

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-douzième session
Lomé, République togolaise, 22-26 août 2022

Point 7 de l'ordre du jour provisoire

**PEN-PLUS – UNE STRATÉGIE RÉGIONALE POUR S'ATTAQUER AUX MALADIES
NON TRANSMISSIBLES GRAVES AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
D'ORIENTATION-RECOURS DE PREMIER NIVEAU**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. L'Afrique supporte une lourde charge de maladies non transmissibles. Dans la plupart des pays, les services de soins aux patients atteints de maladies non transmissibles graves telles que le diabète sucré de type 1, les cardiopathies rhumatismales avancées et la drépanocytose sont souvent dispensés dans des établissements tertiaires. Cette situation accentue les inégalités en matière de santé et constitue l'une des raisons pour lesquelles la Région enregistre un fort taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles.
2. Depuis 2008, l'OMS apporte son appui aux États Membres dans la mise en œuvre de l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires dans les milieux à faibles ressources (en abrégé « WHO-PEN » ou « PEN », et encore appelé ci-après « l'ensemble OMS d'interventions essentielles ». Le but est non seulement de mettre à disposition des services décentralisés et intégrés de prise en charge des maladies non transmissibles courantes au niveau des soins de santé primaires, mais également de renforcer les capacités d'orientation-recours.
3. Dans le cadre du système de santé de district, les hôpitaux de district sont les principaux centres d'orientation-recours et assurent, à ce titre, la supervision administrative des établissements de soins de premier niveau et des autres formations sanitaires qui opèrent dans un district de santé donné. En vue de réduire la mortalité prématurée imputable aux maladies non transmissibles, il est important de renforcer les capacités de prise en charge des maladies non transmissibles graves à ce niveau de prestation des services de santé.
4. La stratégie régionale vise à alléger le fardeau que les maladies non transmissibles graves font peser sur les populations rurales et non desservies moyennant la mise en place de services de consultation externe décentralisés et intégrés dans les centres d'orientation-recours de premier niveau. La stratégie propose des solutions pour combler les lacunes qui limitent l'accès des patients atteints de maladies non transmissibles graves aux soins dont ils ont besoin. Elle offrira aussi l'opportunité de renforcer l'application de l'ensemble OMS d'interventions essentielles. Ses principes directeurs comprennent l'adoption d'une approche

pangouvernementale, la collaboration multisectorielle, l'instauration de la couverture sanitaire universelle et les partenariats.

5. La présente stratégie énonce des interventions prioritaires dans des domaines tels que la formation et le mentorat du personnel, la mobilisation des ressources, l'action multisectorielle, la prestation de services, la collecte de données, l'innovation et la recherche. La stratégie fait valoir quelques pistes de solutions pour accroître l'efficacité, grâce à une prise en charge standardisée des maladies non transmissibles graves fondée sur des protocoles. Des évaluations seront réalisées à mi-parcours et à l'échéance dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de la stratégie.

6. Le Comité régional est prié d'examiner et d'adopter la présente stratégie.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1-5
ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION	6-11
LA STRATÉGIE RÉGIONALE.....	12-38
CONCLUSION.....	39-41

INTRODUCTION

1. Les maladies non transmissibles sont la principale cause de morbidité et de mortalité dans le monde, où elles sont responsables de 71 % de la mortalité totale. Dans la Région africaine, la part de la mortalité liée aux maladies non transmissibles oscille entre 27 % et 88 % de la mortalité totale.¹ Or, comparativement aux autres régions, la Région africaine est déjà confrontée à une lourde charge due aux maladies transmissibles et ce double fardeau grève fortement sa capacité à lutter contre les maladies non transmissibles et à allouer des ressources à cette fin, car l'on assiste à des demandes concurrentes alors que les moyens sont limités.²

2. Les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les affections respiratoires chroniques représentent 70 % de la charge due aux maladies non transmissibles dans la Région.³ La Région supporte en outre une charge élevée de maladies non transmissibles graves, qui, en l'absence de traitement, sont bien souvent à l'origine d'un handicap ou d'un décès précoce, réduisant ainsi l'espérance de vie en bonne santé des patients. Parmi ces maladies figurent la drépanocytose, le diabète sucré de type 1, le diabète insulino-dépendant de type 2, les cardiopathies rhumatismales avancées, la cardiomyopathie, l'hypertension grave et l'asthme persistant modéré à grave.

3. La prévention et la prise en charge des maladies transmissibles ont progressé.⁴ Pour autant, les établissements de soins de santé primaires, communément appelés « centres de santé », n'ont ni la capacité, ni le matériel de base et encore moins les médicaments nécessaires pour assurer la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves, alors même qu'ils sont le premier point d'accès au système de santé pour la population.⁵ Au sein du système de santé local ou de district, les centres d'orientation-recours de premier niveau, c'est-à-dire les hôpitaux de district ou les hôpitaux généralistes de référence, ne parviennent pas souvent à prendre en charge les maladies non transmissibles chroniques et graves.⁶

4. L'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires dans les milieux à faibles ressources (le « WHO-PEN » ou le « PEN », désigné ci-après « l'ensemble OMS d'interventions essentielles ») appuie le dépistage, le diagnostic, le traitement et la prise en charge intégrés des maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaires grâce à l'utilisation d'algorithmes et de protocoles reposant sur des bases factuelles, dont l'objet est de faciliter la prise en charge de l'hypertension, du diabète de type 2 et des affections respiratoires chroniques, ainsi que l'orientation-recours des patientes chez lesquelles on suspecte un cancer du sein ou un cancer du col de l'utérus. Le cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires,⁷ adopté en 2017, fournit des orientations supplémentaires aux États Membres sur les soins décentralisés pour les maladies non transmissibles et complète l'ensemble OMS d'interventions essentielles. Jusqu'à présent, 21 États

¹ OMS. Observatoire mondial de la santé. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality>.

² Temu, Florence et al. "Integration of non-communicable diseases in health care: tackling the double burden of disease in African settings." *The Pan African medical journal* vol. 18 202. 5 Jul. 2014, doi:10.11604/pamj.2014.18.202.4086

³ Gouda HN, Charlson F, Sorsdahl K, et al. Burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa, 1990–2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Glob Health*. 2019; 7: e1375-e1387.

⁴ WHO, Atlas of African Health Statistics 2016. Brazzaville. World Health Organization 2016.

⁵ Organisation mondiale de la Santé. Comité régional de l'Afrique. Rapport de situation sur la mise en œuvre du cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. Document AFR/RC71/INF.DOC/4.

⁶ Boudreaux C, Barango P, Alder A, et al. Addressing Severe Chronic NCDs Across Africa: Measuring Demand for the Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions-Plus (PEN-Plus). *Health Policy and Planning*. 2022; 37: 452-60.

⁷ Organisation mondiale de la Santé. Comité régional de l'Afrique. Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. Document AFR/RC67/12.

Membres ont adapté et mis en œuvre l'ensemble OMS d'interventions essentielles.⁴ Cependant, les patients atteints de maladies non transmissibles chroniques et graves restent confrontés à des inégalités dans l'accès à la prévention et aux soins.⁸

5. Des services de prise en charge de ces affections sont disponibles au premier et au deuxième niveaux d'orientation-recours, dans des établissements spécialisés. De ce fait, la majeure partie des patients pauvres vivant avec ces affections en zone rurale et périurbaine n'ont guère accès à un diagnostic et à des soins appropriés, ce qui creuse les inégalités dans l'accès tout en alourdissant la charge de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles.

ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION

Analyse de la situation

6. La mortalité due aux maladies non transmissibles a augmenté au fil des ans dans la Région africaine. La part des maladies non transmissibles dans la mortalité totale est passée de 24,2 % en 2000 à 37,1 % en 2019.⁹ La faible capacité de diagnostic précoce, de prise en charge et de traitement des maladies non transmissibles contribue à l'augmentation de la mortalité due à ces maladies.

7. La Région ploie sous une lourde charge due aux maladies non transmissibles graves qui aggravera les inégalités en matière de santé si des mesures de lutte efficaces ne sont pas prises, et qui compromettra la capacité des États Membres à atteindre la cible 4 de l'objectif 3 de développement durable, qui est de réduire le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles. Voici quelques informations sur la situation de la lutte contre certaines de ces affections.

- a) Le nombre de personnes vivant avec le diabète, qui s'élevait à 19 millions en 2019, devrait atteindre les 47 millions d'ici à 2045, ce qui représente la plus forte augmentation attendue, toutes régions de l'OMS confondues.¹⁰ On estime que la prévalence du diabète de type 1, qui touche principalement les enfants et les adolescents, est de 406 440 cas en Afrique subsaharienne.¹¹ Tout comme le diabète de type 2, un diabète de type 1, si l'on peine à le maîtriser, peut entraîner de grandes complications microvasculaires et macrovasculaires.¹²
- b) Si l'indicateur des années de vie ajustées sur l'incapacité attribuable aux cardiopathies rhumatismales s'est amélioré de façon constante depuis 1990 dans la quasi-totalité des régions du monde, les taux de prévalence standardisée selon l'âge de ces maladies continuent de croître dans la Région africaine.¹³
- c) Plus de 66 % des 120 millions de personnes atteintes de drépanocytose dans le monde vivent en Afrique.¹⁴ Dans la plupart des pays africains, l'on estime que jusqu'à 90 % des enfants atteints de ce trouble décèdent avant leur cinquième anniversaire.¹⁵

⁸ Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁹ Organisation mondiale de la Santé. Global health Observatory. Cause specific mortality 2000-2019. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

¹⁰ IDF International Diabetes Atlas. 2019 Edition.

¹¹ IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). Global Burden of Disease 2017 Data Visualizations. <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>.

¹² Diagnosis and management of type 2 diabetes (HEARTS-D). Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/UCN/NCD/20.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹³ Coates, MM, Sliwa K, Watkins DA. et al. An investment case for the prevention and management of rheumatic heart disease in the African Union 2021–30: a modelling study. *Lancet Global Heal* 2021; 9: 957-66.

¹⁴ Z.Y. Aliyu, G.J. Kato, Jt. Taylor, A. Babadoko, A.I. Mammen, V.R. Gordeuk, et al. Sickle cell disease and pulmonary hypertension in Africa: A global perspective and review of epidemiology, pathophysiology, and management. *American Journal of Hematology*, 83 (1) (2008), pp. 63-70, 10.1002/ajh.21057 Epub 2007/10/03. PubMed PMID: 17910044.

¹⁵ McGann PT. Time to invest in sickle cell anemia as a global health priority. *Pediatrics*. 2016;137: e20160348. doi: 10.1542/peds.2016-0348.

8. Seuls 36 % des pays de la Région africaine ont déclaré que leur secteur public dispose des médicaments essentiels dont ils ont besoin pour le traitement des maladies non transmissibles.¹⁶ Sur le plan fonctionnel, les hôpitaux de district n'ont pas pu relever le défi que pose la prestation de soins longitudinaux destinés aux patients atteints de maladies non transmissibles chroniques et graves, malgré les capacités en ressources humaines disponibles dans ces établissements.¹⁷ Une étude a révélé qu'en République-Unie de Tanzanie, seuls 25 % des hôpitaux de district offraient aux prestataires la possibilité de bénéficier d'une formation sur la prise en charge des maladies non transmissibles.¹⁸ Jusqu'à présent, 70 % des États Membres ont adopté des politiques de décentralisation de la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques, cette prise en charge étant désormais déléguée aux centres d'orientation-recours de premier niveau. D'après une étude réalisée au Kenya, seul un tiers des centres d'orientation-recours de premier niveau du pays disposent d'un analyseur de biochimie sanguine et moins de la moitié des hôpitaux sont dotés d'un service d'ultrasonographie.¹⁹ Or, il est établi que ces outils contribuent de façon déterminante à la qualité de la prise en charge des maladies non transmissibles.

Justification

9. La stratégie PEN-Plus s'appuie sur l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires et complète cet ensemble d'interventions. Elle permettra d'une part de combler le déficit d'accès au traitement et aux soins dont souffrent les patients atteints de maladies non transmissibles chroniques et graves, et d'autre part de réduire sensiblement la mortalité prématurée imputable aux maladies non transmissibles.

10. La mise en œuvre et le déploiement à une plus grande échelle de la stratégie PEN-Plus ont été couronnés de succès au Libéria, au Malawi et au Rwanda,²⁰ pays où l'on a constaté une augmentation appréciable du nombre de patients accédant aux services.²¹

11. La stratégie PEN-Plus contribuera à l'amélioration de la prise en charge et du traitement des maladies non transmissibles chroniques et graves dans les hôpitaux de district en veillant à ce que ceux-ci disposent des capacités, des infrastructures et de la logistique de soins nécessaires. Cette stratégie donne aux agents de santé la possibilité d'acquérir les compétences communes dont ils ont besoin pour la prise en charge d'affections apparentées, grâce aux protocoles établis à leur intention, aux ressources nécessaires qui seront mises à leur disposition et au système de mentorat qui sera institué pour améliorer la qualité des soins standardisés.²²

¹⁶ Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹⁷ Gupta N, Coates MM, Bekele A et al. 2020. Availability of equipment and medications for non-communicable diseases and injuries at public first-referral level hospitals: a cross-sectional analysis of service provision assessments in eight low-income countries. *BMJ Open* 10: e038842.

¹⁸ Peck, R., et al. "Preparedness of Tanzanian health facilities for outpatient primary care of hypertension and diabetes: A cross-sectional survey." *The Lancet Global Health*. 2014. 2: e285-e292.

¹⁹ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Health Service Provision in Kenya: Assessing Facility Capacity, Costs of Care, and Patient Perspectives*. Seattle, WA: IHME, 2014.

²⁰ Eberly LA, Rusangwa C, Ng'ang'a L, et al. Cost of integrated chronic care for severe noncommunicable diseases at district hospitals in rural Rwanda. *BMJ Global Health* 2019; 4: 1-7.

²¹ Eswatini, Éthiopie, Kenya, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

²² Niyonsenga, SP, Park PH, Ngoga G, et al. Implementation outcomes of national decentralization of integrated outpatient services for severe non-communicable diseases to district hospitals in Rwanda. *Trop Med Int Health* 2021; 26: 953-61.

LA STRATÉGIE RÉGIONALE

But, objectifs et cibles

12. But

Assurer la prestation de services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles pour alléger le fardeau des maladies non transmissibles graves non traitées dans la population, grâce à des services décentralisés de consultation externe et à une prise en charge intégrée des cas dans la Région africaine.

13. Objectifs

- a) Élargir l'accès des patients atteints de maladies non transmissibles graves aux soins de qualité en améliorant la disponibilité de ces soins dans les centres d'orientation-recours de premier niveau, moyennant la mise en œuvre de politiques ciblées du secteur de la santé ayant pour objet de promouvoir la stratégie PEN-Plus ;
- b) Renforcer et reconnaître la capacité du personnel de santé, en particulier dans les hôpitaux de district, à offrir un service de prise en charge intégrée des maladies non transmissibles graves ;
- c) Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels et du matériel dans les hôpitaux de district afin que ces établissements soient dotés des outils nécessaires pour assurer la prise en charge des maladies non transmissibles graves ; et
- d) Soutenir les activités de suivi, d'évaluation et de recherche portant sur les interventions relevant de la stratégie PEN-Plus.

14. Cibles et étapes intermédiaires

Cibles d'ici à 2030 :

- a) 75 % des États Membres ont intégré dans leurs politiques et stratégies de santé des méthodes de prise en charge standardisée des maladies non transmissibles graves fondées sur des protocoles, ainsi que les principes qui sous-tendent ces méthodes ;
- b) 70 % des États Membres ont inclus dans leurs plans opérationnels des méthodes nationales standardisées, basées sur des protocoles, en vue de la prise en charge des maladies non transmissibles graves et ont commencé à fournir ces services dans les hôpitaux de district ;
- c) 70 % des États Membres ont adopté des programmes de formation nationaux qui prévoient de former les agents de santé de niveau intermédiaire à l'utilisation des systèmes de prise en charge standardisée des maladies non transmissibles graves, fondés sur des protocoles, ce qui permet à ces États Membres de disposer en permanence d'une main-d'œuvre qualifiée ;
- d) 70 % des États Membres disposent des médicaments essentiels et des technologies de base dont leurs hôpitaux de district ont besoin pour la prise en charge des maladies non transmissibles graves ; et
- e) tous les États Membres sont dotés de systèmes de collecte systématique de données sur la mortalité.

Étapes intermédiaires d'ici à 2025 :

- a) 50 % des États Membres ont adapté et intégré dans leurs politiques, stratégies et plans de santé des méthodes de prise en charge standardisée des maladies non transmissibles graves, fondées sur des protocoles, tout comme les principes qui sous-tendent ces méthodes ;

- b) 50 % des États Membres ont formulé des plans opérationnels nationaux fondés sur des protocoles pour la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves et ont commencé à mettre en place ces services dans les hôpitaux de district ;
- c) 50 % des États Membres ont adopté des programmes de formation nationaux qui prévoient de former les agents de santé de niveau intermédiaire à l'utilisation des systèmes de prise en charge standardisée des maladies non transmissibles chroniques et graves, fondés sur des protocoles, ce qui permet à ces pays de disposer en permanence d'une main-d'œuvre qualifiée ;
- d) 50 % des États Membres disposent des médicaments essentiels et des technologies de base dont leurs hôpitaux de district ont besoin pour la prise en charge des maladies non transmissibles graves ; et
- e) au moins 60 % des États Membres sont dotés de systèmes de collecte systématique de données sur la mortalité.

Étapes intermédiaires d'ici à 2028 :

- a) 60 % des États Membres ont adapté et intégré dans leurs politiques et stratégies nationales de santé des méthodes de prise en charge standardisée des maladies non transmissibles graves, fondées sur des protocoles, tout comme les principes qui sous-tendent ces méthodes ;
- b) 65 % des États Membres ont formulé des plans opérationnels nationaux fondés sur des protocoles pour la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves et ont commencé à mettre en place ces plans opérationnels dans les hôpitaux de district ;
- c) 65 % des États Membres ont adopté des programmes de formation nationaux qui prévoient de former les agents de santé de niveau intermédiaire aux systèmes de prise en charge standardisée des maladies non transmissibles chroniques et graves, fondés sur des protocoles, ce qui permet à ces pays de disposer en permanence d'une main-d'œuvre dédiée à la mise en œuvre de la stratégie PEN-Plus ;
- d) 60 % des États Membres disposent des médicaments essentiels et des technologies de base dont leurs hôpitaux de district ont besoin pour la prise en charge des maladies non transmissibles graves ; et
- e) 60 % des États Membres sont dotés de systèmes de collecte systématique de données sur la mortalité.

Principes directeurs

15. **Le rôle de chef de file de l'État.** Le ministère de la santé jouera le rôle de chef de file. Il prendra les décisions concernant la prestation des services de lutte contre les maladies non transmissibles chroniques et graves au niveau des hôpitaux de district et sensibilisera toutes les parties prenantes à cet effet.

16. **La couverture sanitaire universelle.** Des efforts délibérés seront faits pour assurer l'accès à des services de lutte contre les maladies non transmissibles qui soient de qualité, adaptés à la situation, accessibles et d'un prix abordable pour tous, et particulièrement pour les communautés pauvres et défavorisées, en veillant à la protection financière des populations rurales pauvres.

17. **L'équité.** La mise en œuvre de la stratégie PEN-Plus sera fondée sur la promotion des droits humains, de la parité hommes-femmes et de l'équité dans l'accès aux soins de santé et aux autres services sociaux essentiels qui touchent à la santé.

18. **Des approches reposant sur des bases factuelles et des interventions offrant un bon rapport coût-efficacité.** Les interventions doivent être étayées par les éléments factuels les plus récents et par les pratiques optimales, tout en offrant un bon rapport coût-efficacité.

19. **L'utilisation rationnelle des ressources** sera encouragée en amenant les prestataires de niveau intermédiaire qui travaillent dans les hôpitaux de district à s'intéresser aux dispensaires fournissant des interventions PEN-Plus et à y rester ; le personnel infirmier, le personnel soignant et les assistants médicaux devraient justifier d'un parcours professionnel reconnu s'ils souhaitent se spécialiser dans les soins aux patients atteints de maladies non transmissibles dans les établissements de niveau secondaire.

20. **Des approches centrées sur le patient.** Une approche centrée sur le patient sera privilégiée dans l'organisation de la prestation de services intégrés au niveau des hôpitaux de district.

21. **La collaboration entre le secteur public et le secteur privé.** La collaboration sera encouragée entre le secteur public et le secteur privé, et avec des organisations non gouvernementales afin de renforcer la prestation des services de lutte contre les maladies non transmissibles dans l'ensemble du système de santé de district.

22. **Des approches multisectorielles et pluridisciplinaires.** Des partenariats élargis, des dispositifs de coordination multisectoriels et pluridisciplinaires et des approches intégrées sont essentiels et seront encouragés.

Interventions prioritaires

23. **Évaluer l'état de préparation du système, ses capacités et ses besoins.** Sur la base des orientations énoncées dans la présente stratégie, les États Membres devraient évaluer leurs besoins nationaux grâce à un processus consultatif multisectoriel et pluridisciplinaire permettant de déterminer les capacités existantes, de répertorier les obstacles stratégiques et normatifs qui limitent la disponibilité des services PEN-Plus dans les hôpitaux de district, de repérer les possibilités de réaliser des interventions efficaces et de définir les ressources qui seront nécessaires pour mener à bien les activités prioritaires.

24. **Intégrer les interventions PEN-Plus dans les plans opérationnels nationaux.** Sur la base de l'évaluation des besoins, les États Membres devraient intégrer les interventions PEN-Plus dans les plans opérationnels nationaux au niveau des hôpitaux de district. Ces plans devraient être alignés sur le plan stratégique national du secteur de la santé en vigueur. Le processus de planification devrait être inclusif et concerner un large éventail de responsables de l'élaboration des politiques, de prestataires de soins de santé et de parties prenantes de la prévention, du traitement et des soins.

25. **Mobiliser des ressources.** Les États Membres devraient établir des plans de mobilisation de ressources afin d'éclairer la transposition à une plus grande échelle de la stratégie PEN-Plus au niveau national. L'accent sera mis sur l'édification de partenariats stratégiques axés sur des approches collectives qui mettent en valeur le savoir-faire technique et le partage durable des ressources.

26. **Intégrer la prestation de services dans les hôpitaux de district.** Les interventions PEN-Plus proposées devraient être pleinement intégrées dans d'autres services dispensés par les hôpitaux de district, au nombre desquels les soins d'urgence et la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. À cela devrait s'ajouter le renforcement des capacités des niveaux inférieurs du

système de santé en matière de prévention, de détection précoce, de diagnostic, de traitement et d'orientation-recours.

27. **Renforcer les capacités en matière de prestation de soins palliatifs.** Les États Membres devraient renforcer la capacité des établissements de district à dispenser des soins de fin de vie et de soulagement de la douleur, ainsi qu'un soutien psychologique, un soutien familial et d'autres services pertinents. Dans la mesure du possible, les offres de soins palliatifs à domicile devraient être intégrées dans les soins de santé primaires. Les établissements de district devraient quant à eux assumer un rôle d'encadrement et servir d'entité de supervision pour les établissements de soins de santé primaires.

28. **Mettre en place des programmes de formation et de mentorat destinés aux prestataires de soins de santé de niveau intermédiaire.** L'accent devrait être mis sur la formation et le mentorat des prestataires de niveau intermédiaire qui encadreront la prestation de soins dans les établissements où des interventions PEN-Plus seront réalisées. L'intégration de la stratégie PEN-Plus dans la formation nationale des prestataires de niveau intermédiaire travaillant dans les hôpitaux de district et l'intégration de cette stratégie parmi les articulations du programme de formation des agents de santé de niveau intermédiaire aideront les pays à disposer en tout temps d'un personnel habilité à assurer la mise en œuvre des interventions PEN-Plus.

29. **Renforcer les circuits d'orientation-recours et les interconnexions axées sur la personne sur toute la continuité des soins.** Les États Membres devraient s'attacher à réduire au minimum les retards dans l'accès aux services de diagnostic et de traitement des maladies non transmissibles chroniques et graves en établissant et en rationalisant les parcours de soins. L'institution de réseaux d'orientation-recours efficaces, reliant les différents niveaux d'établissements, améliorera la continuité des soins et renforcera les programmes d'orientation des patients, dont la contribution à l'amélioration de l'utilisation des services a été démontrée. Ces réseaux seront également utiles pour mettre les patients en relation avec d'autres programmes d'assistance sociale aux fins du traitement, comme ceux qui assurent le transport et l'hébergement.

30. **Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels et du matériel de base dans les hôpitaux de district afin que ces établissements soient dotés des outils nécessaires pour assurer la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves.** Renforcer les chaînes logistiques existantes pour rendre les médicaments essentiels et le matériel requis pour la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves disponibles pour les établissements de niveau secondaire.

31. **Promouvoir l'innovation et la recherche-développement.** Les États Membres devraient élaborer des plans de recherche pour produire des données factuelles et combler les lacunes sur le plan des connaissances et de la mise en œuvre dans la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves. Ces éléments devraient être intégrés dans le plan national axé sur les priorités de recherche et prévoir l'examen et l'incorporation des données factuelles pour faciliter leur adoption par les responsables de l'élaboration des politiques. Les États Membres seront épaulés dans leurs efforts par l'OMS et les partenaires, qui faciliteront les actions engagées. Les résultats des travaux de recherche portant sur de nouveaux traitements devraient faire l'objet de recommandations dans la perspective de leur emploi à plus large échelle dans la Région.

32. **Renforcer l'information stratégique et la surveillance.** La surveillance, l'information stratégique et la gestion des connaissances jouent un rôle déterminant dans la prise en charge efficace des maladies non transmissibles graves et chroniques. S'appuyant sur les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19, les États Membres devraient étendre l'utilisation des technologies numériques pour la prévention, le traitement et les soins, ainsi que pour la surveillance

et le suivi. Les pays devraient mieux intégrer les principaux indicateurs dans leurs systèmes de collecte systématique de données, en particulier le suivi des tendances de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies non transmissibles chroniques et graves.

Rôles et responsabilités

33. Les États Membres devraient :

- a) élaborer, intégrer dans leurs politiques et stratégies nationales de santé et mettre en œuvre des programmes nationaux complets, intégrés et standardisés fondés sur les protocoles de prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves, en veillant à ce que les hôpitaux de district disposent des médicaments essentiels, des technologies et des outils de diagnostic dont ils ont besoin pour garantir la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves, et ce d'une façon qui tienne compte des résultats de l'analyse des obstacles répertoriés en matière de stratégie, d'infrastructures et de ressources humaines ;
- b) engager le dialogue avec les établissements ne relevant pas du secteur public, par l'entremise de leurs associations et des autres plateformes existantes, pour que les interventions de prise en charge des maladies non transmissibles soient proposées aux populations qui consultent dans ces hôpitaux, notamment en appliquant des normes relatives à la formation continue des cadres concernés ;
- c) mobiliser des ressources supplémentaires et les allouer à des programmes standardisés et intégrés fondés sur les protocoles de prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves, en veillant à ce que la mise en œuvre de ces programmes renforce et complète l'ensemble OMS d'interventions essentielles ;
- d) créer des programmes de mentorat pour renforcer le système de prise en charge standardisée et intégrée des maladies non transmissibles chroniques fondé sur des protocoles, afin que les agents de santé formés tiennent leurs connaissances et leurs compétences à jour ;
- e) élaborer, dans les hôpitaux de district, des outils et des protocoles de prise en charge intégrée des maladies non transmissibles graves, y compris la drépanocytose, les cardiopathies rhumatismales et le diabète sucré de type 1 ;
- f) intégrer la surveillance dans le système national d'information sanitaire et à investir dans les plateformes de santé numérique afin de transposer à plus grande échelle les programmes ; et
- g) collaborer avec les partenaires pour mener des travaux de recherche fondamentale et appliquée dans le domaine de la prise en charge des maladies non transmissibles.

34. L'OMS et les partenaires devraient :

- a) mobiliser la communauté internationale pour l'amener à soutenir la prévention et la prise en charge efficace des maladies non transmissibles graves et pour qu'elle facilite l'établissement de liens, tout comme une collaboration et une coordination efficaces entre les partenaires et les parties prenantes ;
- b) préconiser l'allocation de ressources plus importantes à l'appui de la mise en œuvre de la stratégie PEN-Plus ;
- c) apporter aux États Membres un appui visant à améliorer l'accessibilité financière et la disponibilité des médicaments essentiels, des outils de diagnostic et des dispositifs de suivi dont ils ont besoin pour assurer la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves ; et
- d) encourager et soutenir les partenariats destinés à améliorer la formation et le savoir-faire du personnel de santé, et effectuer des travaux de recherche.

Incidences en termes de ressources

35. Dans l'ensemble, les fonds consacrés à la lutte contre les maladies non transmissibles sont insuffisants. Des ressources additionnelles, mobilisées auprès de sources internes et externes, seront nécessaires pour appuyer la mise en œuvre de la présente stratégie. En particulier, il conviendra de veiller à ce que les hôpitaux de district disposent de ressources humaines formées, de même que des médicaments et du matériel qui s'avèrent nécessaires.

Suivi et évaluation

36. Les États Membres devraient intégrer le suivi et l'évaluation dans les cycles des programmes et mettre au point des cadres logiques reliant les apports, les processus, les produits et les résultats, ainsi que des indicateurs d'exécution des programmes. Le suivi et l'évaluation continus ont un rôle déterminant à jouer dans la mise en œuvre réussie de la stratégie PEN-Plus et devraient être intégrés dans les systèmes existants.

37. Les indicateurs de suivi des progrès porteront sur la présence et l'intégration de la stratégie PEN-Plus et de ses principes dans les politiques et stratégies nationales de lutte contre les maladies non transmissibles, de même que sur l'élaboration et la mise en œuvre, à l'échelle nationale, de directives et de protocoles établis en vue de l'application de cette stratégie. Parmi les indicateurs de résultats et d'impact figureront la réduction de la mortalité et de la morbidité, de même que l'augmentation du taux de survie des patients atteints de ces affections.

38. La mise en œuvre de la stratégie sera évaluée en utilisant les données issues des systèmes d'information existants et des enquêtes nationales. Une évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2025 et un rapport y afférent sera présenté au Comité régional. Un rapport final sera présenté à l'échéance en 2029.

CONCLUSION

39. La cadence des progrès doit être accélérée afin de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles dans la Région africaine. Les programmes existants devraient être revisités afin de repérer les points à améliorer et les mesures à adopter pour en accroître l'efficacité. Parallèlement, à l'heure où le fardeau que font peser les maladies non transmissibles s'alourdit sur tous les groupes d'âge, il convient de prendre des mesures qui soient de nature à renforcer les capacités des équipes de soins dans les hôpitaux de district, tout en veillant à ce que ces établissements disposent des ressources nécessaires et assurent des soins de qualité, conformément à une procédure standardisée.

40. La présente stratégie est un outil de référence destiné aux responsables de l'élaboration des politiques et aux administrateurs sanitaires, qui peuvent s'en inspirer pour faciliter la mise en œuvre d'interventions visant à réduire la charge des maladies non transmissibles et à assurer la prévention, le traitement et le soutien à tous les niveaux. Cela aboutira à une amélioration de la qualité de vie et de l'espérance de vie des personnes touchées et contribuera à l'atteinte de deux cibles de l'objectif 3 de développement durable, à savoir : la cible 3.4 qui est de réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et à promouvoir la santé mentale et le bien-être ; et la cible 8 qui est de faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.

41. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la stratégie proposée.