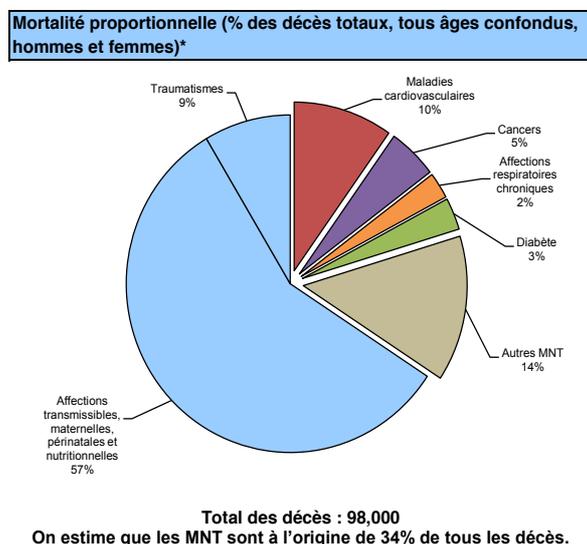


Figure I – Mortalité Proportionnelle MNT

Le Sénégal a également pris l'option d'étudier et d'agir sur d'autres déterminants importants dans le contexte national : l'usage cosmétique de produits dépigmentants (« Xessal ») et la pollution de l'air.

Le profil pays dressé par l'OMS confirme que les 4 MNT majeures (Maladies Cardio-Vasculaires, Cancers, Bronchopneumopathies chroniques et Diabète) sont responsables de la majorité de la morbi-mortalité des MNT au Sénégal et présentent les mêmes facteurs de risque qui sont pour la plupart modifiables. Il s'agit de (1) l'obésité et du surpoids sous-tendus par une alimentation déséquilibrée, riche en sucre, en graisses ou en sel, (2), de la sédentarité, (3) du tabac et (4) de l'abus d'alcool.

En plus de ces quatre MNT jugées prioritaires par l'OMS, le Sénégal a pris l'option d'ajouter la drépanocytose et l'hémophilie (reconnues comme des

La probabilité de décéder entre 30 & 70 ans de l'une des 4 principales MNT est de 17%. OMS, 2013

Les décès prématurés ou les années potentielles de vie perdues se rapportent aux décès avant l'âge de 70 ans. Cet indicateur renseigne sur les progrès de la prise en charge et le succès des mesures de prévention et de promotion de la santé. En 2013, selon, l'OMS, 17% des années de vie perdues au Sénégal étaient imputables aux maladies non transmissibles.

2.1.1. 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. Mais compte tenu de sa fréquence et du nombre de maladies qu'elle génère, l'HTA est indiscutablement la plus fréquente des maladies cardiovasculaires en termes de mortalité attribuable. Près de 8 millions de décès par an, soit 13% des décès annuels, sont liés aux complications de l'HTA selon le dernier rapport de l'OMS. Sur 100 AVC, 40 sont directement attribuables à l'HTA.

Au Sénégal, plus de 24% de la population adulte seraient hypertendus (STEPS, 2015). L'HTA est plus fréquente chez les femmes, où elle est fortement associée à l'obésité et au diabète (Steichen, 2010). Au Sénégal, elle est de 26% chez les femmes et 21,9% chez les hommes (STEPS, 2015).

Il a été aussi montré que le cumul des facteurs de risque cardiovasculaire est très fréquent chez les hypertendus, les classant à haut risque de complications (Hypertension, Cardiovascular Risk Factors and Complications in Large Population Based Study in Senegal. (Mbaye A, & all (2016) *Arch Clin Hypertens* 1(2): 046-049). Selon l'enquête 2015, 10,3% des adultes (18-79 ans) ont plus de trois facteurs de risque cumulés ou plus. Ce chiffre passe à 12,7% chez la femme.

D'un autre côté, les complications de l'hypertension artérielle (maladie coronaire, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, constituent les principales causes d'hospitalisation dans les services hospitaliers de cardiologie du pays. (GAZIANO JM: *Global burden of cardiovascular disease, in Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 8th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2008*).

Cet important taux de prévalence est expliqué comme la conséquence des changements dans le mode de vie, des usages alimentaires tels que l'augmentation des apports caloriques, des aliments riches en lipides et en sel avec comme corollaires un surpoids ou une obésité et une diminution des activités physiques quotidiennes et hausse de la sédentarité.

Il est à rappeler qu'au Sénégal, 15,8% de la population présente un surpoids, 6,4% une obésité, 14% à la sédentarité ou une activité physique insuffisante et 5,1% ont une alimentation riche en sel.

2.1.2. Les cancers

Les cancers occupent de plus en plus une place importante dans la morbidité et la mortalité au Sénégal. Selon le GLOBOCAN, 6800 nouveaux cas de cancer seraient attendus au Sénégal par an. En 2010, le registre des cancers a notifié 1697 cas de cancer au niveau des structures de niveau 3 dont 10,48% (178 cas) de cancers de l'utérus (corps et col) et 10,13% (172) de cancers du sein. Il a été observé par ailleurs 97 cas de cancers du Pharynx, 62 du Foie, 47 de la prostate, 36 du colo rectum, 22 de l'œsophage et du Larynx. Ces cancers touchent plus les femmes (597) que les hommes (356) et parmi les cancers du sein, 80 % sont diagnostiqués chez des patientes à un stade très avancé (*Plan Stratégique Cancer, 2015-2019*).

Parmi les cancers diagnostiqués chez l'adulte, certains constituent des priorités de santé publique du fait de la possibilité de réduire de manière importante leur incidence et leur mortalité. Il s'agit :

(1) des cancers du sein et du col de l'utérus qui sont les plus fréquents chez la femme et dont la vulnérabilité est liée à la faisabilité technique et financière du diagnostic et du traitement précoce ;

(2) des cancers primitifs du foie qui résultent de l'évolution d'une hépatite B et pour laquelle un vaccin est disponible et administré dès la naissance pour éviter les risques de transmission de l'antigène HBs de la mère à l'enfant.

Les autres cancers peuvent être combattus en agissant sur des facteurs essentiels comme la consommation du tabac, la pollution de l'air dans les grandes villes du pays, la contamination de l'eau par les pesticides, l'alimentation à risque et certaines maladies tel que les bilharzioses au Nord du Sénégal.

Il est à rappeler qu'au Sénégal comme dans tous les autres pays du monde, la consommation de tabac qui est de 5,9% (STEPS,2015) constitue un facteur de risque majeur des cancers du poumon, de la gorge et de la vessie, des broncho-pneumopathies chroniques et des affections cardiovasculaires.

2.1.3. Les maladies respiratoires chroniques

Ces maladies souvent occultées par les maladies transmissibles, sont essentiellement représentées par l'asthme et les séquelles de tuberculose, la bronchopneumopathie chronique obstructive (12,7% des affections respiratoires en intra-hospitalier) et la fibrose pulmonaire qui induisent une importante morbi-mortalité.

En ce qui concerne l'asthme, Les statistiques colligées au niveau de l'hôpital des enfants Albert Royer de Dakar, montrent 3 % d'asthmatiques parmi les enfants reçus à la consultation et une mortalité due à l'asthme de 1 %.

Par ailleurs des études parcellaires menées dans les services de pneumologie du Centre hospitalier de Fann ont montré que le nombre de patients asthmatiques constituait 8,2% des consultations en 1998 et 9,1% en 2013. Ces données sont confirmées par l'EDS continu 2014 qui comptait 10% d'asthme chez les femmes et 12% chez les hommes. A l'hôpital pédiatrique Albert Royer, la prévalence de l'asthme chez l'enfant est passée de 2% à 5% entre 1998 et 2012.

Quant à l'asthme du nourrisson, elle se caractérise par un diagnostic et par une prise en charge souvent tardifs du fait de la non spécificité de ses manifestations cliniques et surtout du fait de manque de ressources humaines formées. Au Sénégal la prévalence de cette forme reste hospitalière et est insuffisamment estimée.

Les facteurs déclenchant et aggravant retrouvés dans l'environnement domestique sont multiples et souvent évitables (poussières de maison, encens, insecticides, désodorisants, fumée de cuisine animaux domestiques, moisissures aliments, certaines plantes etc.).

Au Sénégal, les séquelles de Tuberculose (TB) qui constitueraient la deuxième cause de consultations et ou d'hospitalisation des maladies respiratoires chroniques. Elles sont estimées à 5,7% des infections tuberculeuses (*Malaoui, Thèse N°156, Sénégal, 2014*). Il est à rappeler que selon les dernières estimations de l'OMS, 3.400 personnes sont décédées en 2015 de la Tuberculose, soit un taux de mortalité de 23 décès pour 100.000 habitants avec une incidence de 139 nouveaux cas pour 100.000 habitants la même année soit 21 00 nouveaux cas par an.

Les autres maladies respiratoires chroniques sont constituées de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) fortement liée au tabagisme et de la fibrose pulmonaire.

2.1.4. Le diabète :

Le diabète est à la fois une maladie et un facteur de risque pour d'autres maladies non transmissibles. Son ampleur est estimée à 422 millions de cas à travers le monde. Un nombre qui passera à 622 millions d'ici 2040 selon les prévisions de l'OMS. En Afrique, le nombre de personnes diabétiques est en progression constante, de 3 adultes sur 100 atteints de diabète en 1980 on est passé à 7 adultes sur 100 en 2014. (OMS Sénégal, 2015).

Au Sénégal, le diabète est en progression constante comme partout ailleurs en Afrique et dans le monde. On estime à 460 000 le nombre de diabétiques soit 3,4 % de la population globale adulte (*STEPS 2015*). Seuls 10% d'entre eux se connaissent diabétiques. On note plus d'hommes diabétiques que de femmes (3,5% contre 3,2%).

Les principaux facteurs de risque qui favorisent plus la survenue du diabète sont le surpoids et l'obésité ; or, le surpoids et l'obésité sont favorisés par la sédentarité (66,4% de la population) et

la mauvaise alimentation (riche en sucre et en gras, pauvre en fibres). La prévalence de ces facteurs de risque du diabète est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Selon l’OMS, le nombre de décès au Sénégal en 2016 dus au diabète chez les personnes âgées de 30 à 69 ans était de 1 400 décès (690 décès chez les hommes et 710 décès chez les femmes) et chez les personnes ayant 70 ans et plus de 1 410 décès (540 décès chez les hommes et 870 décès chez les femmes). Le nombre de décès dus à l’hyperglycémie, en 2016, s’élevait également à 1 960 décès chez la tranche d’âge de 30 à 69 ans (950 décès chez les hommes et 1010 décès chez les femmes) et chez les personnes ayant 70 ans et plus, 2 020 décès étaient enregistrés (770 décès chez les hommes et 1 250 décès chez les femmes).

2.1.5. La drépanocytose

La drépanocytose est la maladie génétique la plus répandue dans le monde. Elle est due à une anomalie de l’hémoglobine et touche plus de 120 millions de personnes dans le monde. La drépanocytose est présente en Afrique, en Europe, en Asie et en Amérique. On estime qu’il y a chaque année dans le monde près de 300 000 nouveau-nés atteints de la drépanocytose. La majorité de ceux-ci naissent en Afrique ou sont d’origine africaine. Les formes les plus fréquentes sont la forme AS et la forme SS ; mais il existe d’autres formes selon les pays pouvant être des facteurs d’aggravation ou de protection.

Au Sénégal, 1.700 enfants naissent chaque année avec la forme grave (SS) et on estime que la drépanocytose touche 10 % de la population sénégalaise, sans distinction d’origine géographique, de classe sociale, d’ethnie ou de religion. (*Diagne, Centre Hospitalier National d’Enfants Albert Royer*).

La létalité est de 50 % chez les enfants de 0-5 ans s’ils ne sont pas pris en charge adéquatement. La prise en charge des cas est assurée aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

2.1.6. L’hémophilie

L’hémophilie est un défaut de la coagulation sanguine d’origine héréditaire qui touche principalement les garçons et dont la conséquence la plus préjudiciable pour les sujets est une tendance permanente au saignement. On estime qu’un garçon sur 5 000 à la naissance est atteint d’hémophilie A et qu’un garçon sur 25 000 d’hémophilie B. Seuls les sujets mâles sont atteints car le gène codant pour ces facteurs est situé sur le chromosome X (*Bernard 1990*). Le diagnostic biologique est posé devant un allongement du « TCA » associé à un déficit en facteur de coagulation (*Alantar et al. 2005*).

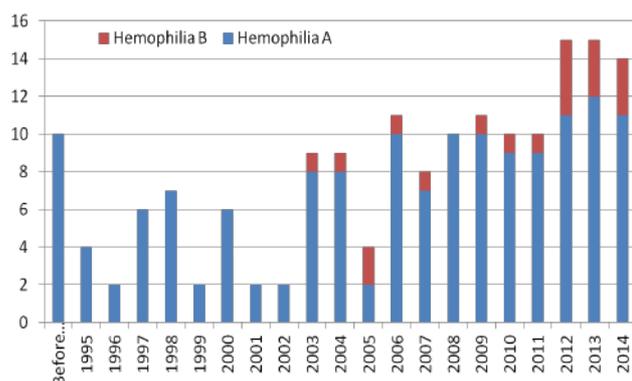


Figure 2 – Evolution des nouveaux cas diagnostiqués

La prévalence de l'hémophilie A est de loin supérieure à celle de l'hémophilie B au Sénégal avec un taux de 92% d'hémophiles A pour 8% d'hémophiles B (*Thiam et al. 1997*). L'analyse de l'évolution des cas d'hémophilie au Sénégal suivis au CNTS révèle une incidence de 10 à 15 nouveaux cas par an qui sont diagnostiqués de plus en plus jeune avec une moyenne d'âge au diagnostic qui est passé de 12 ans à moins de 5 ans entre 1995 et 2012 (*Diop et al, 2014*).

On distingue trois formes en fonction de l'importance du déficit en facteur. Dans les formes sévères, le taux d'activité du facteur est < 1%, et le diagnostic est en général précoce (*Piott 1995, Diallo 2003*). L'hémorragie peut revêtir un aspect pathologique dramatique dans les formes sévères qui représentent 55,6% des cas au Sénégal (*Diallo 2003*) suivie des formes majeures (29,6%) et mineures (14,8%). Les saignements bucco-dentaires chez l'enfant sont occasionnés le plus souvent par l'éruption des dents ou des traumatismes lors des chutes (*Dia et al, 2011*). Selon l'association des hémophiles du Sénégal, on dénombrait dans le pays 165 personnes affiliées à l'association et suivies par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) dont 148 personnes atteintes d'hémophilie A, 13 cas d'hémophilie B, 3 personnes atteinte de la maladie de von Willebrand (mvW).

2.2. Facteurs de risques et déterminants

Notre longévité et notre santé tout au long de la vie dépendent fortement de notre alimentation, de notre activité physique ainsi que de notre consommation d'alcool et de tabac, d'où l'importance de ces quatre facteurs de risque dans la stratégie de lutte MNT.

Facteurs d'influence	Maladies				
	Hypertension	Diabète	Cancer	Maladies cardiovasculaires	Maladies respiratoires chroniques
Tabac	●	●	●	●	●
Alcool	●	●	●	●	●
Alimentation	●	●	●	●	●
Activité physique	●	●	●	●	●
Pression artérielle	●				
Lipidémie	●				
Poids	●	●	●	●	●
Statut socio-économique	●	●	●	●	●

Différents facteurs de risque sont liés à la survenue d'une maladie non transmissible chez un personne.

D'une part, **les facteurs comportementaux qui sont influencés par le mode de vie**, tels qu'une alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, le tabagisme et une consommation excessive d'alcool ;

L'OMS impute au tabac 7,2 millions de décès par an (y compris ceux par exposition à la fumée des autres) et, selon les projections, ce chiffre

devrait sensiblement augmenter dans les prochaines années. Il constitue un facteur de risque majeur des cancers du poumon, de la gorge et de la vessie, des broncho-pneumopathies chroniques et des affections cardiovasculaires.

Mais des facteurs socio culturels et économiques, comme par exemple le niveau d'éducation ou la pauvreté peuvent aussi influencer la survenue de maladies non transmissibles chez un personne.

Au Sénégal, 96,2% des adultes affirment n'avoir jamais bu de l'alcool (STEPS 2015). Ce taux serait certainement sous-estimé dans la mesure où près de 95% des sénégalais se disent être de religion musulmane qui en principe interdit la consommation d'alcool.

La recherche socio-anthropologique révèle d'ailleurs que la consommation excessive d'alcool surtout à certaines occasions festives est un phénomène de plus en plus répandu chez les jeunes et certaines personnes vivant des situations de marginalisation ou d'exclusion sociale. Elle rapporte aussi un désir de limitation ou d'abandon de la consommation d'alcool formulé par des personnes qui se plaignent par ailleurs de ne pas être aidés dans ce sens. Il serait alors nécessaire de développer non seulement des programmes spéciaux en mesure de communiquer de manière adéquate avec les jeunes et les personnes socialement marginalisées, mais aussi de renforcer les compétences des services médico-sociaux et des communautés pour une prise en charge efficace de l'alcoolisme.

L'étude socio-anthropologique est arrivée au constat que l'alimentation dans les familles à Dakar est dominée par une tendance à consommer une nourriture trop grasse/huilée, trop salée et trop sucrée. Cette tendance est renforcée par une forte propension à utiliser des arômes (bouillons) industriels dont les images envahissent les espaces publicitaires alors qu'ils sont souvent suspectés de contenir de grande quantité de sel. On constate également l'adoption (surtout par les jeunes, les élèves/étudiants, les agents de l'administration et du

secteur privé formel...) de nouvelles habitudes alimentaires caractérisées par la prise des repas dans la rue, les fast-foods et dans une multitude de lieux de vente d'une alimentation déséquilibrée (manque de fruits, peu de légumes, trop de viande rouge, trop de gras, trop huilée, trop salée et trop sucrée).

Dans le même temps, l'étude constate un recul de pratiques alimentaires traditionnelles plus équilibrées et plus riches en fruits forestiers, en raison, entre autres, de perturbations dans l'économie domestique et la disponibilité de ressources humaines et de certains produits d'agriculture. Il met également en relief des concepts culturels locaux faisant la promotion de la consommation légumes cultivés dans des jardins de proximité traditionnellement du ressort des femmes. Cet héritage culturel pourrait aider à encourager la consommation de fruits forestiers et de légumes considérés comme traditionnels ainsi qu'à développer de nouvelles pratiques alimentaires (plus équilibrée) et à les rendre plus acceptables par les communautés et les familles. La promotion de l'agriculture et de produits biologiques pourrait entrer dans la cadre de réponses intersectorielles contre les défis posés par les MNT.

Par ailleurs, l'analyse, par la recherche socio-anthropologique, des jours de fêtes devrait aussi aider à construire des stratégies de communication plus adaptées aux calendriers locaux. Ici, souvent, la fête est quelque part construite comme une sorte d'intermède temporelle où on prend une distance relative (socialement encouragée par l'entourage ou les hôtes) par rapport à la normalité (celle du régime pour hypertendus ou diabétiques, par exemple). Cependant dans le même temps, il existe dans les cultures locales, des attitudes et des pratiques de moqueries qui ont pour but de mettre mal à l'aise celui ou celle qui n'a pas pu se retenir et qui, ce faisant a eu des problèmes de santé (ainsi, le terme wolof « fèrr » renvoie à des attitudes de dérision et de moqueries et désigne le fait d'avoir des diarrhées, des coliques ou autres maladies, pour avoir trop mangé). Dans le cadre de la lutte contre les MNT, on devrait peut-être penser à re-conceptualiser le « fèrr » pour tourner en dérision le fait de trop manger des aliments riches en matières grasses, en sel et en sucre au point de tomber malade ou de mettre sa santé en péril.

Au Sénégal, **66,4% de la population est sujette à la sédentarité** ou une activité physique insuffisante.

L'étude socio-anthropologique montre comment les milieux populaires portent encore l'empreinte des concepts traditionnels en matière d'activités physiques. Ceux-ci sont étroitement associés aux critères d'âge et de sexe. Ainsi, au fur et mesure que les personnes adultes avancent en âge, elles sont détachées des activités physiques relevant des travaux domestiques. Les membres les plus jeunes de l'unité domestique se sentiraient mal à l'aise de voir leurs parents effectuer les travaux physiques. Cependant, traditionnellement, la marche est représentée comme devant perdurer, souvent malgré l'âge ; et ce jusqu'à ce qu'elle soit pratiquement impossible à réaliser. Culturellement, la marche des personnes âgées a, pour fonction de produire la cohésion sociale (pour régler des tensions interfamiliales, construire des relations matrimoniales, représenter les familles à des cérémonies, remplir des obligations religieuses etc.). Très souvent, on marche à deux ou en groupe surtout en ce qui concerne les femmes âgées. Cela procède non seulement de la recherche de la sécurité mais aussi constitue une stimulation réciproque entre les membres du groupe. Mais actuellement, il existe les tendances lourdes à utiliser les transports publics. On peut alors s'imaginer des activités de communication pour partager les concepts de marche collective dans les espaces de socialité (voisinage, lieu de travail, institution, l'éducation, département, faculté etc...), dans le cadre d'une prise en charge collective des MNT.

On trouve aussi les activités physiques ludiques intégrées à la production de la cohésion sociale. Les jeux physiques, les danses, en particulier celle des femmes, non seulement constituent des activités physiques et de gestion du stress mais donnent aussi l'occasion de marcher pour se rendre à leurs séances. En milieu urbain, les femmes se plaignent que le bâti et les chaussées occupent l'espace pour les séances de danse. On peut alors s'imaginer qu'une prise en compte de ces contraintes auprès des autorités en charge de l'urbanisme pourrait contribuer aux stratégies de prévention des MNT.

Quant à l'alimentation déséquilibrée, l'OMS estime à environ 4,1 millions de décès par an dus à une consommation excessive de sel/sodium et plus de la moitié des 3,3 millions de décès par an imputables à l'alcool sont dus aux MNT, parmi lesquelles le cancer. Par ailleurs, on attribue 1,6 million de décès par an dus à une activité physique insuffisante. Il est à rappeler qu'au Sénégal, **66,4% de la population est sujette à la sédentarité** ou une activité physique insuffisante et **5,1% à une alimentation riche en sel**.

D'autre part, les **facteurs de risques métaboliques ou physiologiques**, ils contribuent à 4 modifications du métabolisme qui augmentent le risque de maladies non transmissibles : (1) l'hypertension artérielle ; (2) le surpoids/l'obésité ; (3) l'hyperglycémie (élévation du taux de glucose dans le sang) et (4) l'hyperlipidémie (élévation du taux de lipides dans le sang). Il faut cependant noter qu'en nombre de décès qui leur sont attribués, le principal facteur de risque métabolique est à l'échelle mondiale l'hypertension artérielle (responsable de 19% des décès dans le monde) suivie du surpoids et de l'obésité, puis de l'hyperglycémie. Au Sénégal, plus de 24% de la population adulte seraient hypertendus (*STEPS, 2015*, 15,8% de la population présente un surpoids et 6,4% une obésité).



Figure 3 – Complications cutanées DV

de classe forte (propionate de clobétasol), de l'hydroquinone à concentration variable (allant de 2 à 8%) ou des kératolytiques (vaseline salicylée pouvant atteindre des concentrations de 50%). Elle débute souvent à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune. La pratique est plus rare chez l'homme.

Elle constitue de plus en plus un facteur de risque important de plusieurs maladies non transmissibles. Les complications dermatologiques surtout infectieuses sont à l'origine de consultation chez plus de 52% des femmes. Parmi les complications dermatologiques signalons la gale qui est très contagieuse et a un impact non négligeable sur la santé de la mère et de l'enfant

et au-delà, de toute la famille. En dehors des complications dermatologiques, des maladies générales telle que le diabète, l'HTA, les maladies endocriniennes (syndrome de Cushing ou insuffisance surrénalienne) sont également rapportées.

Au Sénégal, une étude menée en 1999 dans un quartier populaire de Dakar, a montré une prévalence allant jusqu'à 67% de la population adulte féminine. (*Wone I, et all, Prévalence de l'utilisation des produits cosmétiques dépigmentant dans deux quartiers à Dakar (Sénégal). Dakar Med 2000 ; 45 :154-7*).

Tableau I - Epidémiologie de la dépigmentation volontaire

Année	Auteurs	Sondage	Taille Echantillon	Prévalence	Lieu
1993	Mahé & all	Pop. Générale	210	25%	Mali
1994	Del Giudice & all	Pop. Générale	685	27%	Dakar
1994	Pitche & all	Pop. Générale	910	59%	Lomé
1999	Wone & all	Pop. Générale	600	67%	Dakar
1999	Raynaud & all	Hospitalier	145	27.9%	Dakar
2000	Mahé & all	Dispensaire	368	52.7%	Dakar
2005	Traoré & all	Pop. Générale	1008	44.3%	Ouagadougou

Il faut signaler par ailleurs, l'impact des produits éclaircissant à base de mercure sur l'environnement. En effet, le mercure contenu dans les savons, les crèmes et autres produits cosmétiques finalement rejeté dans les eaux usées est toxique pour les poissons. Les femmes enceintes qui consomment des poissons contenant du méthyl mercure transfèrent du mercure à leur fœtus, ce qui peut se traduire ultérieurement par l'apparition de déficits neurologiques chez les enfants (*Notes d'informations de l'AIIIDA, 2002*).

De ce fait et en raison de sa fréquence au sein d'une certaine couche de la population (Femmes adultes en général), cette affection auto-induite non transmissible apparaît désormais comme un véritable problème de santé publique.

La recherche socio-anthropologique avait conclu que la dépigmentation est un phénomène de mode soumis à un ensemble de déterminants sociaux qui embrassent des facteurs identitaires économiques, sociaux et politiques. La texture de la peau est un enjeu majeur dans ces domaines précités. L'engouement pour la dépigmentation à plusieurs égards semble être suscité et entretenu par des dynamiques médiatiques complexes et des vastes ampleurs. Il faudra alors, certainement, construire et renforcer des discours alternatifs susceptibles de limiter les effets de ces dynamiques. La construction de ces discours devrait certainement, être appuyée par l'Etat, les associations féminines (y compris les associations de femmes juristes) et la société civile, pour notamment impulser des textes de lois et règlement sur la publicité, la vente des produits éclaircissant et l'éducation contre la dépigmentation.

L'analyse des aspects sociaux autour de la pollution fait apparaître la perception par les communautés de dangers pour leur santé en raison de leur exposition à divers polluants : ceux issus des activités artisanales ou industrielles, les gaz des tuyaux d'échappement des véhicules automobiles, les particules en suspension provenant des stocks de foin, des résidus de bois, des déchets et ordures, la fumée dégagée lors de la combustion de bois ou de charbon de bois.

Certaines niches socio-écologiques (quartiers populaires ou résidentiels, gares routières, marchés, écoles, universités et domiciles...) concentrent une grande diversité de sources de pollution, dans le même temps où y prédominent des comportements alimentaires à risque et une publicité de

produits pouvant favoriser les MNT. Cependant, les communautés expriment souvent, un sentiment d'impuissance face à cette pollution. Il serait donc souhaitable que des programmes développent des interventions visant à renforcer les capacités des communautés à gérer leur propre environnement, dans le sens de la prévention des MNT.

2.3. Perceptions socio-culturelles des MNT au Sénégal

Dans l'étude socio-anthropologique menée en 2017 en vue de l'élaboration du PILMNT, on note que les populations sénégalaises utilisent, en langage courant, le mot « cancer » pour désigner la maladie. Cependant, ce mot, selon les anthropologues, résonne comme une sentence de mort. C'est la maladie ultime, la pire d'entre toutes. En wolof, on utilise, quelquefois, l'expression « Febar bu bonn bi » (la mauvaise maladie), pour éviter de prononcer le mot « cancer ». On lui associe fréquemment des constructions de causes mystiques ou surnaturelles qui conduisent généralement à solliciter l'intervention de tradithérapeutes ou de « marabouts » ; ce qui augmente, d'une manière substantielle, les frais déjà très élevés (en raison du recours tardif aux soins médicaux) de la prise en charge. Cette perception fataliste du cancer pourrait être inversée par la réussite de programmes de prévention et de prise en charge privilégiant la mobilisation communautaire pour le dépistage et la prise en charge précoces.

En ce qui concerne les maladies respiratoires chroniques, les femmes et les enfants semblent être plus exposés en raison de leurs rôles et responsabilités dans le nettoyage et l'entretien de l'unité domestique et dans l'utilisation, comme combustibles, du bois et du charbon. En outre, dans les croyances populaires, une personne qui survit à une crise aiguë d'asthme a toutes les chances d'avoir une longue vie. Ceci pourrait expliquer le recours tardif aux soins médicaux. Dès lors, les interventions devraient non seulement chercher à améliorer et à rendre plus accessible l'offre médicale mais devraient également viser des changements dans les conditions de vie, les comportements et les représentations et attitudes concernant la maladie.

Pour ce qui est du diabète, les représentations populaires au Sénégal, l'associent fréquemment à une peur de l'amputation et de restriction alimentaire. On peut citer ici les propos en wolof d'un informateur : « *Febar buy yaxx aduna la. Man dée mo ma genël ñu dag sama yaram* » (Traduction : C'est une maladie qui détruit la vie. Moi, je préfère mourir plutôt que de me voir amputé d'un membre). Ceci pourrait expliquer la faible adhésion à l'offre de dépistage. Par ailleurs, la manière jugée abrupte, culpabilisante et stigmatisant dont certains prestataires annoncent la maladie au patient amène à des attitudes de déni et de désertion des structures de santé au profit des tradipraticiens. Ainsi, il est nécessaire de développer des approches communautaires pour une communication plus appropriée sur la maladie, sur les avantages d'un dépistage précoce. Des programmes de renforcement des capacités des prestataires de soins devraient également être mis en œuvre, pour une meilleure annonce et un accompagnement adéquat de la maladie.

Les enquêtes sociologiques révèlent aussi que l'hémophilie est très peu connue dans les communautés locales ; les causes et facteurs de risque le sont encore moins. Il y'a alors un intérêt à développer des programmes d'information, de communication et d'éducation pour susciter et développer l'acceptabilité du dépistage et de la prise en charge précoces.

2.4. Impacts socio-économiques des MNT au Sénégal

Il y a un lien étroit entre la pauvreté et les maladies non transmissibles. On prévoit que la croissance rapide des maladies non transmissibles fera obstacle aux initiatives de réduction de la pauvreté dans les pays à faible revenu, en particulier du fait de la hausse des dépenses de santé à la charge des ménages.

Il est par ailleurs établi que les personnes vulnérables et socialement désavantagées tombent malades et meurent plus vite que celles d'un niveau social plus élevé, notamment parce qu'elles ont un risque plus grand d'exposition aux facteurs de risque mais aussi et parce qu'elles ont un accès plus limité aux services de santé.

Ainsi, en situation de vulnérabilité financière, les coûts des soins pour les maladies non transmissibles épuisent rapidement les ressources des ménages. Les coûts exorbitants des maladies non transmissibles, avec souvent des traitements longs et onéreux et la disparition des soutiens de familles, acculent chaque année des millions de personnes dans la pauvreté et étouffent le développement.

Au Sénégal, **les coûts directs de prise en charge** des 06 principales MNT que sont les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques, le diabète, la drépanocytose et l'hémophilie restent très peu estimés. Il en est de même des coûts indirects supportés par les communautés tels que les pertes de productivité ou la survenue d'un décès prématuré.

○ Les maladies cardio-vasculaires

Une étude menée en 1997 a permis d'estimer le coût économique direct de la prise en charge des patients atteints d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) a permis une estimation du coût direct de prise en charge de l'AVC au niveau du service de neurologie du CHU de Fann de Dakar. Sur 1260 patients hospitalisés, 12 052 actes ont été réalisés pour la prise en charge de l'AVC (35,9 %). Durant cette période, le coût direct de prise en charge de l'AVC a été estimé à 32 614 442 F CFA (56 232 USD) avec un coût moyen de 78 426 FCFA (135 USD) par patient. Le coût était de 18 839 091 FCFA en salle d'hospitalisation (57,8 %) et de 4 954 635 F CFA (8542 USD) en Neuroradiologie (15,2 %). Le coût en personnel était de 19 373 172 FCFA (33 402 USD) (59,4 %) et celui en médicaments et autres produits de 8 253 246 FCFA (14 230 USD) (25,3 %).

○ Les Cancers

Il existe plusieurs types de cancers : cancer de la prostate, du sein, du foie, du col, du pancréas, de l'enfant ... Le cancer du col de l'utérus provoqué par une infection virale est le plus fréquent au Sénégal. Selon le rapport d'activités 2008-2009 de l'hôpital Aristide Le Dantec, sur un total de 1372 cas, les statistiques renseignent :

- En chirurgie, sur 462 patients, 215 cas de cancers du col sont enregistrés soit 46,5%, 114 cancers du sein, autres : digestifs, parties molles, cutanés... 30 décès soit 6,5% ;
- En chimiothérapie, sur 2061 cures (344 patients), on note : 1131 pour cancer du col (55%), 214 pour cancer du col, 185 pour cancer de l'ovaire, 160 pour cancer de l'hypopharynx, 111 pour lymphome, 260 pour les autres locations ;
- En radiothérapie, on signale sur 566 patients, 41% de cancers du col, 30% de cancers du sein, 11% de cancers orl et 18% pour autres. Le cancer du col de l'utérus qui est le

plus fréquent existe ou augmente à cause surtout des mauvaises conditions d'hygiène et de l'absence de diagnostic précoce. La plus grande partie des femmes atteintes par ce cancer en meurent.

○ Coût de la prise en charge des Cancers :

- CHMIOTHERAPIE : 200 000 à 1 500 000 FCFA (345 à 2586 USD)
- CHIRURGIE : 300 000 FCFA (517 USD)
- RADIOTHERAPIE : 150 000 FCFA (259 USD)
- BILAN : 300 000 F CFA (517 USD)
- TOTAL : 950 000f CFA à 2 250 000 FCFA (1638 USD à 3879 USD).

○ **Les maladies respiratoires chroniques**

Une étude effectuée à la clinique de pneumologie de Dakar, portant sur les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la maladie asthmatique, montre une prévalence de 8,2 %, les situant à la quatrième place de l'ensemble des pathologies en consultation. Sur le plan thérapeutique, cette étude a montré que seuls 21,6 % des patients bénéficiaient d'un traitement de fond. Les bêta 2 mimétiques et corticoïdes inhalés étaient prescrits dans 27,5 % et 13 % des cas.

La prise en charge de ces cas avait ainsi occasionné des dépenses médicamenteuses annuelles qui s'élevaient à 49 780 FCFA (85 USD) chez 58,9 % des patients, entre 49 780 FCFA et 99 560 FCFA (172 USD) chez 30,9 % et plus de 99 560 FCFA chez 10,2 % pour un Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) de 32 00 FCFA (400 USD) au Sénégal.

Par ailleurs d'autres études (*N.O.Touré, Congrès de pneumologie de langue française, 2017*) dans la même clinique ont fixé le coût du Diagnostic & suivi mensuel à 41 704 FCFA (72 USD) et de la prise en charge thérapeutique à 25 216 FCFA (43 USD) par mois.

○ **Diabète**

Le prix de l'insuline pour la prise en charge du diabète est homologué à 996 francs CFA (1,7 USD) grâce à la subvention de l'état sans laquelle il aurait coûté au moins dix fois plus chère. Les antis diabétiques oraux qui ne bénéficient pas de cette subvention sont disponibles sous forme générique pour des coûts mensuels de traitement variant entre 3 000 à 6 000 CFA (5,1 à 10,3 USD).

Les complications font la gravité de la maladie. Le pied diabétique représente une des complications majeures du diabète sucré par sa fréquence et son risque d'évolution vers l'amputation. De nombreuses études menées en Afrique estiment que, dans 25 à 50 % des cas, elles conduisent à l'amputation et elles engagent souvent le pronostic vital.

L'amputation a un impact économique et social extrêmement grave et peut entraîner une dépendance à vie, une incapacité de travail et un état de détresse important. De plus, les atteintes des pieds et les amputations représentent l'une des complications du diabète les plus coûteuses.

Au Sénégal, le pied diabétique représente la première cause d'amputations non traumatiques et son coût direct est considérable. Il y a 10 ans déjà, une amputation sans appareillage orthopédique était estimée à 1.600.000 Francs CFA (2759 USD Euros).

Toutefois, plusieurs études ont montré la possibilité de réduire de 50% les amputations des membres inférieurs chez les diabétiques et de diminuer de moitié environ la durée d'hospitalisation pour pied diabétique grâce à la prise en charge préventive et curative des lésions du pied chez les diabétiques.

○ **La Drépanocytose**

Les coûts de prise en charge de la drépanocytose restent élevés au Sénégal et sont liés à la forme de la maladie. Les malades dépensent jusqu'à 300 000 francs CFA (517 USD) par an en dehors de toute crise pour la forme « SS ». Ces dépenses ne représentent que les coûts de consultation mensuelle et les médicaments. Ces coûts peuvent être majorés en cas d'hospitalisation lors des crises dont la durée moyenne est de 08 jours environ à l'hôpital Albert Royer de Dakar où la drépanocytose occupe la 4^{ème} place des consultations externes et la 3^{ème} en hospitalisation. Il est à rappeler qu'il n'existe en ce moment aucune politique de subvention ni de gratuité de la part de l'Etat pour sa prise en charge.

○ **L'Hémophilie**

Une étude réalisée en 2006 et portant sur les « MORBIDITE ET SEQUELLES ORTHOPEDIQUES DE L'HEMOPHILIE » au Service d'Hématologie du CHU de Dakar (*Sonny Isaac Guissou, Thèse de Doctorat en Médecine*) estime les coûts de prise en charge de 19 patients (496 500 UI « Concentrés de Facteurs ») à 248 250 000 francs CFA (428 017 USD) soit 13 065 789 francs CFA (22 527 USD) par patient ou 500 francs CFA (0,86 Euro) par UI de « Concentrés de Facteurs ».

Cependant, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, les coûts de prise en charge sont entièrement subventionnés par l'Etat.

Par Ailleurs, des études réalisées à Dakar ont montré que le poids économique de la **Dépigmentation Artificielle (DA)** représente 19 % du revenu des ménages, plus que le poids économique des budgets consacrés à l'alimentation, à la vaccination et la scolarisation des enfants. Pour des produits achetés à 650 F cfa voire plus, elles se retrouvent avec une prise en charge estimée à 80 000 F pour celles qui souffrent par exemple de de dermo-hypodermite nécrosante. D'autres sont contraintes à déboursier jusqu'à 2 millions F cfa par mois pour les infections parasitaires ou pour la chimiothérapie. Pour la chimiothérapie, il faut prévoir au moins un million par mois. (<http://www.tambacounda.info/2015/04/03/depigmentation-artificielle-letat-au-banc-des-accuses>), Consultée en Mai 2017).

La recherche socio-anthropologique a mis en relief le fait que le poids de la prise en charge des cas et les effets des décès dus aux MNT entraîne souvent dans les familles et les communautés, des situations de stress et d'effondrement économique et financier pouvant favoriser l'apparition de nouveaux cas. On peut alors développer des stratégies permettant un accompagnement psycho-social non seulement du sujet souffrant d'une MNT mais également du cercle familial et de solidarité.

2.5. La réponse nationale

2.5.1. Mesures prises par le système national pour lutter contre les MNT

PROFIL DU SENEGAL MNT - MSAS, 2017	
Dispose d'une unité/d'un service/d'un département opérationnel(le) chargé(e) des MNT au sein du ministère de la santé ou d'une entité équivalente	OUI
Dispose d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel, multisectoriel, national sur les MNT qui englobe plusieurs MNT et leurs facteurs de risque communs	EN COURS
Dispose d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel en vue de lutter contre l'usage nocif de l'alcool	NON
Dispose d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel en vue de lutter contre la sédentarité et/ou de promouvoir l'exercice physique	NON
Dispose d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan opérationnel(le) afin de réduire la charge du tabagisme	OUI
Dispose d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action opérationnel en vue de lutter contre la mauvaise alimentation et/ou de promouvoir une alimentation saine	OUI
Dispose de lignes directrices/protocoles/normes nationales aux fondé(e)s sur des bases factuelles pour la prise en charge des principales MNT dans le cadre des soins primaires	OUI
Dispose d'un système de surveillance et de suivi des MNT lui permettant de fournir des informations par rapport aux neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale	NON
Il existe un registre national des cas de cancer basé sur la population	NON
Enquête nationale 'STEPS' qui mesure de la prévalence des facteurs de risque communs aux MNT	OUI
Il existe un registre hospitalier des cas de cancer	OUI
Intégration de 34 médicaments anticancéreux dans la liste nationale des médicaments essentiels	OUI
Subvention de l'insuline	OUI
Gratuité de la dialyse	OUI
Introduction dans le PEV de la vaccination anti HPV avec passage à l'échelle	En Cours

2.5.2. Prise en charge des urgences liées aux MNT

▪ Ressources humaines

Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en personnel montrent qu'on est encore très loin des normes de l'OMS. Cette situation découle essentiellement de trois facteurs : (i) l'insuffisance des effectifs admis au niveau des structures de formation notamment dans les Universités ; (ii) la non maîtrise du processus de recrutement dans la fonction publique qui est de la compétence d'un autre ministère; (iii) l'insuffisance des mesures incitatives pour fidéliser le personnel et réussir une meilleure répartition géographique.

En ce qui concerne les MNT, le développement des ressources humaines est caractérisé par l'absence d'un plan national de formation de spécialistes et de personnel d'appoints pour la prise en charge des MNT et de leurs complications. Par exemple, malgré les efforts consentis par l'état pour l'ouverture des centres de « Dialyses », peu de techniciens sont formés et recrutés en conséquence.

Il s'y ajoute que les coûts de formations en spécialités médicales, chirurgicales ou en soins infirmiers ont connu un important accroissement qui se traduit par un déficit de spécialistes au niveau des structures de santé.

Ces insuffisances pourraient cependant être palliées par l'ouverture des Centres Régionaux de Formation, l'allocation de bourses de spécialisation et un renforcement de la politique de contractualisation.

▪ Structures d'accueil et Equipements essentiels

De nombreux efforts ont été fournis pour la construction et la réhabilitation de structures sanitaires entre 2010 et 2014. Cela s'est traduit par la mise en fonction des hôpitaux de Fatick, de Dalal Jamm, de la Paix de Ziguinchor, l'hôpital d'Enfants de Diamniadio et le Centre Hospitalier Régional de Matam, les centres de santé de Makacoulibantang, de Pété, de Médina Gounass, de Samine, etc. De plus, six unités de dialyse ont été construites et équipées.

En ce qui concerne les équipements, on note une amélioration du plateau technique des structures sanitaires et l'amélioration des conditions d'évacuation des malades. Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale dispose ainsi de deux camions médicalisés et d'un parc d'ambulances équipées pour les besoins du Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU).

Cependant, la majorité des districts ne dispose pas de la technologie adaptée au diagnostic et à la prise en charge de la plupart des MNT. En effet, rares sont les structures sanitaires des districts qui disposent d'un électrocardiographe, encore moins du dosage des enzymes cardiaques, d'une MAPA ou de scanner. Ces examens étant à la base du diagnostic des maladies cardiovasculaires (les plus grands pourvoyeurs de la charge de morbi-mortalité liée aux MNT), rendent impossible le diagnostic et la prise en charge de ces pathologies au niveau décentralisé.

La coronarographie n'est disponible que dans trois structures sanitaires de la ville de Dakar, dont un privé, rendant difficile la prise en charge des patients qui en ont besoin au niveau périphérique. Il en est de même pour la radiothérapie, disponible uniquement au niveau d'un seul hôpital.

Certains hôpitaux ont été dotés en équipements lourds (Angiographie, Scanner, mammographie, centrale d'oxygène, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), radiographie numérique, Gamma caméra SPECT). Toutefois, l'Imagerie par Résonance Magnétique, l'Angiographie et la Gamma caméra ne sont disponibles qu'à Dakar. La Gamma caméra du service de médecine nucléaire acquise dans le cadre d'un projet de coopération du gouvernement du Sénégal avec l'Agence Internationale de l'Energie Atomique, a été installé en 2009 à l'hôpital général de grand Yoff (HOGGY).

La prise en charge des urgences respiratoires (crise d'asthme aiguë, IRA, hémoptysies etc...) ne se fait qu'au niveau des EPS 3 où l'on trouve en nombre insuffisant les équipements tels que les appareils à gaz du sang, les chambres d'inhalation, les nébuliseurs etc... Ces équipements devraient également être disponibles au niveau des Centres de Santé.

Par ailleurs, il a été noté des insuffisances dans le système de maintenance de ces équipements au niveau de certains hôpitaux, des Régions Médicales et des districts sanitaires où il existe un Service Technique de Maintenance (STM). Cette situation peut découler d'un défaut d'organisation (plan d'équipement, organigramme, système d'information pour la maintenance) et d'un déficit en personnel qualifié.

Ainsi l'on peut conclure que la majorité des régions ne disposent pas de structures de prise en charge des pathologies sévères des MNT. Les équipements lourds, indispensables pour le diagnostic et la prise en charge de ces pathologies, sont concentrés essentiellement dans cinq régions à savoir Dakar (75%), Saint Louis, Thiès, Diourbel et Kaolack. Les régions du sud et du sud en sont presque dépourvues.

En ce qui concerne la prise en charge des urgences, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale s'est doté de plusieurs ambulances pour la réorganisation et le renforcement du Service d'Assistance Médicale qui s'investit aussi bien dans l'urgence pré-hospitalière que dans les urgences inter et intra hospitalières. De par ses missions de régulation et de transports sanitaires, le dispositif pourrait permettre d'améliorer de manière significative la prise en charge des pathologies sévères des MNT en l'occurrence les crises cardiaques, les AVC, les comas hypo ou hyper-glycémiques.

En 2016, sur les 1 793 types de pathologies prises en charges par le SAMU, 204 relevaient des urgences cardiologiques (11%), 45 des urgences néphrologiques (2,5%) et 42 des urgences cancérologiques (2,3%). Il est à noter que jusqu'en 2016, le SAMU ne couvrait que la région de Dakar. C'est en Juillet 2016 que la première antenne décentralisée a été mise sur pied couvrant les régions de Saint Louis, Louga et Matam avec un projet d'extension à moyen terme pour les régions du Sud (Kolda et Sédhiou).

Le développement de la médecine pré-hospitalière est capital dans la mise sur pied d'un réseau performant de prise en charge d'urgences médicales majeures.

▪ **Les médicaments et produits essentiels**

Beaucoup d'avancées ont été notées au cours des dernières années pour rendre disponibles les molécules et matériels de diagnostic et de suivi des MNT à travers la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et ses démembrements que sont les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

Ainsi, la PNA a pu mettre à disposition des structures de santé du secteur public (sans combinaison fixe cependant) les molécules antihypertenseurs, les antidiabétiques oraux, la morphine et certains anticancéreux. Ceci a permis d'améliorer l'accessibilité financière de certains traitements et l'accessibilité géographique à travers les stratégies « Jegesi na » et « Yeksina ». Cependant, les ruptures sont encore fréquentes et certains produits clés (bronchodilatateurs, anti-HTA en combinaison fixe, anti-cholestérolémiants...) restent encore absents des rayons de la PNA.

Le rapport ECPSS, 2015 rapporte une faible disponibilité des médicaments de prise en charge de l'HTA au niveau des structures de santé décentralisées à l'exception des bloqueurs des canaux calciques qui étaient disponibles dans un tiers des structures (33%). Cette disponibilité était meilleure dans les structures publiques que privées (36% contre 17% pour les bloqueurs des canaux calciques). Par ailleurs, dans beaucoup de régions, on note une absence totale de ces médicaments.

En ce qui concerne les produits de l'asthme, les comprimés d'hydrocortisone étaient présents dans 51 % des structures de santé et le salbutamol inhalateur dans 20 % des structures offrant une faible capacité de prise en charge des maladies respiratoires chroniques au niveau de ces structures reste très faible.

L'implication des malades, des associations, des leaders communautaires et de la société civile est également nécessaire à tous les niveaux de réflexion, de prise de décision et de gouvernance.

2.5.3. Organisation du cadre de réponse

▪ Gouvernance et leadership

La création en 2013 de la Division de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles traduit une volonté politique claire du Ministère de la Santé et de l'Action sociale à prendre en charge les Maladies Non Transmissibles (MNT) dans un contexte épidémiologique marqué par une forte augmentation de ces pathologies.

Malgré les efforts consentis pour sa mise en place et l'affectation de personnel, force est de constater l'insuffisance des moyens de coordination, une faible visibilité institutionnelle ; une absence d'un cadre de collaboration multisectorielle.

Il s'y ajoute l'inexistence d'un plan directeur de lutte contre les MNT et d'une application insuffisante des textes et législation en vigueur dans le cadre de la lutte contre les MNT.

L'analyse des politiques et stratégies en rapport avec la lutte contre les MNT révèle plusieurs phases traduites dans des documents programmatiques qui illustrent de la place de plus en plus importante des MNT.

Le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1998-2007 réaffirmait déjà en 2004 l'engagement du Ministère de la Santé et de l'Action sociale dans la lutte contre les MNT à travers l'identification de maladies chroniques dont la prise en charge posait des problèmes d'accessibilité financière et géographique donnant ainsi naissance à la notion de « maladies chroniques à soins coûteux ». Ceci concernait essentiellement le cancer, l'insuffisance rénale chronique et le diabète.

Dans le deuxième PNDS 2009-2018 deux défis majeurs ont été notés en la réalisation d'une enquête nationale STEPS chargé de mesurer la prévalence des facteurs de risque des MNT et l'amélioration de l'accès aux traitements efficaces contre les MNT par toutes les formations sanitaires (FS) du pays. Dans ce cadre, étaient définies les FS qui offrent les soins spécialisés et celles qui garantissent une offre minimale de soins par région. Les politiques de prise en charge définissaient ainsi quatre (04) volets intégrant parfaitement la prise en charge des MNT. Il s'agit :

- (i) du renforcement du contrôle des maladies prioritaires (maladies transmissibles & maladies non transmissibles),
- (ii) de la déconcentration de la prise en charge de la maladie en mettant l'accent sur les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) et les maladies chroniques à soins coûteux,
- (iii) d'une meilleure gestion des urgences avec un système de référence contre référence fonctionnel et,
- (iv) de l'amélioration de la performance des hôpitaux,

Les stratégies spécifiques permettant d'atteindre ces objectifs étaient ainsi définies :

- (1) la surveillance épidémiologique avec des enquêtes de prévalence et des études sur les facteurs de risque ;
- (2) la prévention des maladies chroniques et la communication pour la promotion de comportements sans risque ;
- (3) le dépistage précoce ;
- (4) la mise en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de moyens appropriés de diagnostic et de prise en charge correcte et
- (5) la création de centres de référence fonctionnels (équipements adéquats et personnels qualifiés) pour certaines maladies à soins coûteux ;

- (6) La dernière orientation de déconcentration considérée comme la stratégie phare de prise en charge des MNT ciblait particulièrement le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, le cancer et la drépanocytose. Le but visé est de rendre le traitement plus accessible au niveau de chaque région.

Ainsi, des efforts importants ont été réalisés :

- L'enquête STEPS réalisée en 2015 interroge la population sur leur mode de vie (Step1), à mesurer le poids la taille et la tension artérielle (Step 2) et doser la glycémie et le cholestérol (Step 3). L'état de la santé bucco-dentaire de la population a aussi été évalué ;

- La décentralisation de l'accès aux soins est en cours ; la mise en place de clinique du diabète et de l'hypertension artérielle est un exemple à renforcer et à mettre à l'échelle ;

Il faut cependant noter que le dépistage précoce, la prévention des maladies chroniques, la communication pour la promotion de comportements sans risque et la surveillance épidémiologique restent encore des axes à renforcer. De même des enquêtes socio anthropologiques pour aider à orienter et adapter les stratégies de lutte contre les MNT mériteraient d'être conduites périodiquement.

2.5.4. Organisation de la coordination

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) de 2009-2018 avait mis l'accent sur l'augmentation de plus en plus importante des maladies non transmissibles incitant ainsi le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale à entamer l'organisation de la riposte. A ce titre, des points focaux chargés de conseiller la Division de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles sur les sept (7) maladies chroniques ciblées (Diabète, Drépanocytose, Insuffisance rénale, Maladies cardio-vasculaires, Cancer, Epilepsie et Hémophilie) ont été nommés..

Cette organisation était articulée autour de la Division de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (DLMNT) qui relève de la Direction de la Lutte contre les Maladies (DLM), laquelle relève de la Direction Générale de la Santé (DGS). Cette position lui attribue une très faible visibilité institutionnelle qui pourrait entre autres être à l'origine des faibles moyens financiers et humains mobilisés pour cette unité de coordination. En effet, la DLMNT ne compte que 5 Médecins et un assistant administratif et des moyens logistiques très insuffisants malgré la nouvelle proposition d'organigramme qui n'est pas encore adoptée. Ce nouvel organigramme propose :

1. Le maintien d'un chef de Division ;
2. La mise en place d'un conseil scientifique composé des différents points focaux des différentes maladies retenues par le Sénégal ;
3. Le renforcement du Pool administratif à travers le recrutement ou la mise à disposition d'un gestionnaire en plus de l'assistant administratif ;
4. La mise en place de 7 bureaux (Diabète, Cancer, Maladies Cardio Vasculaires, Maladies respiratoires chroniques, Autres maladies, Partenariat, IEC/CC) dont les responsables seront chargés d'appuyer le chef de Division
5. Le recrutement ou la mise à disposition de techniciens supérieurs de la santé ou d'infirmiers ayant des compétences avérées en santé publique au niveau de chaque bureau.)

Cependant, afin de rendre plus fonctionnel le cadre de collaboration intersectorielle et de partenariat, l'adoption de cet organigramme devrait être accompagnée par la mise en place d'un Comité de Pilotage présidé par le cabinet du Premier Ministre.

Et en ce qui concerne la visibilité institutionnelle de la division, il serait bénéfique que la DLMNT soit érigée en Direction au même titre que la DLM ou en Programme de Lutte Contre les maladies Non Transmissibles au sein de la DLM lui conférant ainsi plus de capacité à développer des partenariats, à mobiliser des financements complémentaires et à coordonner le cadre de multisectoriel de mise en œuvre et de suivi.

2.5.5. L'offre des soins

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide. Au niveau communautaire, le système est complété par plusieurs initiatives parmi lesquelles le développement des cases de santé.

Le Sénégal compte actuellement trente-cinq (35) hôpitaux et cent sept (107) Centre de Santé niveau 1 et 2, mille six cent onze (1 611) Postes de Santé répartis dans soixante-seize (76) districts sanitaires (*Carte sanitaire du Sénégal 2016*).

L'offre de soins des MNT se particularise cependant par l'absence d'unités intégrées de prise en charge et par l'insuffisance de protocoles et guides de soins. Les différents centres ou services hospitaliers spécialisés se regroupent dans la capitale et ne s'occupent en général que d'une seule maladie sans visibilité sur la prise en charge des autres. En ce qui concerne les structures de santé décentralisées, l'ECPSS de 2015 fournit des informations parcellaires sur l'offre de services de base notamment sur le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires.

On note par ailleurs une faible participation de la population dans la lutte contre les MNT et une insuffisance du système de suivi - évaluation des activités de ces maladies. De manière plus spécifique, l'offre de soins par type de maladie se présente comme suit :

○ **Les Cancers**

Au Sénégal, la plupart des patients sont vus au stade de cancer avancé. Cette situation peut s'expliquer en grande partie par l'absence de programmes de dépistage précoce ou l'absence d'infrastructures de diagnostic et de traitement appropriés dans de nombreuses régions.

Diagnostic / Dépistage : Les services publics d'Anatomie Pathologique (Hôpital Général de Grand Yoff, Hôpital Principal, Hôpital A. Le Dantec, Faculté de Médecine, Hôpital FANN) et privés (Institut Pasteur, Laboratoires Privés) assurent le diagnostic de certitude du cancer et sont tous localisés à Dakar tout en recevant cependant des échantillons de tout le pays. Il faut noter par ailleurs que les services d'imagerie médicale des hôpitaux contribuent aussi au diagnostic des tumeurs par radiographie conventionnelle, échographie ou tomodensitométrie et parfois par la scintigraphie et l'imagerie par résonance magnétique nucléaire.

En ce qui concerne le dépistage, les pratiques restent très timides à travers le pays. La société civile organise cependant des campagnes de dépistage périodique pour les cancers du col de l'utérus et du sein qui restent insuffisamment documentées et sans implication de la DLMNT.

Pour la prévention primaire :

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, à travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV) administre à la naissance le « Pentavalent » (vaccin contre l'hépatite B) à tous les enfants résidant dans du pays. Il en est de même du secteur privé qui administre aussi le même vaccin de l'hépatite B à la naissance. L'on peut noter aussi le projet de démonstration de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus (HPV) qui est actuellement en cours dans deux districts sanitaires pilotes (Méckhé et Dakar Ouest) et dont l'introduction dans le PEV national est prévu pour Novembre 2017.

Le traitement médical :

En ce qui concerne les cancers, il est essentiellement assuré par les services des CHU. Il faut noter qu'un seul service de radiothérapie était disponible (cobaltothérapie) au Sénégal et que la radiothérapie métabolique n'est opérationnelle que partiellement avec des aménagements à faire en ce qui concerne l'hospitalisation des patients et leur radioprotection. En outre, deux accélérateurs de particules ont été acquis récemment. La chimiothérapie est administrée quant à elle au niveau de l'Institut du cancer, des services chirurgicaux, de gynéco-obstétrique, de la pédiatrie, de la médecine interne, de la dermatologie, de l'hématologie clinique et des services de pneumologie avec malheureusement des schémas de traitement peu standardisés.

Le plateau technique des hôpitaux régionaux ne permet de réaliser pour le moment que quelques actes chirurgicaux avec des niveaux de performance variables.

Les Centres de Santé disposent du paquet minimum d'activités mais rarement d'unités chirurgicales pouvant prendre en charge le traitement chirurgical des cancers.

Chez les enfants où les cancers sont caractérisés par une forte mortalité surtout dans les pays en développement comme le Sénégal, la place de l'oncologie pédiatrique devient de plus en plus importante dans les services pédiatriques. En 2013, sur un total de 800 nouveaux cas attendus (*PS Cancer, 2015-2019*), 215 cas ont pu être diagnostiqués et pris en charge par ces services dont 47 cas de Néphroblastome, 44 cas de Leucémie et 17 cas de Lymphomes.

Dans ce groupe, la mise en place de protocoles adaptés et la subvention des traitements dont la chimiothérapie gratuite grâce au GFAOP a permis d'offrir à tous les enfants une prise en charge efficiente. Les résultats très encourageants démontrent des taux de survie allant de 51% à 74% pour certains cancers et témoignent encore une fois de l'efficacité de la prise en charge rapide (*PS Cancer 2015-2019*).

Par ailleurs, le Projet GIPAP (Glivec International Patient Access Program) qui est présent au Sénégal depuis 2005 donne accès gratuitement au traitement (Glivec) aux patients atteints de LMC. La prise en charge est faite au niveau des hôpitaux *Dalal Jamm, Principal et au Centre National de Transfusion Sanguine*. On compte à ce jour plus de 150 patients qui sont sous GLIVEC au Sénégal.

○ **Les Maladies Cardiovasculaires**

Le rapport *ECPSS, 2015* révèle que presque toutes les structures de santé fournissent des services de prise en charge de l'HTA (99 %). Il faut cependant noter que même si le pourcentage de structures de santé offrant des *services* de prise en charge de l'HTA reste très élevé, la disponibilité des directives et du personnel formé est très moyenne (respectivement 23 % et 25 %). C'est dans les centres de santé que la disponibilité en personnel récemment formé est la plus élevée (49 %). Par ailleurs, par rapport au secteur privé (19 %), le secteur public compte plus de personnel formé (27%). Il en est de même pour la disponibilité des directives de prise en charge (25% contre 16%).

Dans les régions comme Fatick, Sédhiou, Tambacounda et Ziguinchor, aucune structure ne possédait de directives alors que toutes les structures de santé de ces régions offraient des services de prise en charge de l'HTA.

Il faut dire qu'à ce jour, la prise en charge des autres maladies cardio-vasculaires est dévolue aux structures de références que sont les hôpitaux. Au Sénégal, ces services spécialisés se retrouvent essentiellement au niveau :

- Des CHU : Aristide Le Dantec, Hôpital Général de Grand Yoff, Hôpital Principal, Hôpital de FANN ;
- Hôpitaux et centres de santé de Dakar.
- De quelques hôpitaux régionaux : Kaolack, Thiès, Ziguinchor, Touba, Diourbel, Saint Louis, et Louga.

- De 4 cliniques privées à Dakar.

En plus du faible nombre de services spécialisés et de la cherté de certains produits, la prise en charge instrumentale se heurte à beaucoup de difficultés liées à la pauvreté du plateau technique :

- (1) 7 centres pouvant réaliser des « Pace-Maker » dont 2 privés localisés tous à Dakar excepté 1 à Saint Louis ;
- (2) 3 centres de coronarographie (dont 1 privé) et d'angioplastie coronaire localisés tous à Dakar ;
- (3) 1 centre de pontage aorto-coronarien (privé) ;
- (4) 1 baie d'électrophysiologie pour le traitement des troubles du rythme (Le Dantec) ;

Sur le plan chirurgical, le pays dispose de deux centres de chirurgie cardiaque (CHU, privé).

Les hôpitaux régionaux ne disposent que d'un plateau technique très pauvre, aucune prise en charge instrumentale coronaire ou chirurgicale n'est possible en dehors de Dakar.

- **Les Maladies Respiratoires Chroniques**

Les services de prise en charge sont assurés plus de 98% des structures de santé fournissent des services de prise en charge. Cependant, la présence des directives de prise en charge n'est observée que dans 30% des structures. La disponibilité de ces documents était plus élevée dans les structures du secteur public que celles du secteur privé (31 % contre 20 %). Dans certaines régions, comme Fatick, Sédhiou, Tambacounda et Ziguinchor, aucune structure ne disposait de directives de prise en charge des maladies respiratoires chroniques.

La disponibilité de personnel récemment formé reste aussi faible avec seulement 16 % des structures qui disposent de personnel formé dans ce domaine. C'est dans les hôpitaux que l'on a observé le plus fréquemment la présence de personnel formé (35 %). Dans certaines régions, le pourcentage de structures avec du personnel formé est très inférieur à la moyenne nationale. Il s'agit de Kaffrine (6 %), Matam et Louga (7 %) et Ziguinchor (4 %).

Il est à noter cependant que le diagnostic formel de l'asthme et des autres maladies respiratoires non transmissibles se font essentiellement au niveau de 6 structures hospitalières publiques, au niveau du laboratoire de physiologie (UCAD) et des structures privées où l'on trouve des spécialistes et un plateau technique adéquat (spirométrie, fibroscopie bronchique etc...). La décentralisation de la prise en charge demeure néanmoins une priorité du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Par ailleurs, la prise en charge des insuffisances respiratoires chroniques s'est améliorée avec la mise en place de l'oxygénothérapie à domicile depuis fin 2015. Trente-cinq patients ont bénéficié à ce jour de ce traitement. Cette initiative a été rendue possible grâce à l'appui de partenaires tels « soutien pneumologique international ». Cette prise en charge se fait avec un suivi régulier médical et de maintenance au niveau de l'Hôpital de Fann et dans le privé. Il serait important de mettre à échelle cette prise en charge au niveau de toutes les régions.

○ Le Diabète :

Le Sénégal ne compte qu'un seul centre de référence spécialisé (Mark Sankalé) où l'on dénombre plus de 43 000 cas enregistrés avec 90% de diabète de type 2 dont la prise en charge nécessite de l'insuline qui fort heureusement est subventionnée par l'Etat du Sénégal. On y compte une douzaine de spécialistes et plusieurs stagiaires et étudiants en formation.

Au niveau décentralisé, le rapport de l'ECPSS 2015 relève que la quasi-totalité des structures de santé (94 %) offre des services de prise en charge du diabète. Parmi les structures de santé offrant des services de prise en charge du diabète, moins d'une sur cinq disposait de directives sur le diagnostic et la prise en charge (19 %) ainsi que de personnel formé (17 %). La disponibilité de directives et de personnel formé est nettement plus faible dans les postes de santé que dans les autres types de structures de santé.

Dans certaines régions comme Fatick où 100 % des structures de santé offrent des services de prise en charge du diabète, la disponibilité de directives est cependant très faible (6%). Dans d'autres régions comme Sédhiou, Tambacounda et Ziguinchor, aucune structure de santé offrant des services de prise en charge du diabète ne possédait ce type de document. Au niveau de ces régions, la disponibilité de personnel formé reste aussi très faible : Sédhiou (9 %), Kaffrine (7 %), Kédougou (6 %) et Fatick (2 %).

Cependant, les capacités de diagnostic du diabète au niveau de ces services sont assez bonnes : 82 % ont la capacité d'effectuer un test de glycémie et environ les deux tiers disposaient de l'équipement pour effectuer un test de protéinurie (67 %) et de glycosurie (66 %). Par rapport aux centres de santé (89%) et aux postes de santé (81 %), les hôpitaux présentent évidemment plus de capacité à effectuer ce test (94 %) malgré les efforts importants fournis par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale pour rendre disponible ce test au niveau des postes de santé. D'autre part, dans le cadre du partenariat public privé, il est à noter l'existence depuis 2014, d'un projet ayant mis en place des unités de prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle qui contribuent à la décentralisation de la prise en charge intégrée des MNT et dont les principales activités sont :

- La prise en charge intégrée du diabète et de l'HTA
- La sensibilisation et le dépistage au sein de la communauté (disponibilité de l'application m-Diabète)
- L'éducation et information des patients diabétiques et ou hypertendus

Ce concept est articulé autour d'01 centre de référence, de 06 Cliniques Diabète Hypertension (CDH) et 09 centres satellites qui gravitent autour des CDH dont les capacités du personnel et le plateau technique ont été relevés dans le cadre du partenariat.

En ce qui concerne la communication sur le diabète et ses facteurs de risque, elle reste très limitée voire inexistante. Ainsi, selon l'enquête STEPS (2015), 84,7% de la population ignore son statut glycémique et reste insuffisamment informée sur le diabète et ses diverses complications. Ce manque d'informations et de sensibilisations fait que la majorité de la population n'est pas en mesure d'identifier les symptômes de la maladie dès leur apparition conduisant ainsi à un diagnostic tardif et à une prise en charge coûteuse de l'affection et de ses complications.

○ La Drépanocytose

Il existe au niveau central, un laboratoire de référence pour le diagnostic des anomalies de l'hémoglobine au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS).

La particularité de cette affection tient à la gravité et à la fréquence de ses complications. Ces dernières nécessitent un plateau technique de prise en charge spécifique qui n'est disponible qu'au niveau de quelques services hospitalo-universitaires localisés tous à Dakar dont les deux principaux sont : (1) le CNTS (pour les drépanocytaires adultes), (2) centre de prise en charge ambulatoire à l'Hôpital Albert Royer (pour les drépanocytaires enfants).

○ L'Hémophilie

La gravité de l'hémophilie découle des risques d'hémorragies étendues cutanéomuqueuse ou organiques abondantes (cérébro-méningées). Ces manifestations constituent les signes cliniques caractéristiques de l'hémophilie. On peut diagnostiquer une forme sévère (<1%), une forme modérée (1 et 5%) et une forme mineure (5 et 30%).

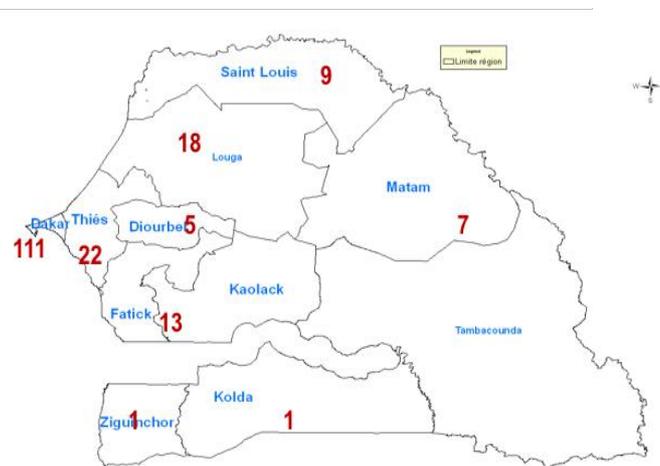


Figure 4 – Répartition des cas selon les Régions

180 patients hémophiles ont été suivis dans ce centre dont 111 à résident à Dakar.

La recherche socio-anthropologique effectuée auprès des malades fait apparaître des problèmes de communication entre patients et praticiens à plusieurs niveaux (à l'accueil, à l'orientation, à l'annonce des résultats du diagnostic et à divers moments dans la prise en charge et le suivi). Des programmes de renforcement des capacités des prestataires pourraient aider à réduire ces problèmes qui ne sont certainement pas sans influence sur la prévention des MNT et l'observance des traitements.

Les savoirs populaires, l'automédication et les recours aux offres thérapeutiques traditionnelles constituent également des domaines importants dans l'analyse de la prise en charge telle que vécue par les patients, les familles et les communautés. Leur efficacité n'est généralement pas reconnue par le système officiel. Dans tous les cas, ces réponses locales semblent combler les difficultés d'accès aux offres médicales officielles et les gaps en matière de communication.

Sa prise en charge consiste à administrer le facteur de coagulation défaillant qui est obtenu à partir du plasma sanguin ou par génie génétique dont disposent peu de centres hospitaliers du pays. Au Sénégal, les hémophiles sont essentiellement suivis au niveau du centre national de transfusion sanguine (CNTS) qui suit par ailleurs les autres maladies hématologiques (Onco hématologique et Drépanocytose). En 2016, 180

▪ **L'implication des communautés dans la lutte contre les MNT**

La société civile s'est engagée à l'amélioration de la lutte contre les MNT. Leur action se fait dans le cadre d'associations de patients et de sympathisants répertoriés. Il s'agit essentiellement : ASSAD, LISCA, AHS, ASD, ASHIR, ANSAS, LISTAB, Cœurs Unis etc...

Cependant cette implication est encore relativement faible : les communautés sont très peu représentées dans les processus d'élaboration des réponses et de prise de décision au niveau stratégique. Or, compte tenu du poids important des facteurs humains, les plans stratégiques risquent de ne pas avoir l'effet de masse et la durabilité escomptés sans l'engagement et le leadership communautaire.

▪ **L'information sanitaire**

La reconstruction du système d'information sanitaire a abouti à la mise en place du DHIS2 depuis 2013. Ainsi, le système dispose de données actualisées en ligne mais qui prennent très peu en compte les données des MNT. On y retrouve des données de notification de cas relatif au diabète, à la drépanocytose, à l'hypertension artérielle, aux maladies rénales, aux cancers (du foie, du col de l'utérus, du sein, de la prostate), à l'asthme. Cependant, il ne prend pas en compte les aspects de suivi et de devenir de ces maladies qui par essence sont toutes chroniques.

Dans le système actuel, un patient MNT reçu plusieurs fois au niveau d'une ou de plusieurs structures de santé dans le cadre de son suivi, sera comptabilisé autant de fois faute de code patient unique. Il s'y ajoute que la plupart des MNT sont diagnostiquées et suivies au niveau des EPS de niveau 3 ou dans les structures privées qui ne sont pas encore intégrées dans le DHIS2. Ainsi, les statistiques fournies par la DSSIS ne reflètent pas toute la réalité épidémiologique des MNT au niveau du pays.

Il faut noter cependant l'existence d'un registre national des tumeurs dénommé REGSEN mis en place dans les hôpitaux de la région de Dakar. Sa généralisation au niveau des autres régions prévue depuis 2015 tarde à se réaliser.

En 2015, le Sénégal a eu à mener sa première enquête STEPS. Les données de cette enquête ont permis d'avoir une photographie sur l'épidémiologie globale des différents facteurs de risque et de certaines MNT. Cependant, l'absence de moyens financiers a limité les procédures d'échantillonnage, aboutissant ainsi à des résultats seulement au niveau national, non désagrégés au niveau des régions, encore moins au niveau des districts. Ceci limite considérablement les options de planification des interventions qui ne pourraient tenir compte des spécificités épidémiologiques et culturelles des différentes régions.

Les enquêtes démographiques et sanitaires continues (EDS), effectuées tous les ans permettent au système de santé de recueillir des indicateurs au niveau des ménages. Cependant, ces enquêtes n'intègrent pas encore les données sur les MNT, surtout les facteurs de risque cardiovasculaires qui pourraient être collectées régulièrement et orienter les actions de prévention.

Ainsi, les informations sur les déterminants des maladies, et leur évolution restent très limitées en raison entre autres de l'insuffisance des supports de collecte de données des MNT. Les rares informations en matière de MNT disponibles issues pour le moment du registre des tumeurs

révèlent la nécessité de mettre en place une plateforme unique pour quatre les 4 principales MNT interconnectée au DHIS2.

▪ Le financement de la Santé et des MNT



Dépenses du gouvernement en soins de santé

\$644 million in 2013

\$46 par habitant

37% Dépensés par les ménages

Le financement dans le secteur de la santé provient de l'Etat, des Partenaires Techniques et Financiers, des populations et rarement des collectivités locales. L'Etat a alloué ainsi en 2013 08% (*Comptes de la Santé*) de son budget à la santé dépensant 46 \$ par habitants en soins de santé (*OMS, 2014*).

Sur les fonds gérés par d'autres secteurs autres que l'Etat, 77% ont été dépensés par les usagers et 21% ont été gérés par un régime prépayé tel que l'assurance maladie (*OMS 2014*). Le Gouvernement du Sénégal s'efforce d'accroître l'accès aux soins et de réduire les dépenses à la charge des usagers en mettant en place une couverture maladie universelle (CMU) à travers le renforcement des programmes d'assurance maladie existant, des programmes communautaires pour étendre la couverture au secteur informel et au renforcement des initiatives de gratuité afin de couvrir les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Jusqu'en 2015, vingt-cinq millions (25 000 000) de francs CFA (43 103 USD) étaient alloués annuellement à la prise en charge du cancer ; ce montant a contribué à l'organisation du Registre des Tumeurs. Dans le moyen terme, il est attendu l'inscription d'un montant d'un milliard cinq cent millions (1.500.000.000) (2 586 206 USD) pour la subvention des produits, des médicaments anticancéreux et antidouleur. D'un autre côté, les Partenaires Techniques et Financiers et la société civile participent activement à la lutte contre le cancer en finançant la formation continue, la formation de spécialistes, les équipements et les activités de sensibilisation.

Par ailleurs les Partenaires Techniques et Financiers et la société civile participent activement à la lutte contre le cancer en finançant la formation continue, la formation de spécialistes, les équipements et les activités de sensibilisation.

Pour les patients diabétiques, l'insuline reste fortement subventionnée par l'Etat. Depuis 2004, l'Etat verse une subvention de 300 millions de Francs CFA par an (517 241 USD). Cependant les autres antidiabétiques ne font pas partie de cette subvention.

Pour l'insuffisance rénale chronique de 2010 à 2012 le coût de la dialyse a été subventionné par l'état, ce qui a permis une baisse de 50 000 francs CFA à 10 000 FCFA (86 USD à 17 USD). Depuis 2012 l'Etat assure une prise en charge gratuite de la dialyse.

En ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires chroniques, la drépanocytose et l'hémophilie il n'existe pas de financement spécifique.

L'Etat fait de gros efforts pour la prise en charge des MNT, mais les ressources qu'il mobilise ne suffisent pas tout le temps. La prise en charge de ces maladies coûte très chère sur une

longue durée, alors qu'il existe des mesures préventives efficaces. D'où l'intérêt d'élaborer et de financer la mise en œuvre de stratégies de prévention.

Il faut cependant noter que les antidiabétiques oraux ne font pas partie de cette subvention et que même les personnes âgées de plus de 60 ans (Plan Sésame) qui devraient bénéficier gratuitement du traitement antidiabétique n'en disposent pas du fait que cette politique reste encore peu opérationnelle.

Hormis le plan Sésame pour les personnes âgées, même si la CMU offre la prise en charge de l'insuffisance rénale qui est une complication du diabète, il faut souligner qu'il n'existe encore aucun paquet de soins du diabète assuré par la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui constitue la nouvelle politique de financement de la santé du pays.

Toutefois, l'intégration de la prise en charge du diabète demeure une volonté de l'Etat à travers la CMU, avec si possible, la prise en compte de certains examens de laboratoire périodiques et autres frais médicaux pour le suivi d'une maladie chronique comme le diabète.

▪ **Retour sur Investissement (ROI)**

Il sera bénéfique d'évaluer **le retour sur investissement (ROI)** dans la lutte contre les MNT au Sénégal. A l'heure, nous ne disposons pas encore d'informations sur ce que pourrait rapporter « une franc investi » dans la prévention et la prise en charge des MNT.

Cependant, des **analyses coûts-bénéfices**, réalisées dans d'autre pays (*Suisse, 2010*), décrivent le ROI de la prévention dans les domaines de l'alcool et du tabac. L'étude montre ainsi que **chaque franc** investi présente une utilité avérée de respectivement **23 francs et 41 francs suisse**. Elle conclut que le recul des problèmes d'alcool est proportionnel au montant des dépenses de prévention et que ces mesures de prévention ont contribué significativement au récent recul de la consommation de tabac en Suisse. Par ailleurs, **le bénéfice économique** de la prévention du tabagisme est également élevé et se situe, selon les estimations, entre 540 et 900 millions de francs par an.

▪ **Recherche Développement et MNT**

La recherche développement sur les MNT existe, elle couvre plusieurs domaines (biologique, médical, psycho-social, socio-anthropologique et technologie d'information et de communication). Les chercheurs sont très souvent à jour au niveau de l'actualisation des connaissances et dans les innovations de la prise en charge. Cependant il y a l'insuffisance du personnel qualifié et des ressources financières pour la recherche sur les MNT mais aussi par le faible cadre de collaboration entre les instituts et facultés de recherche nationaux. Le personnel disponible et engagé dans la lutte reste plus absorbé par les activités de prise en charge et se consacre très peu aux travaux de recherche.

Ainsi c'est l'occasion de lancer un appel à la communauté scientifique, aux partenaires pour intégrer la recherche sur les MNT dans leurs priorités.

2.5.6. Prise en charge des facteurs de risque

▪ La lutte Anti-Tabac au Sénégal

Au Sénégal, un demi-million (5,9%) des adultes utilise actuellement les produits du tabac avec 15,6% des hommes et 0,4% des femmes. Un peu plus de 7 sénégalais sur 10 (71,6%) âgés de 20 à 34 ans ayant déjà fumé ont commencé avant l'âge de 20 ans. L'initiation au tabagisme avant l'âge de 15 ans concerne 25% d'entre eux et est plus marquée en milieu rural (36,7%) qu'en milieu urbain (15,9%).

Depuis 2014, une législation antitabac interdit de fumer dans des lieux publics tels que les établissements de soins de santé, les établissements d'enseignement, les bâtiments administratifs, les lieux de travail fermés et les transports publics. C'est ainsi que depuis l'adoption de la loi 2014-14 du 24 mars 2014, le Sénégal a fait d'énormes progrès dans la Lutte Antitabac dont le point d'orgue a été la reprise des dispositions législatives sont les suivantes :

- La lutte contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé ;
- L'interdiction totale et complète de la publicité, de la promotion et du parrainage ;
- L'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Cette nouvelle loi prévoit la mise en place d'un organe de contrôle qui s'occupera des textes, de la réglementation, de la composition et des émissions des produits du tabac.

Les textes réglementaires sont en cours d'élaboration. Par arrêté numéro 03274 portant création du 16 mars 2015, le Comité national de Lutte contre le tabac (CNLT) a été installé officiellement par Madame le Ministre de la Santé et de l'Action sociale. Un programme national de lutte contre le tabac (PNLT) a été créé par arrêté numéro 015347 du 28 juillet 2015 suivi de l'installation des Comités Régionaux et de comités départementaux de Lutte anti-tabac . Il serait cependant fondamental de renforcer le suivi et l'évaluation des politiques anti-tabac mises en place à travers les indicateurs clés liés aux six mesures MPOWER :

- **Monitor** : Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention, afin de réduire la prévalence de l'usage du tabac et de l'exposition à la fumée du tabac ;
- **Protect** : Protéger la population contre la fumée du tabac dans les lieux publics et les lieux de travail ;
- **Offer** : Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac et assurer l'absence de récurrence par l'accompagnement ;
- **Warn** : Mettre en garde contre les dangers du tabac ;
- **Enforce** : Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ;
- **Raise** : Augmenter les taxes sur le tabac et diminuer l'accessibilité aux produits du tabac

▪ **Mesures de lutte contre la sédentarité et Promotion de l'activité physique au Sénégal**

Selon la dernière enquête STEPS, 2015, la pratique de l'activité physique est encore faible au Sénégal. Lors de cette enquête, 66,6% des personnes interrogées lors de cette enquête n'en pratiquent aucune. La proportion de femmes ne pratiquant aucune activité physique est encore plus importante (83,6%). Chez les hommes cette proportion est de 48,9).

Il est à rappeler que la réponse nationale promouvant l'activité physique est coordonnée par le Ministère des Sports et des Loisirs (MSL) qui a développé dans sa lettre de Développement Sectorielle (LDS), le concept de Sport-Santé.

Ce concept se matérialise à travers les clubs de randonnées pédestres. Ces derniers, organisés dans un premier temps en Comité National Provisoire (CNP) sont actuellement dans une fédération couvrant toutes les régions du pays. A noter qu'une proportion non négligeable des membres de ces clubs est constituée de personnes du troisième âge.

Ainsi les randonnées pédestres font de plus en plus partie des programmes de journées mondiales organisées par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale avec le double objectif de sensibiliser les populations sur les MNT et sur le bénéfice de l'activité physique.

Il est à noter l'existence de parcours sportifs et des espaces de sports (Foot Ball, Basket Ball) aménagés le long des plages ou dans les quartiers par les municipalités. Ces parcours (2 à Dakar) sont encadrés par le Ministère des Sports à travers la Direction des Loisirs.

Présentement, le Ministère des Sports a commandité une étude sur la pratique sportive individuelle de plage ciblant la région de Dakar pour estimer le nombre de pratiquants ainsi que leur profil et une étude sur les salles de sport, leurs accès et leur encadrement.

▪ **Mesures de lutte contre la mauvaise alimentation au Sénégal**

Selon l'enquête STEPS 2015, les sénégalais consomment en moyenne 3,5 portions de fruits et/ou légumes par jour, alors que le nombre de portions recommandé est de 5. Ainsi, près de sept (7) adultes sur dix (10) consomment moins de cinq (5) portions de fruits et/ou légumes par jour.

En ce qui concerne la consommation de sel, la majorité des adultes (87,9%) pensent qu'ils consomment juste la bonne quantité de sel. Cependant, 8,3% d'entre eux pensent que la consommation excessive de sel peut causer des problèmes de santé. Les femmes (90,2%) semblent être beaucoup plus averties que les hommes (86,2%) sur les conséquences néfastes de l'utilisation excessive de sel sur la santé. Par ailleurs les ruraux ont moins tendance à consommer excessivement du sel que les urbains (10,5% contre 20,6%).

Quant à la consommation de matières grasses, près de 97,9% des ménages consomment de l'huile végétale ; 15 % consomme de l'huile de palme plus d'une fois par semaine, 24,7% une fois par semaine et 60 % moins d'une fois par semaine.

Les activités de promotion d'une alimentation saine relèvent de la Division de l'Alimentation et de la Nutrition (DAN) de la Direction de la Santé de la reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE) du MSAS. Cette division a pour mission d'amener les populations à avoir une alimentation saine et équilibrée par l'information sur la qualité et la quantité des aliments à consommer. Elle lutte donc contre la malnutrition de carence à travers les stratégies de suppléments, ainsi que sur les malnutritions d'excès à l'origine de surpoids et d'obésité.

Les activités consistent à sensibiliser les populations sur les pratiques alimentaires et sur les conséquences d'une mauvaise alimentation notamment sur la consommation de sel de sucres et de matières grasses, l'encouragement de la consommation de fruits et légumes, les pratiques culinaires saines ainsi que la pratique de l'activité physique.

La stratégie s'appuie sur un document de politique de nutrition, un plan stratégique sur l'alimentation et la nutrition, les politiques normes et procédures et un plan multisectoriel de la nutrition sous l'égide de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) logée à la primature.

La mise en œuvre est réalisée par :

- les prestataires de santé qui détectent et prennent en charge les situations de malnutrition par excès ou par carence ;
- les relais communautaires qui ont le volet nutrition dans leur paquet de service ;
- les ONG qui appuient sur le terrain. Il existe une certaine demande de traitement de l'excès de poids.

En dehors de l'enquête STEPS 2015, qui a permis de disposer de données de base sur les comportements alimentaires liés aux facteurs de risque cardio-métaboliques, l'évaluation des activités de nutrition se fait à travers des enquêtes parcellaires (SMART et KPC et RPAS). Certains indicateurs peuvent être retracés dans le DIHS2. Le Centre Marc Sankalé quant à lui, en plus d'être un centre de référence pour la prise en charge du diabète, prodigue aussi des services, assez limités pour le moment, de consultation pour lutter contre l'obésité et le surpoids.

▪ **Mesures de lutte contre la dépigmentation Artificielle « Xessal »**

En 2002 a été créée à Dakar l'Association Internationale d'Information sur la Dépigmentation Artificielle (AIIDA) qui obéit à la nécessité de prévenir les complications médicales de cette pratique avec comme objectifs :

- (1) de Sensibiliser et informer sur les méfaits de la dépigmentation artificielle (appelée « xeesal » au Sénégal) ;
- (2) d'élaborer des messages pertinents pour une prévention de la dépigmentation artificielle et,
- (3) d'organiser le soutien des pratiquantes pour la prise en charge adaptée des complications de cette pratique.

Elle constitue à ce jour une des rares associations impliquées dans la réponse apportée à ce fléau. Depuis sa création l'AIID a en effet mené plusieurs activités d'information dont :

- la sensibilisation des professionnels, des leaders et du grand public (journalistes, parlementaires, élèves et étudiants etc.) ;
- la formation des professionnels de la santé, à la PEC médicale et à l'orientation des patients vers les milieux spécialisés ;
- l'organisation des journées regroupant divers secteurs d'activités (consoméristes, douane, ministère santé, universitaires, économistes et professionnels de la santé),
- l'organisation de conférences pour les associations féminines et célébration de la journée du 08 Mars ;
- l'organisation de conférences religieuses sur le thème « Religion et DA » ;

- l'organisation de journées de consultations médicales gratuites
- la rédaction de rapport d'expertise destiné au MSAS sur le danger des corticoïdes

Depuis, 2016, à la demande des autorités du MSAS, l'AIIDA a eu à élaborer un plan d'action de 2 ans (2016-2017) qui s'articule autour de trois axes majeurs :

- Institution d'une politique de cosméto-vigilance ;
- Information et Education du grand public ;
- Formation des professionnels de la santé à la PEC et à l'orientation des patients

Pour la mise en œuvre de ce plan, l'AIIDA compte impliquer plusieurs autres secteurs et services ministériels dont les Ministères de l'éducation nationale, l'enseignement supérieur, de la femme, de la famille et de l'enfance, de l'environnement, de l'économie et des finances ainsi que les mouvements citoyens et leaders d'opinion.

D'autre part, de par les réactions cutanées sévères comme le Syndrome de Lyell, les dermohypodermes bactériennes et les cancers cutanés, la DA est associée à une mortalité très élevée. Au Sénégal, les consultations dermatologiques constituent 28 à 32 % des consultations médicales. Une prise en charge jugée onéreuse pour des femmes confrontées pour la plupart à une inaccessibilité financière aux soins.

▪ **Mesures de lutte contre la pollution atmosphérique**

Les facteurs de risque environnementaux, tels que la pollution de l'air, de l'eau et des sols, l'exposition aux substances chimiques, le changement climatique ou le rayonnement ultraviolet, contribuent à la survenue de plus de 100 maladies ou traumatismes.

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 12,6 millions de personnes sont décédées en 2012 du fait d'avoir vécu ou travaillé dans un environnement insalubre. Ceci représentait près d'un quart des décès dans le monde. Dans la même année, il ressortait du rapport « Prévenir la maladie grâce à un environnement sain » que ce sont les pays à revenu faible ou intermédiaire qui supportaient la plus forte charge de morbi-mortalité liée à l'environnement, avec un total de 7,3 millions de décès dont la plupart sont attribuables à la pollution de l'air intérieur et de l'air extérieur.

Selon le même rapport de 2012, l'immense majorité des décès liés à l'environnement sont dus d'une part aux maladies cardiovasculaires telles que les accidents vasculaires cérébraux (2,5 millions de décès) par an, les cardiopathies ischémiques (2,3 millions de décès par an) et d'autre part par les traumatismes non intentionnels (p. ex. accidents de la circulation 1,7 million de décès par an) les Cancers (1,7 million de décès par an), et les Affections respiratoires chroniques (1,4 million de décès par an).

Au Sénégal, la mise en place d'un cadre juridique rénové pour une bonne gestion de l'environnement constitue l'une des préoccupations des pouvoirs publics. La loi n° 83-05 du 28 Janvier 1983 portant Code de l'environnement avait été élaborée sur la base de priorités bien définies que sont : (1) les installations classées, (2), la pollution des eaux, (3) la pollution sonore, et (4) la pollution de l'air et les odeurs incommodantes.

Par ailleurs, la création du Centre de Gestion de la Qualité de l'Air (CGQA) témoigne de cette préoccupation et a été possible grâce à un financement du Fonds Nordique de Développement

dans le cadre du Programme d'Amélioration de la Mobilité Urbaine (PAMU) mis en œuvre par le Conseil Exécutif des Transports Urbains de Dakar (CETUD).

En raison de ses objectifs de veille environnementale sur la pollution atmosphérique, le CGQA a été placé sous la tutelle de la Direction de l'Environnement et des Etablissements Classés (DEEC). Ce centre dispose aujourd'hui d'un laboratoire de référence et de cinq stations fixes de mesure de la pollution de l'air répartis à travers la ville de Dakar. Ces stations fixes sont complétées par un laboratoire mobile qui effectue des mesures dans des endroits ciblés.

- **Mesures de lutte contre la consommation excessive d'alcool au Sénégal**

La consommation d'alcool ne semble pas importante au Sénégal si l'on se base sur le fait que la grande majorité des adultes (96, 2 %) affirme n'avoir jamais bu d'alcool. Ainsi les actions visant à réduire la consommation d'alcool restent peu visibles.

TROISIEME PARTIE

PLAN STRATEGIQUE 2017-2020



3. PLAN STRATEGIQUE 2017-2020

3.1. VISION

Un Sénégal émergent où moins de personnes vivent avec les maladies non transmissibles évitables ou en décèdent prématurément.

3.2. DEFIS DU PLAN STRATEGIQUE

3.2.1. Renforcer la collaboration multisectorielle

La lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque n'est pas de la seule responsabilité du ministère de la santé puisque de nombreux facteurs tels que l'économie, l'environnement, l'éducation et la formation, les facteurs socio-culturels, la circulation routière, l'aménagement du territoire (etc...) influent sur la santé. C'est pourquoi D'autres secteurs ministériels doivent s'engager (éducation, agriculture, économie, douanes, environnement, commerce...) dans ce combat. Les décideurs à tous les niveaux doivent donc être sensibilisés afin de tenir compte de ces aspects sanitaires et d'appuyer la mise en place de d'une plateforme multisectorielle de collaboration. Aussi, des partenariats ambitieux seront noués d'une part avec les partenaires au développement et le secteur privé pour mobiliser les ressources et d'autre part avec les organisations de la société civile et les parlementaires pour soutenir ces initiatives sous le leadership de l'autorité gouvernementale.

Il s'agira donc par conséquent pour cette première génération de plan stratégique MNT de mettre l'accent sur l'amélioration de la coordination et la coopération à travers l'utilisation des plateformes multisectorielles existantes ou à créer. Un comité des parties prenantes sur les MNT devra être instauré en vue d'une coordination optimale de la collaboration, appuyée d'un ou de plusieurs groupes consultatifs constitués d'experts pour la prévention, la prise en charge et le suivi stratégique des principales interventions.

3.2.2. Consolider les environnements favorables à la santé

La prévention des facteurs de risque comportementaux et donc modifiables demeure la priorité absolue en termes de stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles.

Il est établi que beaucoup de choses peuvent être réalisées grâce à des changements de style de vie et d'habitudes alimentaires (cesser de fumer, boire avec modération, accroître l'apport de fruits et de légumes, limiter les apports en graisse, en aliments trop salés ou trop sucrés et pratiquer des activités physiques régulières-). Pour cela, les pouvoirs publics doivent soutenir et accompagner les communautés dans ces changements en faisant la promotion d'une bonne hygiène de vie et mettre à leur disposition des environnements propices à un mode de vie sain dans les établissements scolaires, les lieux de travail, les niches socio-économiques défavorisées etc.

La réduction des facteurs de risque, tels que l'alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, le tabagisme et l'abus de boissons alcoolisées, doit être une priorité de même que le renforcement des facteurs de protection qui seront donc au cœur de cette première génération de plan stratégique MNT au Sénégal ~~car demeurent des facteurs~~. L'influence des facteurs génétiques est comparativement bien moindre. Cependant, ces quatre facteurs ne sont pas les seuls à influencer sur la santé des individus au Sénégal. En effet, la pollution atmosphérique, le cadre

de vie, les niches socio-économiques défavorisées, la faiblesse des revenus et l'accès limité aux services de santé, de dépistages et de prévention, ainsi que la dépigmentation artificielle, sont aussi des déterminants à prendre en compte.

Le **deuxième défi** consistera alors à réduire ces facteurs de risque associés aux MNT et d'atténuer l'impact de ces maladies au Sénégal à travers une approche globale nécessitant la collaboration de tous les secteurs (santé, finance, transport, éducation, agriculture, planification et autres), pour promouvoir des interventions harmonisées.

3.2.3. Améliorer la prise en charge des MNT

Outre les actions préventives en direction des populations, le renforcement des capacités des systèmes de santé en vue d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge efficace des maladies non transmissibles est indispensable. Autant de priorités qui nécessitent une mobilisation totale et une formation adaptée de l'ensemble des acteurs de santé

Il sera donc crucial d'investir suffisamment de ressources dans une meilleure prise en charge des maladies non transmissibles, par la détection, le dépistage, le traitement, ainsi que l'accès aux soins palliatifs pour ceux qui en ont besoin. Il s'agira de délivrer des interventions essentielles ayant un fort impact en faisant appel à l'approche par les soins de santé primaires pour renforcer la détection précoce et le traitement rapide. Les faits montrent que de telles interventions constituent ~~son~~ d'excellents investissements économiques, car mises en œuvre rapidement pour les patients, elles peuvent réduire le besoin de traitements parfois plus coûteux.

Le **troisième défi** du plan consistera donc à améliorer la prise en charge des personnes qui vivent avec certains facteurs de risque ou qui souffrent de maladies non transmissibles. Cela passera par des programmes de renforcement des capacités des agents de santé dans le domaine des soins de santé primaires et le renforcement du plateau technique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces actions seront menées parallèlement aux initiatives d'accessibilité des médicaments à prix abordables pour une meilleure prise en charge des pathologies

3.2.4. Renforcer le monitoring et la recherche

Une politique de prévention efficace des maladies non transmissibles requiert des bases scientifiques fondées. Il est donc important de suivre l'évolution, les tendances des maladies non transmissibles et les risques pour orienter les politiques et les priorités.

Le **quatrième défi** sera de poursuivre les efforts en matière de surveillance des facteurs de risque comportementaux et métaboliques. Les résultats de l'enquête STEPS 2015 en sont une illustration. Les données sont indispensables pour suivre les tendances et mesurer les progrès réalisés dans le pays. Elles permettent aussi de mener des activités de plaidoyer plus efficace pour mobiliser les acteurs politiques et toutes les parties prenantes. L'enjeu du monitoring sera couplé à la promotion de la recherche, du transfert de connaissances et de l'innovation.

Il sera question au-delà des recherches épidémiologiques de mener des études pluridisciplinaires sur les plantes médicinales, les fruits, les légumes et les habitudes alimentaires enracinées dans l'histoire et la culture des communautés établies en milieu rural et urbain dans diverses zones éco géographiques du Sénégal. On a aussi besoin de recherche formative, de recherche de processus et de recherche d'évaluations d'impacts pour accompagner la conception, la mise en œuvre et les réajustements des plans stratégiques. Les recherches qualitatives et des études sociologiques rigoureuses sur le suivi des changements de comportement sont nécessaires.

3.2.5. Garantir le financement

Il est improbable que les pays n'ayant pas une couverture suffisante de l'assurance-maladie comme le Sénégal (CMU, mutuelles de santé) puissent donner l'accès universel aux interventions essentielles contre les maladies non transmissibles.

C'est pourquoi, les interventions de prise en charge sont fondamentales pour atteindre une baisse relative de 25 % de la cible mondiale du risque de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles d'ici 2025 et d'une diminution d'un tiers de la cible des objectifs de développement durable d'ici 2030.

La mobilisation et l'utilisation efficiente des moyens financiers constituent **le cinquième défi** de ce présent plan. Les moyens devront être mobilisés et utilisés efficacement et conformément aux objectifs stratégiques du plan. Les instruments de financement dont disposent le MSAS doivent s'adapter à la stratégie. Des moyens supplémentaires seront nécessaires pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque.

Il est improbable que les pays n'ayant pas une couverture suffisante de l'assurance-maladie comme le Sénégal puissent donner l'accès universel aux interventions essentielles contre les maladies non transmissibles.

Cependant, les interventions de prise en charge sont fondamentales pour atteindre la cible mondiale d'une baisse relative de 25% du risque de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles d'ici 2025 et la cible des objectifs de développement durable d'une diminution d'un tiers d'ici 2030.

La mobilisation et l'utilisation efficiente des moyens financiers constituent **le cinquième défi** de l'actuel plan. Les moyens devront être mobilisés et utilisés efficacement et conformément aux objectifs stratégiques du plan. Les instruments de financement dont disposent le MSAS vont s'adapter à la stratégie. Des moyens supplémentaires seront nécessaires pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque.

3.3. PRINCIPES DIRECTEURS

Le succès de la Stratégie Nationale de lutte contre les MNT dépendra essentiellement des principes directeurs suivants :

- (1) Une approche intégrée et multidimensionnelle fondée sur la collaboration entre les différents secteurs et partenaires et la coordination à tous les niveaux ;
- (2) Un engagement et une mobilisation de la communauté qui sera renforcée par la nouvelle politique nationale de décentralisation (Acte 3) ;
- (3) La lutte contre les inégalités sociales à travers le renforcement du partenariat public-privé, la lutte contre la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie des populations ;

3.4. OBJECTIFS GENERAUX

La stratégie 2017-2020 se caractérise par deux objectifs prioritaires à long terme :

- (1) Limiter la charge de morbidité ;
- (2) Réduire le nombre de décès prématurés.

3.5. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Pour atteindre ces objectifs généraux, quinze (15) autres objectifs spécifiques ont été formulés :

A. Diminuer les facteurs de risque comportementaux ;

1. Maintenir la prévalence de l'obésité à moins de 6,4% ;
2. Réduire de 6 % la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adultes de 18 ans et plus ;
3. Maintenir la prévalence du diabète à moins de 2,1% ;
4. Baisser de 12,5 % la prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus ;
5. Réduire de 15 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes de 18 ans et plus ;
6. Maintenir la prévalence de l'usage nocif de l'alcool chez les adultes à moins de 0,9% ;
7. Réduire de 10% la prévalence de la dépigmentation artificielle chez les adultes de 18 ans et plus.

B. Améliorer l'égalité des chances dans l'accès à la prise en charge, à la promotion et à la prévention des MNT

8. Amener à 90% la proportion d'hémophiles pris en charge selon le protocole national en vigueur ;
9. Amener à 90% la proportion de drépanocytaires pris en charge selon le protocole national en vigueur ;
10. Amener à au moins 50% la proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont déjà eu un examen pour le dépistage du cancer du col utérin ;
11. Amener à plus de 90% la couverture en vaccination anti-HPV chez les filles de 9 à 14 ans ;
12. Amener la couverture en vaccination HepB J0 à plus de 80%

C. Améliorer les compétences individuelles en matière de santé et de lutte contre les MNT ;

13. Amener au moins à 80% le nombre de personnes qui connaissent les 4 principaux facteurs de risque associés aux MNT (alimentation trop grasse, trop huileuse, trop sucrée, trop salée, insuffisance de la consommation de légumes et fruits, obésité et manque d'activités physiques, tabagisme et alcoolisme)
14. Amener au moins à 80% le nombre de personnes qui sont au courant de l'existence de lois protégeant contre certains facteurs de risque des MNT (tabac, alcool, composition des aliments, produits de dépigmentation, environnement...)
15. Amener au moins à 50% le nombre de personnes qui affirment avoir réduit leur consommation de sel
16. Amener au moins à 50% le nombre de personnes qui affirment avoir augmenté leur activité physique pour la prévention des MNT
17. Réduire de 30% le nombre de personnes qui pensent être exposées à la pollution de l'air interne (fumée, encens...) ;

18. Augmenter de 50% le nombre de personnes qui pensent que les frais de prise en charge des MNT dans les structures sanitaires sont à leur portée

3.6. ENJEUX ET CHOIX STRATEGIQUES

Au cours de la période 2017-2020, le Ministère de la Santé et son réseau de partenaires seront confrontés à **cinq grands enjeux** dans la réponse qu'ils souhaitent apporter aux problèmes des MNT au Sénégal de la population.

Ces enjeux correspondent aux défis prioritaires de la mise en œuvre de cette première génération de Plan Intégré de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PILMNT).

- **Premier Grand Enjeu** : Renforcement de la collaboration inter et intra-sectorielle.
- **Deuxième Grand Enjeu** : Consolidation des environnement favorables à la santé.
- **Troisième Grand Enjeu** : Amélioration de la prise en charge des MNT.
- **Quatrième Grand Enjeu** : Renforcement du cadre de monitoring et de la recherche.
- **Cinquième Grand Enjeu** : Assurer le financement du Plan

PREMIER GRAND ENJEU

RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION



« Si tu veux aller vite, vas-y seul mais si tu veux aller loin, alors il faut y aller ensemble » –...

Proverbe africain

AXE STRATEGIQUE 1

RENFORCEMENT DU CADRE DE PARTENARIAT ET DE COLLABORATION

Renforcement du cadre de partenariat et de collaboration afin d'accorder plus d'importance à la lutte contre les maladies non transmissibles au Sénégal

1. Enjeux	2. Orientations
Cadre de collaboration multisectoriel fonctionnel et assurant le suivi stratégique de la lutte contre les MNT	Cadre regroupant plusieurs services ministériels et acteurs de la société civile y compris les organisations communautaires et cadre sous tutelle de la primature

3. Interventions prioritaires

Le Sénégal dispose aujourd'hui d'un large dispositif dans le domaine de la santé et de la prévention des MNT du fait de sa politique de décentralisation et de la diversité des acteurs (Services techniques ministériels, collectivités locales, ONG et associations nationales et régionales, communautés, secteur privé etc.). Il faut cependant prendre en compte que cette diversité qui pourrait complexifier la coordination des différentes activités, la définition des priorités et l'approche harmonisée de mise en œuvre.

Ce premier axe stratégique consistera alors à la mise en place d'un réseau et à l'organisation d'une plate-forme présidée par la primature et visant à améliorer les synergies pour une efficacité optimale des efforts de prévention. Cette plate-forme assurera la coordination, la formulation des principes et priorités et le suivi stratégique.

Le Sénégal devra alors tenir compte des directives de l'OMS en matière de prévention et de lutte contre les MNT et ainsi entretenir des échanges avec la communauté internationale.

Par ailleurs, bien qu'appartenant au même ministère, il a été observé qu'il n'existe aucun cadre régulier de collaboration et de mise en œuvre concertée des activités entre la division de la lutte contre les des MNT et les services de prise en charge de ces pathologies (Diabète, Cancer, maladies cardiovasculaires, Drépanocytose, hémophilie). Cet axe stratégique permettra aussi de pallier cette insuffisance d'ici 2020.

4. Résultats stratégiques

Résultat Stratégique 1 - Renforcement du cadre de partenariat et de collaboration	
Indicateur de couverture/produit	
1.1	Un atelier de partage du PILMNT est organisé au niveau national
1.2	Un atelier de partage du PILMNT est organisé au niveau de chaque axe (Ouest, Centre, Nord, Sud)
1.3	Le PILMNT est disponible sur le site du MSAS
1.4	Dix ateliers de cartographie/ recensement des acteurs (incluant institutions) impliqués sont organisés
1.5	Un comité multisectoriel cohérent et fonctionnel est créé
1.6	Les réunions semestrielles du comité multisectoriel sont tenues
1.7	Un forum d'échange sur les MNT est organisé avec les secteurs (environnement, éducation, agriculture et élevage, commerce, sport)
1.8	Les plans d'action opérationnels des 6MNT sont disponibles
1.9	Les plans sectoriels élaborés (environnement, éducation, agriculture et élevage, commerce, sport) tiennent compte des MNT
1.10	Des réunions thématiques trimestrielles sont tenues entre les différents membres du comité multisectoriel

AXE STRATEGIQUE 2

RENFORCEMENT DES CAPACITES DE GOUVERNANCE ET DE LEADERSHIP

Renforcement des capacités de gouvernance et de leadership du cadre multisectoriel de mise en œuvre de la lutte contre les maladies non transmissibles au Sénégal (unité de coordination et autres secteurs)

1. Enjeux	2. Orientations
Bonne visibilité institutionnelle de l'unité de coordination et renforcement des autres secteurs (ministériels et de la société civile) pour la mise en œuvre des plans opérationnels	Audit institutionnel de la Division et érection à niveau institutionnel satisfaisant ; Elaboration de plans sectoriels Collaboration avec la société civile

3. Interventions prioritaires

Aujourd'hui la position de la division de la lutte contre les MNT logée au sein de la Direction de la lutte contre les maladies (DLM), elle-même dépendant de la Direction Générale de la Santé (DGS lui attribue une très faible visibilité institutionnelle et très peu moyens financiers et humains.

Le deuxième axe stratégique s'attellera à initier un processus de transformation organisationnelle de la division afin d'améliorer la coordination et le suivi stratégique du plan. Il s'agira, de lui attribuer assez de moyens et d'instaurer à tous les autres niveaux de la coordination une culture de performance.

Par ailleurs, sous la coordination de la plateforme, il sera procédé à l'élaboration au développement d'une politique multisectorielle et des plans d'action sectoriels au niveau du pays visant à améliorer les capacités de gouvernance et de mise en œuvre des autres secteurs et partenaires.

4. Résultats stratégiques

Résultats Stratégiques 2 - Renforcement des capacités de gouvernance et de leadership	
Indicateur de couverture/produit	
2.1	Un audit organisationnel et institutionnel de l'unité de coordination (DLMNT) est réalisé par un cabinet d'audit
2.2	Les résultats et recommandations de l'audit sont partagés et mis en œuvre
2.3	Les réunions de coordination mensuelles avec la DGS sont tenues
2.4	Les réunions de coordination hebdomadaires de la DLM sont tenues
2.5	Une rencontre semestrielle de plaidoyer pour étendre la CMU à la prise en charge des 6 MNT (jusqu'à signature de convention de prise en charge) est tenue

AXE STRATEGIQUE 3

CONSOLIDATION DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Consolidation des environnements favorables à la santé et renforcement de la promotion de la réduction des facteurs de risques ;

1. Enjeux	2. Orientations
Politique d'information et de promotion sur les MNT déclinée en plusieurs plans sectoriels	Définition d'une politique de communication, élaboration de plans sectoriels et collaboration avec la société civile pour la mise en place de stratégies permettant de lutter contre les MNT.

3. Interventions prioritaires

Il s'agira, à travers chaque plan sectoriel, d'accélérer la mise en œuvre d'interventions préventives qui s'adressent à la population générale en prenant en compte l'ensemble des facteurs socio-culturels les caractérisant. Les stratégies de communication se focaliseront d'une part sur la responsabilité de chacun et le comportement individuel et d'autre part sur l'instauration de cadres propices à la santé.

Ces cadres réglementaires seront organisés de manière à contribuer à l'égalité des chances, à la qualité de vie de la population et à promouvoir un mode de vie favorable à la santé. A cet effet, la responsabilité pour les questions de santé sera inscrite dans les priorités des différents autres secteurs.

La plateforme multisectorielle de coordination entretiendra par ailleurs des échanges d'expériences internationales visant à renforcer ces cadres réglementaires.

Ainsi, en plus des programmes de sensibilisation et d'éducation des populations sur les facteurs de risques, la mise en place de législations et de politiques fiscales (telles que l'application des sanctions (verbalisation), la taxation sur le tabac, l'alcool, les boissons sucrées, la lutte contre la publicité du tabac et des produits de dépigmentation) de même que la subvention pour soutenir l'accès à des aliments sains (fruit, légumes...) seront encouragés.

D'autres actions seront aussi encouragées notamment en organisant des lieux de vie propices à la santé (pistes cyclables, installations sportives et de loisirs attrayants, préservation des espaces naturels et de détente, préparation de repas sains dans les cantines au travail, à l'école ou dans les niches socio-économiques défavorisées (gares routières), etc....).

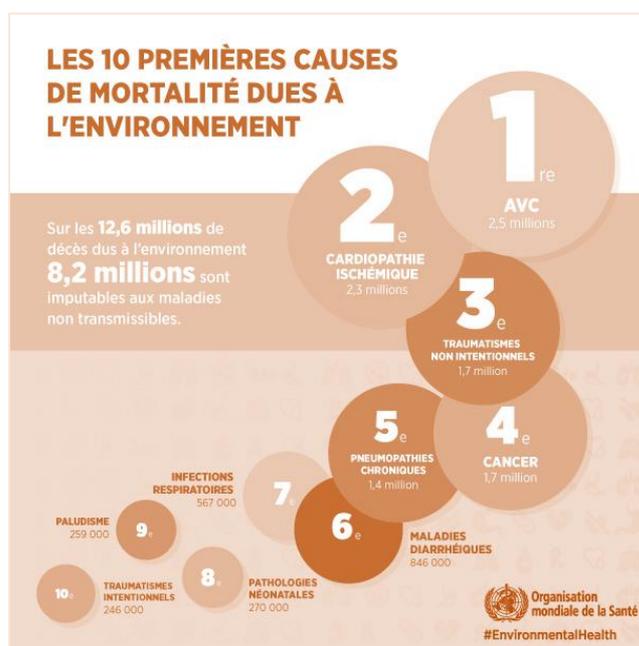
Des lignes directrices (Guidelines) et standards pour les prestations de prévention seront aussi élaborés et des approches innovantes seront développées à chaque fois qu'il existe des lacunes afin d'optimiser l'intégration systématique des mesures de dépistage et de prévention (p. ex. aide au sevrage tabagique, à la perte de poids, à la promotion de l'activité physique) dans le domaine des soins.

4. Résultats stratégiques

Résultats Stratégiques 3 - Consolidation des environnements favorables	
Indicateur de couverture/produit	
3.1	Un plaidoyer est organisé à l'endroit des parlementaires pour la lutte contre les MNT
3.2	Un plaidoyer est organisé à l'endroit des départements ministériels (intérieur et justice) pour l'application des lois
3.3	Un plaidoyer est organisé à l'endroit des acteurs de la société civile pour la lutte contre les MNT
3.4	Un plaidoyer est organisé à l'endroit des universités et instituts de recherches pour la lutte contre les MNT
3.5	Un plan de plaidoyer (à l'endroit des cibles cités plus haut) est élaboré
3.6	Un plan de promotion intégré sur les MNT est disponible
3.7	Les supports de communication adaptés sont produits et diffusés
3.8	Deux sessions d'orientation du réseau de journalistes en santé et développement sur les MNT
3.9	Deux sessions d'orientation du réseau des praticiens de la médecine traditionnelle sur les MNT sont organisées
3.10	Deux plans d'action pour la prévention des MNT sont élaborés par les réseaux des journalistes et PMT
3.11	Un guide de counseling sur les MNT est disponible

TROISIEME GRAND ENJEU

AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE, DE LA PREVENTION ET DU DEPISTAGE DES MNT



« Atteindre l'objectif plus rapidement et plus efficacement en concentrant les forces » –...

AXE STRATEGIQUE 4

AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES MNT

Renforcement de la décentralisation de la prise en charge des MNT et amélioration des plateaux techniques régionaux ;

1. Enjeux	2. Orientations
Prise en charge décentralisée de toutes les MNT y compris les urgences et le renforcement du dépistage et de la prévention.	Extension des CDH (Centre Diabète Hypertension) étendu aux autres MNT et au niveau de chaque district et renforcement du cadre de prévention et de dépistage des MNT.

3. Interventions prioritaires

Les offres de services curatifs généralement bien codifiés devraient faire l'objet d'une extension au niveau de tous les districts suivant le modèle de prise en charge CDH qui intègre les aspects préventif et curatif. La coordination ainsi que la répartition des tâches entre les professionnels de la santé, et les organisations de la société civile chargées de la promotion et de la prévention devront être davantage impliquées et renforcées.

Un ancrage solide de la prévention et une intégration de la chaîne de prise en charge sera une priorité. C'est en effet le seul moyen d'abaisser le risque de maladie et d'éviter les complications. L'accent sera mis sur le dépistage, l'intervention précoce et sur l'amélioration de la qualité de vie à travers une intégration systématique de la prise en charge et de la prévention dans les soins.

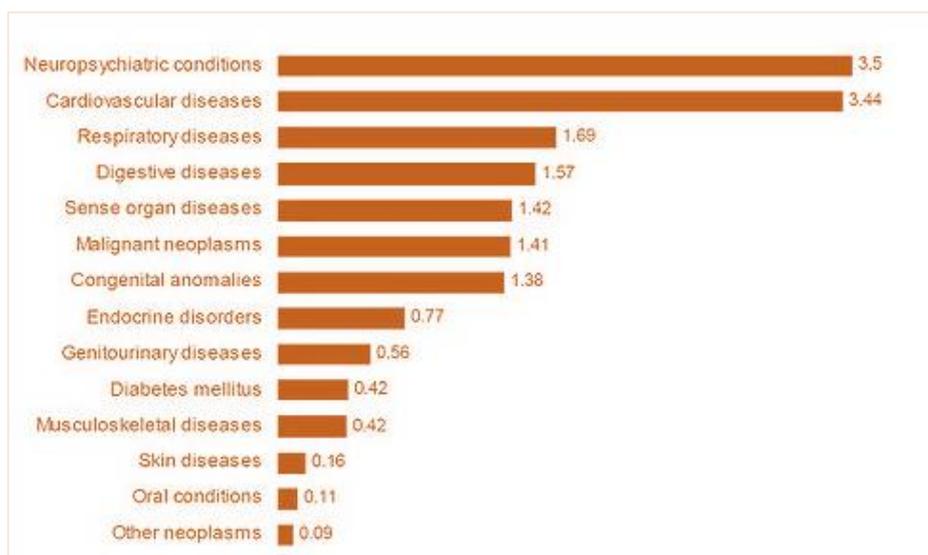
Les différents acteurs seront incités à mettre en place des réseaux de correspondance, qui favoriseront la coopération entre les fournisseurs de prestations et les organisations de la société civile chargées de la prévention. Une optimisation de la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'une clarification et une reconnaissance des compétences et des rôles respectifs des institutions impliquées et des professions sanitaires et sociales sont requises à cet effet.

4. Résultats stratégiques

Résultats Stratégiques 4 - Amélioration de la prise en charge des MNT	
Indicateur de couverture/produit	
4.1	Les documents de normes et protocoles ainsi que les paquets minimaux de prise en charge sont disponibles à tous les niveaux
4.2	Les unités de prise en charge intégrée des urgences MCVM sont mises à l'échelle dans tous hôpitaux régionaux
4.3	Un centre de prise en charge du diabète et de l'HTA est mis en place dans chaque district sanitaire
4.4	L'équipement nécessaire pour la prise en charge des maladies respiratoires chroniques est mis en place au niveau de l'ensemble des EPS et centres de santé
4.5	Deux prestataires sont formés sur la prise en charge des MRC au niveau de tous les EPS
4.6	Un centre national fonctionnel d'oncologie est mis en place
4.7	Cinq pôles régionaux fonctionnels de prise en charge des cancers sont mis en place
4.8	Une unité de prise en charge de la drépanocytose et de l'hémophilie est mise en place dans l'ensemble des hôpitaux régionaux
4.9	Neuf nouveaux centres de dialyse sont mis en place
4.10	Les résultats de l'évaluation des besoins en ressources humaines pour la PEC des MNT sont disponibles
4.11	Toutes les équipes cadre de région et de district sont formées sur les normes et protocoles de prise en charge des MNT (formations de formateurs)
4.12	Tous les prestataires des districts et EPS prenant en charge des MNT sont mis à niveau par les équipes de région
4.13	Les besoins de la prise en charge des MNT sont intégrés sur la liste des médicaments et technologies essentiels (MTE)
4.14	Les médicaments et technologies essentiels (MTE) pour la prise en charge des MNT sont intégrés aux stratégies "Jegessina" et "Eksina"
4.15	Le plan national de la DIEM pour la maintenance des équipements est mis en œuvre
4.16	Une réunion d'information et de collaboration avec toutes les parties prenantes (Ministères, Collectivités locales, Praticiens de la médecine Traditionnelle, Société civile, ONG, ...) est organisée sur le dépistage et la prévention
4.17	Les capacités des acteurs du cadre de la prévention et du dépistage (CPD) sont renforcés à travers un atelier
4.18	Le plan d'action du cadre de prévention et dépistage est élaboré et mis en œuvre

QUATRIEME GRAND ENJEU

RENFORCEMENT DU CADRE DE MONITORAGE ET DE LA RECHERCHE



« Une politique de prévention efficace des maladies non transmissibles requiert des bases scientifiques fondées. » –...

Consolidation du cadre intégré de suivi évaluation des activités de lutte contre les MNT.

1. Enjeux	2. Orientations
Un cadre unique de suivi des résultats prenant en compte les neuf cibles mondiales	Elaboration d'un cadre de performance et mise en place d'un registre unique des MNT prenant en compte les informations sur les facteurs de risque

3. Interventions prioritaires

Sur la base des objectifs et des priorités de la stratégie un monitoring national des MNT sera mis en place afin de combler les lacunes en matière de suivi-évaluation et de collecte de données.

Il se chargera d'enregistrer des informations sur la charge de morbidité, de mortalité, les facteurs de risque, les déterminants sociaux et les groupes à risques. Il permet de mieux observer les évolutions actuelles en termes de santé.

Ce système de suivi fournira les bases permettant de définir des priorités en matière de recherche et d'innovation et s'appuiera sur les systèmes de suivi évaluation existant (DHIS2, Registre Cancer...).

5. Résultats stratégiques

Résultats Stratégiques 5 - Amélioration du cadre de monitoring des MNT	
Indicateur de couverture/produit	
5.1	Un plan de suivi et évaluation du PILMNT est élaboré
5.2	Les indicateurs de base du PILMNT sont intégrés au DHIS 2 et/ou aux EDS continus avec des modules spécifiques
5.3	Une rencontre semestrielle de suivi du PILMNT est organisée
5.4	Une enquête STEPS nationale est mise en œuvre
5.5	Une évaluation qualitative de processus de mise en œuvre du PILMNT est réalisée
5.6	Une évaluation finale du PILMNT est réalisée
5.7	Le second plan stratégique de lutte contre les MNT est élaboré

Consolidation du cadre intégré de recherche et Innovation

1. Enjeux

Amélioration de cadre de collaboration de recherche (Université, Instituts, services de santé, communautés) et thèmes de recherche innovants pluridisciplinaires et davantage à base communautaire)

2. Orientations

Elaboration d'un agenda unique de recherche sur les MNT prenant en compte des aspects innovants de financement et des thèmes de recherche

3. Interventions prioritaires

Aujourd'hui, il existe d'importantes lacunes en matière de connaissances, notamment dans le domaine de la recherche sur la prévention et la prise en charge thérapeutique des MNT. Elles seront comblées par la promotion, le financement et l'accompagnement scientifique d'études innovantes, notamment sur des thèmes socio culturels ou sur les plantes médicinales. De même l'application des résultats de la recherche sera soutenue.

Les autres axes de recherche seront examinés et redéfinis en fonction des besoins identifiés. Un soutien particulier sera accordé à l'innovation.

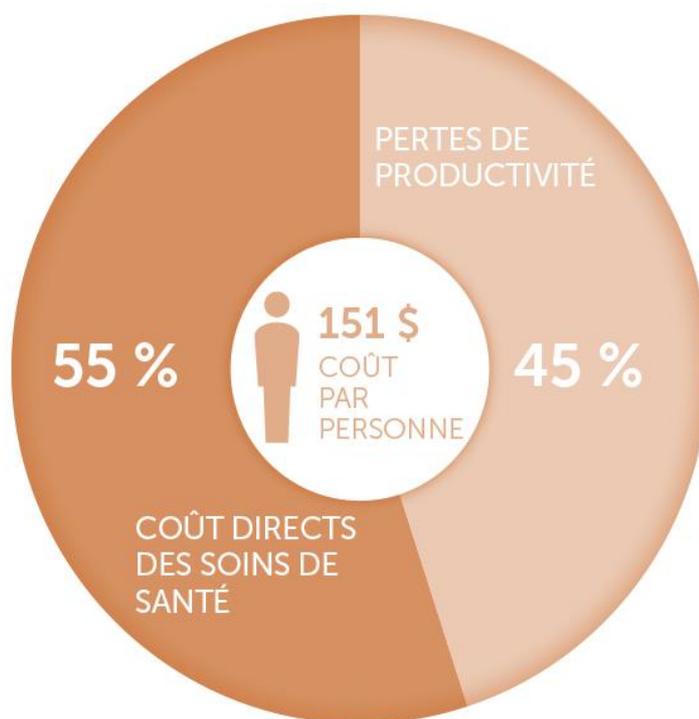
Ces projets pourraient ainsi livrer un grand nombre de résultats exploitables et conduire à une application à plus grande échelle.

4. Résultats stratégiques

Résultats Stratégiques 6 - Amélioration du cadre de recherche sur les MNT	
Indicateur de couverture/produit	
6.1	Une rencontre de plaidoyer avec le Ministre chargé de la recherche pour l'allocation d'au moins 15% du FIRST, pendant 3 ans successives, à la lutte contre les MNT est tenue
6.2	Des subventions de recherche sont allouées chaque année par le programme en charge de la lutte contre les MNT à travers un appel à candidature national

CINQUIEME GRAND ENJEU

GARANTIR LE FINANCEMENT DU PLAN 2017-2020



La prévention est rentable : par exemple, chaque franc investi dans la prévention du tabagisme se traduit par une réduction des coûts de 41 francs
PS MNT Suisse

AXE STRATEGIQUE 7

GARANTIR LE FINANCEMENT DU PLAN 2017-2020

Assurer la disponibilité continue du financement et utilisation efficiente des ressources

1. Enjeux

Le plan stratégique est financé à 100% et les ressources mobilisées sont utilisées de manière efficiente.

2. Orientations

Elaboration d'un plan de mobilisation de ressources et restructuration des cadres de financement.

3. Interventions prioritaires

Des engagements devront être pris pour que les moyens financiers soient utilisés conformément aux axes d'intervention stratégiques. Pour cela les cadres d'accord de financement existants seront restructurés de manière à répondre avec plus d'efficacité aux axes d'intervention prédéfinis.

De façon objective l'Etat, dans le cadre de la restructuration de la lutte contre les MNT, devra augmenter le budget alloué à ces maladies.

La simplification des processus d'attribution de fond permettra d'intéresser d'autres partenaires et acteurs du secteur privé dans le financement du plan stratégique.

Pour que les MNT continue de rester une priorité stratégique l'implication des parlementaires permettra de garantir, de sécuriser et de pérenniser les financements provenant de l'Etat et ou des partenaires.

4. Résultats stratégiques

Résultats Stratégiques 7 - Garantir le financement du PILMNT 2017-2020	
Indicateur de couverture/produit	
7.1	Le plan de mobilisation des ressources au profit du PILMNT est élaboré par le cabinet de marketing recruté
7.2	Un forum national avec les acteurs du secteur privé et PTF pour l'orientation des ressources dans la lutte contre les MNT est organisé
7.3	Une visite semestrielle auprès des responsables du secteur privé et PTF est menée pour le suivi de la mobilisation des ressources
7.4	Une réallocation du budget national est faite pour financer une partie du PILMNT

4. TABLEAU SYNOPTIQUE

PLAN STRATEGIQUE 2017-2020 MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Vision: Un Sénégal émergent où moins de personnes vivent avec les maladies non transmissibles évitables ou en décèdent prématurément.

Buts: (1) Limiter la charge de la morbidité; (2) Réduire le nombre de décès prématurés

OBJECTIFS STRATEGIQUES 1	
Diminuer les facteurs de risques comportementaux	
Objectifs Spécifiques	
1.1. Maintenir la prévalence de l'obésité à moins de 6,4%	1.5. Réduire de 15 % la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes de 18 ans et plus
1.2. Réduire de 6% la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adultes de 18 ans et plus	1.6. Maintenir la prévalence de l'usage nocif de l'alcool chez les adultes à moins de 0,9
1.3. Maintenir la prévalence du diabète à moins de 2,1%	1.7. Réduire de 10% la prévalence de la dépigmentation artificielle chez les adultes de 18 ans et plus
1.4. Baisser de 12,5 % la prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus	
OBJECTIFS STRATEGIQUES 2	
Améliorer l'égalité des chances dans l'accès à la prise en charge, à la promotion et à la prévention des MNT	
Objectifs Spécifiques	
2.1. Amener à 90% la proportion d'hémophiles pris en charge selon le protocole national en vigueur	2.4. Amener la couverture en vaccination anti-HPV chez les filles de 9 à 11 ans à plus de 90%
2.2. Amener à 90% la proportion de drépanocytaires pris en charge selon le protocole national en vigueur	2.5. Amener la couverture en vaccination HepB II à plus de 80%
2.3. Amener à au moins 50% la proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont déjà eu un examen pour le dépistage du cancer du col utérin	2.6. Amener à 100% la proportion de patients asthmatiques pris en charge selon le protocole national en vigueur
OBJECTIFS STRATEGIQUES 3	
Améliorer les compétences individuelles en matière de santé et de lutte contre les MNT	
Objectifs Spécifiques	
3.1. Amener au moins à 80% le nombre de personnes qui connaissent les 4 principaux facteurs de risques associés aux MNT (alimentation trop grasse, trop salée, trop sucrée, trop grasse, insuffisance de la consommation de légumes et fruits, obésité et manque d'activités physiques, tabagisme et alcoolisme);	3.3. Amener au moins à 50% le nombre de personnes qui affirment avoir réduit leur consommation de sel;
3.2. Amener au moins à 80% le nombre de personnes qui sont au courant de l'existence de lois protégeant contre certains facteurs de risque des MNT (tabac, alcool, composition des aliments, produits de dépigmentation, environnement...);	3.4. Amener au moins à 50% le nombre de personnes qui affirment avoir augmenté leur activité physique pour la prévention des MNT;
	3.5. Réduire de 30% le nombre de personnes qui pensent être exposées à la pollution de l'air interne (fumée, encens...);
	3.6. Augmenter de 50% le nombre de personnes qui pensent que les frais de prise en charge des MNT dans les structures sanitaires sont à leur portée
PRINCIPES DIRECTEURS	
i. Une approche intégrée et multidimensionnelle fondée sur la collaboration entre les différents secteurs et partenaires et la coordination à tous les niveaux ;	
ii. Un engagement et une mobilisation de la communauté qui seront renforcés par la nouvelle politique nationale de décentralisation (Acte 3) ;	
iii. La Lutte contre les inégalités sociales à travers le renforcement du partenariat public-privé, la lutte contre la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie des populations.	

GRANDS ENJEUX DU PLAN STRATEGIQUE	
1. Renforcement de la collaboration inter et intra sectorielle des différents acteurs et services ministériels.	3. Amélioration de la prise en charge des MNT à travers le renforcement de la décentralisation et la promotion de la prévention et du dépistage.
2. Consolidation des environnements favorables à la santé et renforcement de la promotion de la réduction des facteurs de risques.	4. Amélioration du cadre de monitoring et de recherche des MNT à travers la consolidation du cadre intégré de suivi évaluation et la promotion de la recherche.
	5. Financement du plan stratégique à travers une mobilisation innovante des ressources et leur utilisation efficiente.

AXES STRATEGIQUES		
<p>1. Renforcement du cadre de partenariat et de collaboration</p> <p>Enjeux: Mise en place d'un cadre de collaboration multisectoriel fonctionnel et assurant le suivi stratégique de la lutte contre les MNT</p> <p>Orientations: Sous tutelle de la primature, le cadre regroupera plusieurs départements ministériels et acteurs de la société civile y compris les organisations communautaires.</p>	<p>3. Consolidation des environnements favorables</p> <p>Enjeux: Mise en place d'une politique intégrée promotion et d'information sur les MNT. La politique sera par la suite déclinée en plusieurs plans sectoriels.</p> <p>Orientations: Définition d'une politique de communication, élaboration de plans sectoriels et collaboration avec la société civile pour la mise en place de stratégies permettant de lutter contre les MNT.</p>	<p>5. Amélioration du cadre de monitoring des MNT</p> <p>Enjeux: Un cadre unique de suivi des résultats prenant en compte au moins les neuf cibles mondiales</p> <p>Orientations: Elaboration d'un cadre de performance et mise en place d'un registre unique des MNT prenant en compte les informations sur les facteurs de risque.</p>
<p>2. Renforcement des capacités de gouvernance et de leadership</p> <p>Enjeux: Amélioration de la visibilité institutionnelle de l'unité de coordination et renforcement des autres secteurs (ministériels et de la société civile) pour la mise en œuvre des plans opérationnels de lutte contre les MNT.</p> <p>Orientations: Audit institutionnel de la Division et erection à un niveau institutionnel satisfaisant; Elaboration de plans sectoriels et renforcement des capacités de mise en oeuvre de la société civile.</p>	<p>4. Amélioration de la prise en charge, de la prévention et du dépistage des MNT</p> <p>Enjeux: Décentralisation et renforcement des cadres de prise en charge de toutes les MNT y compris les urgences..</p> <p>Orientations: Extension des CDH (Centre Diabète Hypertension) de chaque district et renforcement des cadres de prévention et de dépistage des MNT.</p>	<p>6. Amélioration du cadre de recherche sur les MNT</p> <p>Enjeux: Amélioration des cadres de collaboration de recherche sur les MNT (Universités, Instituts, services de santé, communautés).</p> <p>Orientations: Elaboration d'un agenda unique de recherche sur les MNT prenant en compte des thèmes.</p>
<p>7. Garantir le financement du plan 2017-2020</p> <p>Enjeux: Le plan stratégique est financé à 100% et les ressources mobilisées sont utilisées de manière efficiente.</p> <p>Orientations: Elaboration d'un plan de mobilisation de ressources et restructuration des cadres de financement</p>		

PRINCIPAUX RESULTATS STRATEGIQUES		
1. Le plan stratégique MNT est partagé avec tous les acteurs aux niveaux national et régional.	10. Des actions de plaidoyer sont organisées périodiquement à l'endroit des acteurs de la société civile pour la lutte contre les MNT.	19. Un centre d'oncologie fonctionnel est mis en place.
2. La cartographie des acteurs et institutions impliqués dans la lutte contre les MNT est dressée.	11. Un plan de plaidoyer est élaboré.	20. Cinq pôles régionaux fonctionnels de prise en charge des cancers sont mis en place.
3. Le comité multisectoriel est créé sous la tutelle de la primature.	12. Un plan de promotion intégré sur les MNT est élaboré.	21. Une unité de prise en charge de la drépanocytose et de l'hémophilie est mise en place dans l'ensemble des hôpitaux régionaux
4. Un forum d'échange sur les MNT est organisé avec différents secteurs dont ceux de l'environnement, l'éducation, l'agriculture, l'élevage, le commerce, le sport etc.)	13. Des sessions d'orientation sur les MNT à l'endroit du réseau de journalistes en santé et développement et des praticiens de la médecine traditionnelle sont organisées.	21. Le plan d'action du cadre de prévention et dépistage est élaboré et mis en œuvre.
5. Les plans d'actions opérationnels des 6 MNT (Cancer, Maladies Cardio Vasculaires, Maladies respiratoires chroniques, Diabète, Hémophilie, Drépanocytose) sont disponibles.	14. Des plans d'action pour la prévention des MNT sont élaborés par les réseaux des journalistes et des praticiens de la médecine traditionnelle.	22. Un plan de suivi et évaluation du PILMNT est élaboré.
6. Les plans sectoriels des différents départements ministériels (environnement, éducation, agriculture et élevage, commerce, sport) prennent en compte la prévention des MNT	15. Les documents de normes et protocoles ainsi que les paquets minimaux de prise en charge sont élaborés et disponibles à tous les niveaux.	23. La deuxième enquête STEPS nationale est effectuée.
7. Un audit organisationnel et institutionnel de l'unité de coordination (DLMNT) est réalisé et les recommandations mises en œuvre.	16. Un guide de counseling est élaboré à l'intention des praticiens pour la prise en charge des MNT.	24. Des subventions de recherche sont allouées chaque année par le programme en charge de la lutte contre les MNT à travers un appel à candidature national.
8. Des actions de plaidoyer pour étendre la CMU à la prise en charge des 6 MNT sont tenues.	17. Les unités de prise en charge intégrée des urgences MCVN sont mises à l'échelle dans tous les hôpitaux régionaux.	25. Le plan de mobilisation de ressources au profit du PILMNT est élaboré et les activités de mobilisation de ressources effectuées.
9. Des actions de plaidoyer sont organisées périodiquement à l'endroit des parlementaires et des départements ministériels concernés) pour l'application des lois et législations sur les MNT.	18. Un centre de prise en charge du diabète et de l'HTA est mis en place dans chaque district sanitaire.	



Division de la lutte contre les maladies non transmissibles
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
République du Sénégal

BIBLIOGRAPHIE

5. BIBLIOGRAPHIE

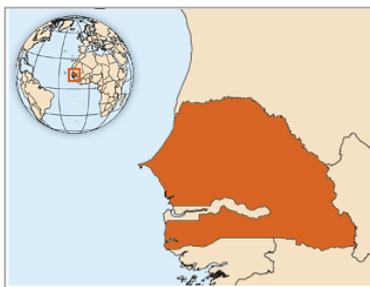
- (1) Ababou M. La représentation sociale de la maladie chronique : l'exemple des diabétiques marocains. *Revue de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de Fès*, 2008, n°15, p 175-221.
- (2) Adama Ly, « Politiques internationales et maladies non transmissibles : actes manqués et objectifs de développement durable », *Journal africain du cancer*, vol. 7, n° 3, août 2015.
- (3) Adama Ly, « Cancers et autres maladies non transmissibles : vers une approche intégrée de santé publique », *Journal africain du cancer*, vol. 4, n° 3, Midrand (Afrique du Sud), 2012.
- (4) Addo J., et al., « Hypertension in Sub-saharan Africa: "A Systematic Review" », *Hypertension*, 2007, 50, p0112-18
- (5) Adebajo SB -An epidemiological survey of the use of cosmetic skin lightening cosmetics among traders in Lagos, Nigeria. *West Afr J Med* 2002 ; 21 : 51-5.
- (6) Agyemang et al., Factors associated with hypertension, Awareness, treatment, and control in Ghana, West Qfrica », *Journal of Human Hypertension*, 20, p.67-71.
- (7) Ajose FO - Consequences of skin bleaching in Nigerian men and women. *Int J Dermatol* 2005 ; 44 Suppl 1 : 41-3.
- (8) Bénin, 2013, Plan Stratégique de lutte contre les MNT (PSMNT) 2014-2018, Bénin, 98 pages.
- (9) Blacher J et al, « Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte », *Société française d'hypertension artérielle*, 2013.
- (10) Burkina Faso, 2013, Plan Stratégique de lutte contre les MNT (PSMNT) 2014-2018, Burkina Faso, 2013, 67 pages.
- (11) Del Giudice p, Piniery - The widespread use of skin lightening creams in Senegal: a persistent public health problem in West Africa. *Int J Dermatol* 2002 ; 41 : 69-72.
- (12) Del Giudice P, Raynaud E, Mahé A - L'usage cosmétique des produits dépigmentant en Afrique. *Bull Soc Pathol Exot* 2003 ;96, 389-93.
- (13) Faye O, Keita S, Diakité Fs Et Coll - HT. Side effects of depigmenting products in Bamako, Mali. *Int J Dermatol* 2005 ; 44 Suppl 1 : 35-6.
- (14) Fédération internationale du diabète, « Rapport annuel », Bruxelles, 2014.
- (15) Frérot L., et al, « L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique », *Bulletin d'information en économie de santé*, n°22 septembre 1999.
- (16) Hilary King et Marian Rewers (au nom du groupe spécial OMS sur la notification du diabète), « Le diabète de l'adulte : désormais un problème dans le tiers monde », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, n° 70 (1), 1992.
- (17) Hoshawra, Zimmerman Kg, Mentera - Ochronosis like pigmentation from hydroquinone bleaching creams in American blacks. *Arch Dermatol* 1985 ; 121 :105-8.
- (18) Jean-Pierre Dozon, « D'un tombeau l'autre », Cahiers d'études africaines, vol. 31, n° 121, Paris, 1991.
- (19) Jessica Beagley, Leonor Guariguata, Clara Weil et Ayesha Motala, « Global estimates of undiagnosed diabetes in adults », *Diabetes Research and Clinical Practice*, n° 103 (2), 2014.
- (20) Laplantine, F.; Anthropologie de la maladie. - Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Payot, Paris, 1986.
- (21) Le diabète africain, une maladie à part, *Destination santé*, 17 juin 2014.
- (22) Lire Benoît Bréville, « Obésité, mal planétaire », *Le Monde diplomatique*, septembre 2012.
- (23) Lire Bruno Canard, « Des treillis sous les blouses blanches », *Le Monde diplomatique*, décembre 2014.
- (24) Lopyy, O.D., « Les maladies chroniques non transmissibles dans le système de santé au Sénégal : le cas du diabète dans la ville de Dakar », *PMD* 2008.
- (25) Macia E., Duboz P, « L'hypertension artérielle chez les adultes de 50 ans et plus à Dakar : Prévalence, connaissance, traitement et contrôle ». *Dakar Medical*, 2009.
- (26) Mahéa, Blanc L, Halna Jm et Coll - Enquête épidémiologique sur l'utilisation cosmétique de produits dépigmentant par les femmes de Bamako (Mali). *Ann Dermatol Venereol* 1993 ; 120 : 870-73.
- (27) Mahéa, Ly F, Aymard G, Dangou Jm - Skin diseases associated with the cosmetic use of bleaching products in women from Dakar, Senegal. *Br J Dermatol* 2003 ; 148 : 493-500.
- (28) Mali, 2013, Politique de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PSMNT) Mali, 2013, 20 pages.
- (29) MSAS, 2014, Plan Stratégique de lutte contre le Cancer, 2015-2019, 72 pages
- (30) MSAS, 2015, Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS), 2015, 452 pages.
- (31) Nasheeta Peer, André Kengne, Ayesha Motala et Jean-Claude Mbanya, « Diabetes in the Africa region : An update », *Diabetes Research and Clinical Practice*, n° 10, Amsterdam, février 2014.
- (32) OMS, Note d'orientation sur l'intégration des maladies non transmissibles au plan-cadre des nations unies pour l'aide au développement, 2015.
- (33) OMS, 2013, Plan Mondial de lutte contre les MNT 2013-2020, OMS, 43 pages.
- (34) Oms, Statistiques Sanitaires Mondiales, 2012.
- (35) OMS/FAO, « Consensus scientifique sur l'alimentation et la nutrition, prévention des maladies chroniques, Greenfacts, 2003.

- (36) Organisation mondiale de la santé, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la santé*, n° 311, Genève, 2015.
- (37) Petit A, Cohen-Ludmann C, Clevenbergh P et Coll – Skin lightening and its complications among African people living in Paris. *J Am Acad Dermatol* 2006 ; 55 : 873-8.
- (38) Pitche P, Afanoua, Amangay, Tchangai-Walla K – Les pratiques cosmétiques dépigmentantes des femmes à Lomé (Togo). *Med Afrique noire* 1998 ; 45 : 709-13.
- (39) Retel-Laurentin A, *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles - Paris L'Harmattan* 1995.
- (40) Roussel H.V, « Quelle connaissance du risque lié à leur hypertension artérielle ont les patients traités en prévention primaire ? », *Exercer, Revue Française de Médecine*, 2009, Volume 20 : numéro 80
- (41) Salem Gérard, Lang Thierry. Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines : approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine (Sénégal). In: *Sciences sociales et santé. Volume 11, n°2, 1993*,
- (42) Sarradon –Eck A., « Comprendre la physiopathologie profane », *Ethica Clinica*, 2008, n°51 : 20-28.
- (43) Sarradon-Eck A, « Prévoir la maladie cardiovasculaire : le discours médical et le discours profane », Chapitre paru In *Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic, sous la direction de Ilario Rossi, Aux Lieux d'être, Collections "sous prétexte de médecines", 2007, pp.153-175*
- (44) Sarradon-Eck A, Faure M, Blanc M.A. « Évaluation des déterminants culturels et sociaux dans les niveaux de l'observance des traitements hypotenseurs : étude socio- anthropologique », *CNAMTS- LEHA-ADRESS*, 2004.
- (45) Sarradon-Eck A, Marc Egrot, Marie-Anne Blanc, Murielle Faure. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Pratiques et Organisation des Soins, Société française de santé publique*, 2008, 39 (1), pp.3-12.
- (46) SENEGAL, 2015, enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles 2015, « *Rapport préliminaire : les indicateurs-clés* », *STEPS 2015*, 42 pages.
- (47) SENEGAL, 2016, - Enquête Mondiale sur le Tabagisme chez l'Adulte 2015, *GATS*, 11 pages.
- (48) Sow, K. *Etat des Lieux des Maladies Chroniques en Afrique: Constats et pistes d'actions*, (Colloque International, Marrakech, 2017)
- (49) Traoré A, Kadeba JC, Niamba P Et Coll - Use of cutaneous depigmenting products by women in two towns in Burkina Faso: epidemiologic data, motivations, products and side effects. *Int J Dermatol* 2005 ; 44 Suppl 1 : 30-2.
- (50) Wone I, Tal-Dia A, Diallo Of Et Coll - Prévalence de l'utilisation des produits cosmétiques dépigmentant dans deux quartiers à Dakar (Sénégal). *Dakar Med* 2000 ; 45 : 154-7.

ANNEXES

6. ANNEXES

6.1. Le Sénégal en Berf



Pays sahélien situé dans la partie la plus occidentale de l’Afrique, le Sénégal a une superficie de 196 722 km². Sa population est estimée à environ 14,3 millions d’habitants dont environ 40,3 % habitent dans des zones urbaines selon le dernier recensement de 2013.

Le Sénégal, qui compte parmi les pays les plus stables d’Afrique, a considérablement renforcé ses institutions démocratiques depuis son indépendance en 1960. Il a connu trois alternances politiques pacifiques et quatre présidents.

Aspirant à devenir un pays émergent à l’horizon 2035, la croissance est restée enlisée depuis 2006 avec une moyenne de 3,3% sur un taux moyen de 6 % sur cette période dans l’ensemble de l’Afrique subsaharienne.

Cependant, depuis 2014, la croissance est repartie à la hausse avec une augmentation du PIB de 4,7 % selon les estimations, soit un taux de croissance le plus élevé depuis 2008. Les services constituent toujours le secteur le plus dynamique (+5,6 %), tandis que le secteur secondaire, tiré par le bâtiment, a amorcé une reprise de 4,9 %.

L’irrégularité des précipitations entraîne souvent des récoltes inférieures aux attentes mais l’on note une progression de la production du riz de 20% ces dernières années. On estime cependant que l’insécurité alimentaire touche 30 % des ménages ruraux, chez lesquels la prévalence de la pauvreté atteint plus de 55 %.

Principaux Indicateurs de Santé du Sénégal

Population totale X1000(2013)	14133
% de moins de 15 ans (2013)	43.5
% de plus de 60 ans (2013)	4.5
Espérance de vie à la naissance (2013) Population générale, hommes, femmes	63 (H) 66 (F) 64 (H+F)
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes (2013)	23 [14-39]
Taux de mortalité pour 1000 enfants de moins de 5 ans (2013)	55 [43-71]
Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes (2013)	320 [190-560]
Couverture par le vaccin DTP3 chez les enfants d'un an (%) (2013)	92
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (2012)	50.5
Densité de médecins pour 1000 personnes (2008)	0.059
Densité d'infirmières et de sages-femmes pour 1000 personnes (2008)	0.42
Dépenses totales de santé en % du PIB (2013)	4.2
Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses totales des administrations publiques (2013)	7.6
Dépenses privées en santé en % des dépenses totales de santé (2013)	47.7
% Taux d'alphabétisation des adultes (+ de 15 ans) (2009)	49.7
% de la population ayant un accès durable à une source d'eau potable (2012)	92 (Urbain) 60 (Rural) 74 (Total)
% de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées (2012)	67 (Urbain) 52 (Total) 40 (Rural)
Ratio de pauvreté à 1,25 dollar par jour (PPA) (% de la population) (2011)	29.6
Rang de l'indice de développement lié à l'égalité des sexes sur 148 pays (2012)	115
Rang de l'indice de développement humain sur 186 pays (2012)	154

Sources de données :

Observatoire mondial de la Santé, avril 2015
<http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

Situation Sanitaire du Sénégal

Les enquêtes menées au cours de la dernière décennie ont montré les progrès réalisés avec l'évolution de l'espérance de vie qui est passée de 44 ans en 1999 à 64 ans en 2013. C'est chez les enfants de moins de 5 ans que la situation a le plus favorablement évolué. Cependant la mortalité maternelle n'a que légèrement baissé.

La lutte contre le VIH sida et le paludisme a connu des progrès remarquables. La prévalence du VIH sida a été maintenue à moins 1% dans la population générale alors que dans la lutte contre le paludisme la baisse de la morbidité est de 33,6% en 2001 à 4,4% en 2013.

Les performances du PEV ont permis d'obtenir de bons résultats en particulier dans la lutte contre la rougeole et la poliomyélite. L'introduction de nouveaux vaccins vient élargir la gamme à 12 antigènes qui devront contribuer à améliorer la santé des enfants ainsi que des nouvelles cibles.

Le Sénégal fait face à une double charge de morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles.

On estime que les maladies non transmissibles (MNT), à l'origine de 34% de tous les décès, (OMS - Profils des pays pour les MNT, 2014.), sont liées en grande partie au mode de vie les favorisant.

Malheureusement leur prise en charge reste encore faible du fait de manque d'infrastructures appropriées, une faiblesse des ressources humaines et du financement.

La prise en compte de certains déterminants de la Santé pourrait aider à amoindrir le fardeau lié à ces maladies.

La perspective d'atteindre les OMD s'éloigne de plus en plus notamment en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle et dans une moindre mesure, la mortalité infantile.

Politiques et Systèmes de Santé du Sénégal

Le Sénégal a élaboré son PNDS qui couvre la période 2009 - 2018 et qui repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif. A cet effet, l'Etat a mis en place le programme de couverture maladie universelle pour garantir l'accès de la population à un paquet minimum de soins, la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans et de la césarienne dans les structures publiques de santé.

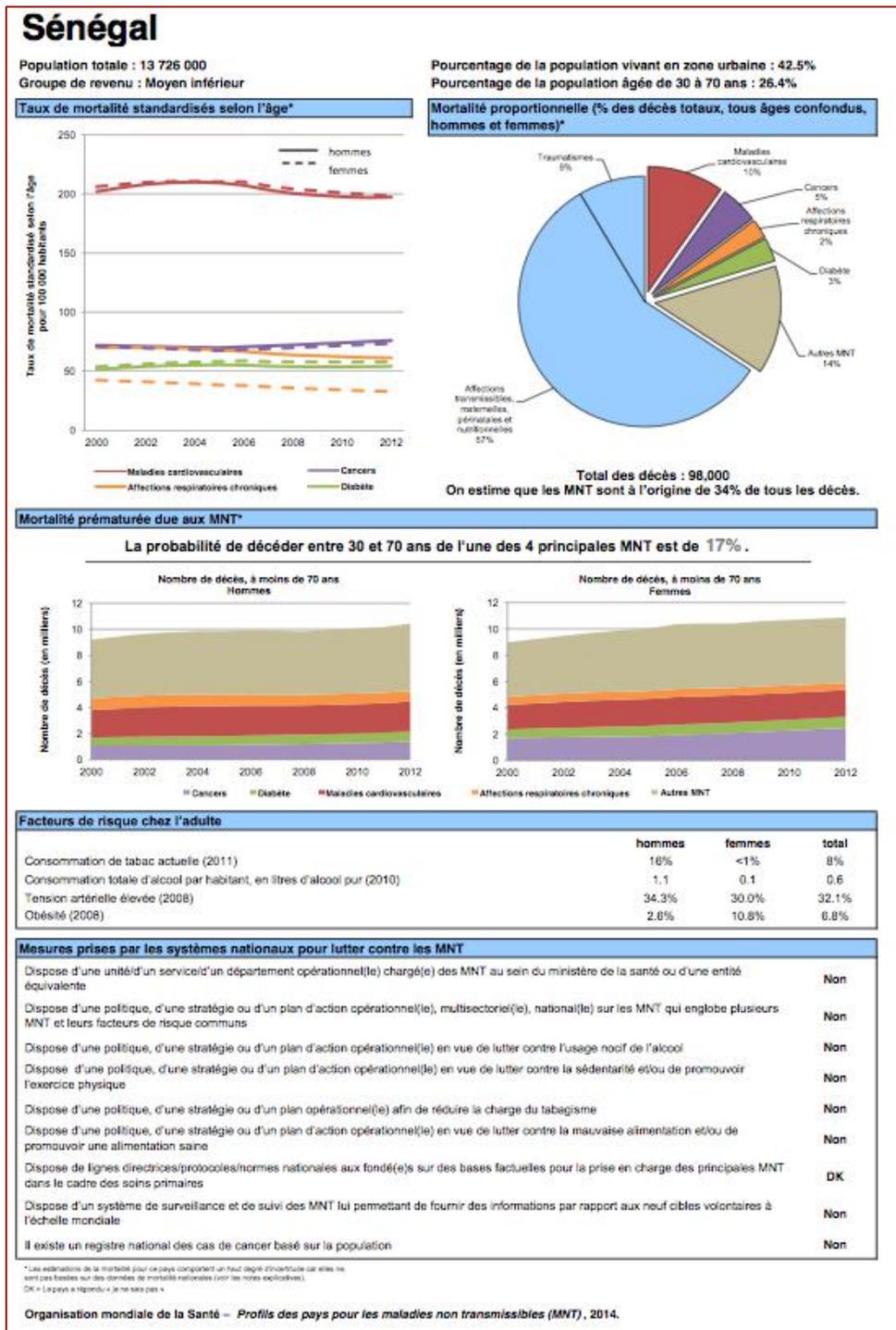
Dans le cadre de la lutte contre les facteurs de risque, la nouvelle loi anti-tabac est entrée en vigueur et les décrets d'application sont en cours d'élaboration.

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie à virus Ebola, le MSAS a mis en place un Centre des Opérations d'Urgences Sanitaires avec aussi l'ambition de donner un appui au renforcement du système d'information de routine.

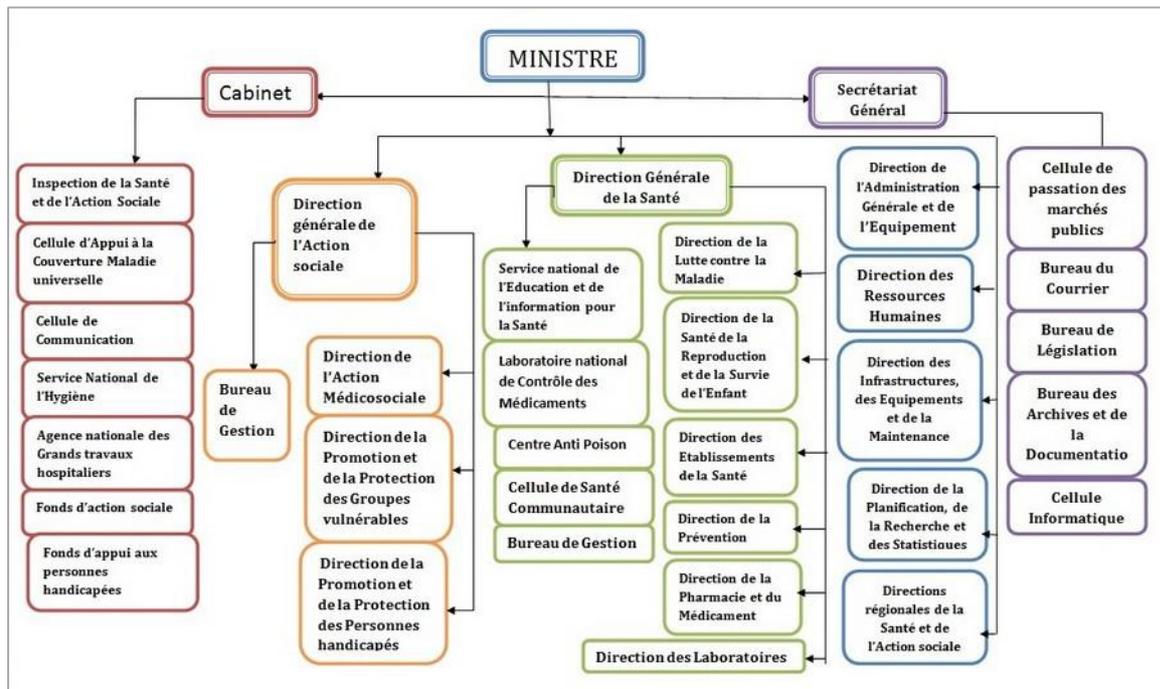
Le Sénégal qui bénéficie de l'appui de l'initiative des Nations Unies en faveur de la santé de la mère et de l'enfant a élaboré et mis en œuvre la Feuille de route pour la redevabilité, le plan de sécurisation des médicaments, le plan d'action pour la survie de l'enfant, etc.

Les opportunités offertes par le Fonds Mondial et l'initiative GAVI devront contribuer à renforcer l'offre de soins en appui aux efforts qui seront consentis par l'Etat. A ce titre le Sénégal élabore et soumet des projets aux partenaires pour la mobilisation de ressources en vue de renforcer le système de santé.

6.2. MNT : Profil du Sénégal en 2014



6.3. Organigramme Ministère de la Santé et de l'Action sociale



6.4. Perception socio-culturelle et domaines d'activités

Activités ciblant l'opinion publique ou menées avec les groupes d'âge, les malades et les associations

	3eme âge	Jeunes hommes, Jeunes femmes	Adolescents / Adolescentes	Malades de MNT / Associations / Familles	Opinion publique
Porte d'entrée	Lieux de culte Dahira, Réseaux d'affinité Organisations de retraités Leaders communautaires	Dahira, GIE, ASC, Associations, Tontines, Mbotay, Réseaux communautaires Réseaux sociaux	Associations, Réseaux communautai res Réseaux sociaux	Associations anti-tabac, Cancers, Diabete, etc Malades	Média Association s de consommat eurs Association s de femmes
Actions prioritaires	Causeries, Renforcement de capacités Actions de plaidoyer	Causeries, Renforcement de capacités Interventions pour des changements structuraux	Causeries, Renforcement de capacités Interventions pour des changements structuraux	Groupes de parole Causeries, Renforcement de capacités Plaidoyer pour des changement structuraux	Plan de communica tion de masse Série télévisée sur la PLMNT

Activités avec les catégories socioprofessionnelles les plus vulnérables

	Personnel de santé / Enseignants	Employés de bureau / Militaires / para militaire	Employées de maison / Techniciens de surface	Artisans, Ouvriers	Gargottieres/ Restaurateurs
Porte d'entrée	Syndicats, mutuelles, comités de santé Organisations patronales	Syndicats, Réseaux Hierarchie, Retraités	Syndicats, Réseaux	Syndicats, Réseaux	Réseaux
Sensibilisation	Blogs, Brief rapports, Flyers, Contacts, Echanges informel	Blogs, Brief rapports, Flyers, Contacts, Echanges informel	Blogs, Brief rapports, Flyers, Contacts, Echanges informel	Flyers, Contacts, Echanges informel	Flyers, Contacts, Echanges informel
Communication	Causeries, Ateliers d'échanges	Causeries , Ateliers d'échanges	Causeries , Ateliers d'échanges	Causeries , Ateliers d'échanges	Causeries , Ateliers d'échanges
Changement structurelle / Plaidoyer	Organisation du travail, Offre alimentaire, Club PMNT Charte des Entreprises pour PMNT	Organisation du travail, Offre alimentaire, Club PMNT Charte des Entreprises pour PMNT	Organisation du travail, Offre alimentaire, Club PMNT Charte des Entreprises pour PMNT	Organisation du travail, Offre alimentaire, Club PMNT Charte pour PMNT	Organisation du travail, Offre alimentaire, Club PMNT Charte pour PMNT

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE
Division de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles

AVRIL 2017



Ce document a été réalisé par le **Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal** sous la Supervision de la **Division de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles** avec l'appui financier de l'OMS.

Il a été développé par **Santé Plus**.

Pour obtenir de plus amples renseignements :

Dr Amadou Mbaye, 9756, Sacré Cœur 3, Dakar Sénégal

Tél : +221 827 27 34/ +221 77 332 05 90

E-mail : asakhary@me.com / <http://www.santeplus-sn.org>