

**MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**SECRÉTARIAT GENERAL**

**DIRECTION DES ÉTUDES ET DE LA PROGRAMMATION**

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES**

**BUCCO-DENTAIRES ET LE NOMA (PNLMBD/N)**



**PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL INTÉGRÉ DE LUTTE CONTRE LES MALADIES BUCCO-DENTAIRES ET LE NOMA (PSNILMBD/N) 2021-2025**

**Décembre 2020**

****

**Table des matières**

[**I.** **Introduction :** 1](#_Toc61260776)

[**II.** **Contexte et Justification :** 2](#_Toc61260777)

[**III.** **Données générales du Niger :** 4](#_Toc61260778)

[**3.1.** **Données géographiques et organisation administrative** 4](#_Toc61260779)

[3.1.1. Données géographiques 4](#_Toc61260780)

[3.1.2. Données administratives 5](#_Toc61260782)

[**3.2.** **Données démographiques** 5](#_Toc61260783)

[**3.3.** **Situation économique** 5](#_Toc61260784)

[**3.4.** **Situation socio-culturelle et modes de vie** 6](#_Toc61260785)

[**3.5.** **Organisation du système de santé** 7](#_Toc61260786)

[3.5.1. Sur le plan administratif : 7](#_Toc61260787)

[*3.5.2.* *Sur le plan ressources humaines :* 7](#_Toc61260788)

[*3.5.3.* *Sur le plan de l’offre des soins* 8](#_Toc61260791)

[*3.5.4.* *Le sous-secteur public :* 8](#_Toc61260792)

[3.5.5. Le sous-secteur privé : 9](#_Toc61260793)

[*3.5.6.* *Le sous-secteur de la médecine traditionnelle :* 9](#_Toc61260794)

[3.5.7. La participation communautaire : 10](#_Toc61260795)

[**3.6.** **Profil sanitaire :** 10](#_Toc61260796)

[**IV.** **Analyse de la situation des maladies bucco-dentaires et le Noma** 11](#_Toc61260797)

[**4.1.** **Situation des maladies bucco-dentaires et Noma dans le monde et en Afrique** 11](#_Toc61260798)

[4.1.1. Situation dans le monde : 11](#_Toc61260799)

[4.1.2. Situation en Afrique : 12](#_Toc61260800)

[4.1.3. Situation au Niger selon les annuaires statistiques MSP 2015-2018 12](#_Toc61260801)

[**4.2.** **Facteurs de risque :** 14](#_Toc61260803)

[**4.3.** **Maladies bucco-dentaires prioritaires selon les cibles mondiales de l’OMS :** 14](#_Toc61260804)

[**V.** **État de lieux des capacités et mesures de lutte contre les maladies bucco-dentaires et Noma :** 16](#_Toc61260805)

[**5.1.** **Organisation de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma :** 16](#_Toc61260806)

[**5.2.** **Collaboration multisectorielle, partenariats contre les maladies bucco-dentaires et le Noma :** 16](#_Toc61260807)

[**5.3.** **Organisation de la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma et ressources publiques :** 18](#_Toc61260809)

[**5.4.** **Ressources humaines et infrastructures** 19](#_Toc61260810)

[**5.5.** **Système d’information sanitaire :** 21](#_Toc61260812)

[**5.6.** **Contribution des autres sous-secteurs de la sante a la lutte contre les maladies bucco- dentaires et le Noma :** 21](#_Toc61260813)

[**VI.** **Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) :** 22](#_Toc61260814)

[**VII.** **Problèmes prioritaires :** 24](#_Toc61260816)

[**VIII.** **Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma** 26](#_Toc61260817)

[**8.1.** **MISSION, VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS :** 26](#_Toc61260818)

[**8.2.** **But et Objectifs :** 26](#_Toc61260819)

[8.2.1. But : 26](#_Toc61260820)

[8.2.2. Objectif Général : 26](#_Toc61260821)

[8.2.3. Objectifs Spécifiques : 26](#_Toc61260822)

[**8.3.** **Axes stratégiques d’intervention par objectifs :** 27](#_Toc61260823)

[**8.4.** **Descriptif des axes stratégiques** 28](#_Toc61260825)

[**8.5.** **Actions prioritaires par axe stratégique d’ici 2025** 31](#_Toc61260826)

[**IX.** **Chaine des résultats et cadre logique** 33](#_Toc61260828)

[**9.1.** **Chaine des résultats** 33](#_Toc61260829)

[**9.2.** **Cadre logique** 35](#_Toc61260830)

[**9.3.** **Cadre opérationnel pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma** 37](#_Toc61260832)

[**X.** **Suivi et Evaluation du Plan Stratégique Intégré de Lutte contre les MBD/N** 41](#_Toc61260834)

[**10.1.** **Suivi :** 41](#_Toc61260835)

[**10.2.** **Evaluation :** 41](#_Toc61260836)

[**10.3.** **Indicateurs de suivi-évaluation :** 41](#_Toc61260837)

[**10.3.1.** **Indicateurs de processus** 41](#_Toc61260838)

[**10.4.** **Financement du plan :** 42](#_Toc61260840)

[**10.5.** **Condition de succès :** 43](#_Toc61260841)

[**XI.** **Conclusion :** 44](#_Toc61260842)

# **Sigles & Abréviations :**

BID : Banque Internationale de développement

CCSC : Communication pour un Changement Social et Comportemental

CDMT : Cadre des Dépenses à Moyen Termes

CHR : Centres Hospitaliers Régionaux

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

COGES : Comités de Gestion

COSAN : Comité de Santé

CRENA Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire

CRENI : Centre de Récupération Nutritionnelle Intensif

CS : Cases de santé

CSI : Centres de Santé Intégrés

CSME : Centres de Santé de la Mère et de l’Enfant

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

DEP : Direction des Etudes et de la Programmation

*DRH : Direction des Ressources Humaines*

DRSP : Directions Régionales de la Santé Publique

ENISED : Etude Nationale d’Evaluation d’Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques

EPA : Etablissements Publics à caractère Administratif

EPIC : Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial

EPST : Etablissement Public à caractère Scientifique et Technique

FAP : Femmes en âge de Procréer

FC : Fonds Commun

HD : Hôpital de District

HN : Hôpital National

ISF : Indice Synthétique de Fécondité

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MBDN : Maladie Bucco-Dentaire

MC : Ministère de la Communication

*MSP : Ministère de la Santé Publique*

MTA : Médicaments Traditionnels Améliorés

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PAA : Plan d’Action Annuel

PDES : Plan de Développement Economique et Sociale

PDS Plan de Développement Sanitaire

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PNLMBD/N : Programme Nationale de Lutte contre les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma

PPP : Partenariat Public Privé

PSN : Politique nationale sanitaire

PSS : Politique Sectorielle de Santé

PTF : Partenaire Technique et Financier

RC/PC : Recouvrement des Coûts/Participation Communautaire

RGPH : Recensement Général de la Population et de l’Habitat

SIDA : Syndrome d’Immunodéficience Acquise

TIC : Technologies de l’Information et de la Communication

VIH : Virus d’Immunodéficience Humaine

WHO PEN : World Health Organization- Package for integration Essential intervention for major Non Communicable diseases (OMS, Paquet Essentiel d’Interventions pour la Prévention et la Prise en charge des principales maladies non transmissibles)

MEPAPLNEC : Ministère de l’Enseignement Primaire, de l’Alphabétisation, de la promotion

Des Langues Nationales, et de l’Education Civique du Niger.

**Liste des Tableaux**

[**Tableau N° I** : Composition des ressources humaines en santé selon le statut 14](#_Toc61261357)

[**Tableau N° II :** Ratios Médecins, Sages-Femmes et Infirmiers en 2019 15](#_Toc61261358)

[**Tableau N° III** : récapitulatifs des maladies bucco-dentaires et le Noma par région au Niger de 2015 à 2018 22](#_Toc61261370)

[**Tableau N°IV** :Principaux partenaires et domaines d'intervention dans la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger 27](#_Toc61261376)

[**Tableau N°V :** Répartition des différents personnels dentaires publics en 2020 30](#_Toc61261379)

[**Tableau N°VI :** Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) : 32](#_Toc61261383)

[**Tableau N° VII :** Le plan stratégique 2021-2025 de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma s’articule autour des axes stratégiques mentionnés dans le tableau ci-après : 37](#_Toc61261392)

[**Tableau N° VIII** : Actions prioritaires par axe stratégique 41](#_Toc61261395)

Tableau N° IX : Chaine des résultats……………………………………………………………………46

[**Tableau N° X :** Matrice du cadre logique 46](#_Toc61261399)

[**Tableau N° XI :**Cadre opérationnel pour la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma 49](#_Toc61261401)

[**Tableau N° XII :**Indicateur de suivi-évaluation 55](#_Toc61261407)

# **Introduction :**

Les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma (MBD/N), sont des pathologies graves qui engendrent une morbidité et une mortalité élevées. Selon *Global Burden of Disease 2017,* on estime que près de 3,5 milliards de personnes sont touchées par des affections bucco-dentaires, la plus fréquente étant la carie des dents définitives dont environ 2,3 milliards de personnes en souffrent et plus de 530 millions d’enfants de caries des dents de lait.[[1]](#footnote-1) Ces affections ne font pas toujours l’objet d’un dépistage systématique dans les structures de soins. Les populations sont peu informées sur la gravité de ces maladies et les possibilités thérapeutiques existantes.

Aussi ces MBD/N entraînent des coûts financiers difficilement supportables par les individus, les familles et les collectivités et une baisse de la productivité.

Cette situation compromet le développement économique et social dans le monde et remet en cause l’atteinte des objectifs convenus au plan international dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Il est cependant possible de réduire considérablement la morbidité, les handicaps et les décès prématurés dus aux maladies bucco-dentaires et le Noma en appliquant efficacement les interventions préventives et curatives déjà disponibles.

Au Niger, comme dans la plupart des pays en développement, les MBD/N, telles que : les caries dentaires, les maladies parodontales, les cancers de la bouche et de la gorge, les traumatismes les traumatismes bucco-dentaires, les Manifestations buccales du VIH, les fissures labiales et bec‑de‑lièvre et le Noma constituent un énorme défi pour le système de santé.

Au regard de l’ampleur de plus en plus importante de ces maladies et de leur conséquence sur la santé des populations, il s’est avéré nécessaire de développer et mettre en œuvre un plan stratégique intégré de lutte contre les MBD/N couvrant la période 2021-2025.

Ce Plan Stratégique S’inscrit dans la logique du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021. Il l’accent sur la prévention et la prise en charge comme interventions essentielles pour lutter contre ces maladies bucco-dentaires et le Noma.

# **Contexte et Justification :**

La santé orale est un indicateur clé de la santé globale et ses liens avec la santé générale demeurent systémiques et réciproques. La bouche, composée des dents, des muscles de mastication, de la langue, des tissus de la muqueuse et des glandes salivaires est le portail principal de l'organisme en matière de nutrition essentielle. La bouche peut également servir de point d’accès aux bactéries, virus, champignons et autres vecteurs de maladie. Elle est le point de départ du système immunitaire et de défense de l'organisme. Lorsque la santé orale est compromise (par exemple à la suite d’une infection, blessure, inflammation, tumeur, dysfonctionnement glandulaire, modifications de l'os, malformation), la santé générale en pâtit. C’est la raison pour laquelle la Résolution WHA60 / R17 de l'OMS reconnaît le "lien intrinsèque entre la santé orale, la santé générale et la qualité de vie."

Une étude réalisée en 2017 par Global Burden of Disease, sur la charge mondiale de morbidité, les traumatismes et les facteurs de risque estime que les affections bucco-dentaires touchent 3,5 milliards de personnes dans le monde[[2]](#footnote-2). La carie des définitives qui touchent environ 2, 3 milliards de personnes

constituent l’affection la plus courante à l’échelle mondiale. Les parodontopathies, cause majeure de la perte totale des dents, concernent selon les estimations 267millions de personnes, en particulier des personnes âgées[[3]](#footnote-3). Les cancers des lèvres et de la cavité buccale font partie des 15cancers les plus répandus dans le monde, avec plus de 500000 cas et presque 180000 décès chaque année.

Le Noma, une maladie nécrosante qui se développe d’abord dans la bouche et qui tue 90% des enfants touchés, est un marqueur d’extrême pauvreté. Il entraîne une incapacité permanente, a des conséquences sur les possibilités d’apprentissage et est souvent synonyme d’exclusion sociale.[[4]](#footnote-4)

Les 47 pays de la Région africaine portent un fardeau particulier de maladies buccodentaires et de facteurs de risques. La pauvreté généralisée et le sous-développement qui prévalent en Afrique en général et au Niger en particulier, exposent de plus en plus les communautés aux principaux déterminants écologiques des différentes affections. De ce fait, la santé et le bien-être de la population sont depuis un certain temps au centre des préoccupations des autorités nationales et reçoivent une attention soutenue de la communauté internationale.

Malgré les progrès accomplis, un fardeau écrasant mais évitable continue à peser sur les populations déshéritées notamment les jeunes enfants. En effet les maladies bucco dentaires entraînent des conséquences graves et souvent fatales dont l’une des manifestations la plus horrible est le Noma. Cette affection constitue un grave problème de santé publique en raison : i) du nombre de cas enregistrés en 2018 qui étaient de 421 dont 86 décès et ii) de son poids, de son impact sur l’individu et la société, en terme de gênes, de limitations et de handicap d’ordre social et fonctionnel, ainsi que de son effet sur la qualité de la vie.

Le Niger a souscrit en 1978 à la déclaration en matière de soins de santé primaires (SSP). Pour répondre aux besoins sans cesse croissants des populations, le Ministère de la Santé Publique a élaboré des orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21ème siècle (2002-2011) avant de se doter d’un plan de développement sanitaire (PDS) 2005-2010.

Pour répondre à la recommandation de l’OMS/ AFRO à travers la résolution AFR/RC48/R5 et pour faire face aux préoccupations que posent ces affections, le MSP a mis en place le premier Plan Stratégique National de Lutte Contre les Maladies Bucco-dentaires et le Noma pour la période 2006-2010 qui est venu à terme même s’il n’a pas connu de véritable mise en œuvre. Dès lors il est devenu nécessaire d’élaborer un nouveau Plan Stratégique dans la perspective de son ancrage dans le nouveau Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021 avec une passerelle qui servira de fil conducteur avec le Programme National de Lutte Contre les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma.

Ce plan stratégique visera à servir de cadre de référence pour toutes les interventions entrant dans le cadre de la promotion de la santé orale et la lutte contre les maladies ou affections bucco-dentaires. Il visera aussi au renforcement du partenariat entre tous les acteurs aux fins d’améliorer la mobilisation et l’utilisation optimales des ressources.

# **Données générales du Niger :**

## **Données géographiques et organisation administrative**

### Données géographiques

A mi-chemin entre la Méditerranée et le Golfe de Guinée, avec une superficie de 1.266.491[[5]](#footnote-5) Km²,le Niger est situé entre 11° 37 et 23° de latitude nord et entre le méridien de Greenwich et 16° de longitude est, à 700 km au nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l’est de la côte Atlantique et à 1 200 km au sud de la Méditerranée.

Du point de vue climatique, le Niger est caractérisé par un climat tropical de type soudanien qui alterne une longue saison sèche d’octobre à mai et une courte saison de pluies de mai à septembre. Il est situé dans l’une des régions les plus chaudes du globe. Les températures moyennes les plus élevées sont enregistrées entre mars et avril où elles dépassent les 40°C, et les plus basses de décembre à février où elles peuvent descendre en dessous de 10°C. Le territoire est partagé en trois zones climatiques :

• au nord, une immense zone saharienne, couvrant les 3/5ème du pays et renfermant les principaux minerais exploités ;

• au centre, une zone sahélienne, qui reçoit des précipitations moyennes de 200 à 300 mm d’eau par an ;

• au sud, une zone soudanienne qui est la partie la plus arrosée du pays, avec des hauteurs moyennes de pluies de 300 à 650 mm par an. Zone à vocation agricole, elle est caractérisée par une végétation de savane et elle est consacrée essentiellement à des cultures de mil, de sorgho, de maïs et d’arachide.

Le relief nigérien est peu contrasté. Au nord-est, les hauts plateaux (800 à 1 000 m d’altitude) sont bordés d’escarpements qui en rendent l’accès difficile. À l’ouest et au sud se trouvent de bas plateaux (200 à 500 m d’altitude), tandis qu’au nord du « 17ème parallèle » s’étend le Massif de l’Aïr, bordé, à l’ouest et au sud, par une dépression périphérique.

Au plan hydrographique, le pays ne possède qu’un seul cours d’eau permanent, le fleuve Niger, qui traverse le pays sur une longueur d’environ 500 km dans sa partie ouest. On trouve aussi quelques lacs permanents dont le principal, le lac Tchad, est situé dans la partie sud-est du pays et plusieurs rivières semi-permanentes dont les affluents de la rive droite du Niger à l’ouest et la « Komadougou Yobé » au sud-est.[[6]](#footnote-6)

Malgré cela, selon les estimations des spécialistes, les ressources en eau du sous-sol du Niger seraient assez importantes même si elles demeurent inégalement réparties. Ainsi, le potentiel d’irrigation est estimé à 270 000 hectares en termes d’eaux de surface et d’eaux souterraines. Celles-ci, bien que très

Abondantes, sont difficilement exploitables parce qu’essentiellement constituées de nappes fossiles assez profondes. Elles sont estimées à près de 36 milliards de m³.

Enfin, les terres agricoles, principales ressources de la majorité de la population, se regroupent en deux grandes catégories pédologiques classiques :

• les sols ferrugineux tropicaux ou sols dunaires représentant 80 à 85 % de la superficie agricole cultivable ;

• les sols hydro-morphes ou « goulbi », moyennement argileux, représentant 15 à 20 % de la superficie agricole cultivable. [[7]](#footnote-7)



## Figure 1: Carte du Niger

Copyright © 2014 [www.mapsofworld.com](http://www.mapsofworld.com)

### Données administratives

Sur le plan administratif, le Niger compte 8 régions, 63 départements et 266 communes dont 52 urbaines et 214 rurales. Les Collectivités territoriales (Régions, communes) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, des compétences et des ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration. La Région et la Commune sont aujourd’hui opérationnelles avec des Conseils régionaux, des villes et Municipaux en place. La capitale, Niamey, est érigée en communauté urbaine composée de cinq (05) arrondissements communaux.[[8]](#footnote-8)

Le Niger est composé de dix (10) groupes sociolinguistiques qui sont : l’Arabe, le Boudouma, le Djerma-Songhaï, le Gourmantché, le Haoussa, le Kanouri, le Peulh, le Touareg, le Tassawak et le Toubou[[9]](#footnote-9).

## **Données démographiques**

La population totale est estimée à 23 196 003habitants en 2020 (projection RGPH 2012) avec une densité moyenne de 18,31 habitants au Km². La majeure partie de la population (83%) réside en zone rurale et les femmes représentent 50,6% de la population totale. Le taux d’accroissement annuel de la population est de 3,9%, Les enfants de moins d’un an représentent 4,62%, les moins de 5 ans 21,44% et les moins de 15 ans 51,32%. Quant aux Femmes en Age de Procréer (FAP), elles représentent 20,51%[[10]](#footnote-10). L’enquête démographique et de santé (EDSN-MICS IV 2012) a estimé l’Indice Synthétique de Fécondité (ISF) à 7,6 enfants par femme et une espérance de vie à la naissance estimée à 59 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes.[[11]](#footnote-11)

## **Situation économique**

Comme beaucoup d’autres pays africains, l’économie du Niger est essentiellement tirée par la production agricole. Malheureusement, celle-ci est exposée régulièrement aux chocs exogènes tels que les sécheresses, les inondations et les invasions acridiennes. Cela se traduit par une évolution en dents de scie de la production agricole qui n’arrive pas à insuffler un dynamisme de long terme à la croissance économique.

Il faut noter que 80% de la population disposent de moins de 2$ U.S par jour. Le PIB était de 5695,92 milliards de FCFA (9,72 milliards d’US$) en 2018, soit environ 285 968 FCFA (488 US $) par habitant/an, avec une économie reposant principalement sur le secteur agro-pastoral et les services administratifs[[12]](#footnote-12). Le secteur minier sur lequel reposent des espoirs, ne participe actuellement qu’à 4 % de la richesse nationale produite.

L’incidence de la pauvreté a baissé passant de 48,2% en 2011 à 45,1% en 2014. Quant à la profondeur de la pauvreté, elle s’est quasiment stabilisée autour de 13% entre 2011 et 2015 tandis que la sévérité s’est aggravée passant de 4,9% en 2011 à 5,5% en 2014. Ces taux de pauvreté sont plus élevés en milieu rural qu’en milieu urbain. Ainsi, en 2014 l’incidence ressort à 52,4% en milieu rural contre 9,1% en milieu urbain[[13]](#footnote-13).

Cette pauvreté élevée en milieu rural pourrait avoir comme conséquence la limite à l’accès et l’utilisation des services santé qui va du cout impacter l’état de santé ces populations.

Il est évident t aussi que le niveau élevé de morbidité constitue un obstacle à la productivité et à la croissance économique. Enfin, il est largement reconnu que le faible état de santé et de nutrition associés à une fécondité élevée constitue des facteurs clés de la pauvreté.

Ce lien étroit de cause à effet entre santé et pauvreté doit amener les décideurs à en faire une priorité majeure en matière de développement socio-économique du pays avec un regard particulier en direction de la santé des pauvres. La capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins des pauvres, à assurer leur participation à la conception, à la planification et au suivi des services de santé et sa responsabilisation par rapport aux objectifs sociaux sont des défis majeurs auxquels il doit faire face.

C’est donc à juste titre que l’axe 2 du Plan de Développement Economique et Sociale (PDES) 2017-2021 «Développement social et transition démographique» dont l’objectif est d’offrir des soins et services de qualité à la population en particulier au niveau des groupes vulnérables, dans le respect des normes internationales et le PDS 2017-2021 à travers ses programmes 2 et 3 respectivement :l’accès aux soins et services de santé et les prestations des soins et services de santé afin de contribuer à l’atteinte des ODD à l’horizon 2030.

## **Situation socio-culturelle et modes de vie**

Selon l’Etude Nationale d’Evaluation d’Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques (ENISED**),** Le taux d’analphabétisme est un des plus élevés de la sous-région atteignant 71,6 % de la population et un taux de scolarisation dans le primaire de 74,2% dont 80,2% chez les garçons et de 68% chez les filles.[[14]](#footnote-14)

L’organisation sociale de certaines communautés est fortement hiérarchisée et la plupart des villes/villages et quartiers possèdent des chefs traditionnels dépositaires des coutumes et exerçant une autorité sur la population. Cela influencerait les comportements de la population sur le recours aux soins. On note aussi une mosaïque d’ethnies et de langues avec des pratiques culturelles néfastes à la santé en général et les maladies bucco-dentaires et le Noma en particulier.

En effet, dans la plupart des sociétés traditionnelles du Niger, plusieurs raisons sont avancées pour expliquer la survenue de certaines maladies notamment les maladies bucco-dentaires et le Noma. Cette conception n’est pas sans conséquence sur la lutte contre ces maladies[[15]](#footnote-15).

Les facilités d’accès aux moyens de communication notamment les Technologies de l’Information et de la Communication (TIC) favorisent par ailleurs chez les jeunes des comportements peu enviables[[16]](#footnote-16).

Dans les villes comme dans les campagnes, les habitudes de consommation (boissons alcoolisées, tabac, aliments gras, aliments sucrés etc.), les changements de régime alimentaire et la sédentarisation nuisent gravement à la santé des populations.

## **Organisation du système de santé**

L’organisation du système de santé tient compte du découpage administratif du pays au sein duquel sont logés les districts sanitaires. Elle prend en compte l’organisation des structures administratives et celle des structures de soins.

### Sur le plan administratif :

Le système de santé, dans sa structuration, comprend trois niveaux :

* le niveau central (chargé de l’appui stratégique) qui comprend des directions et structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général. Il définit la politique, les normes et les standards et assure la coordination technique et administrative au sein du département. En matière de prestations de soins le niveau tertiaire comporte quatre (4) Hôpitaux Nationaux et une (1) Maternité Nationale de Référence, qui sont tous des Etablissements Publics à caractère Administratif (EPA) ;
* le niveau intermédiaire (chargé de l’appui technique) qui comprend 8 directions régionales de la santé Publique (DRSP), qui apportent leur appui technique aux districts sanitaires placés sous leur responsabilité, leurs missions de mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans les régions sanitaires. Les soins de 2èmeréférence sont assurés par sept (7) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), sept (7) Centres de Santé de la Mère et de l’Enfant (CSME) et un centre bucco-dentaire.
* le niveau périphérique (chargé de l’appui opérationnel) qui est représenté par les districts sanitaires au nombre de 72 avec 1092 Centres de Santé Intégrés fonctionnels dont 50 tenus par des médecins et 2542 cases de santé fonctionnelles. Les soins de 1ère référence sont assurés par 37 Hôpitaux de District (HD) dont 32 avec blocs opératoires fonctionnels. Il faut noter l’existence des services d’appui avec 3 dépôts de zone de médicaments, 35 pharmacies populaires, 132 officines. La participation de la communauté et de la société civile est assurée aux différents niveaux à travers les comités de santé, les comités de gestion, les associations et les mutuelles de santé. Outre les structures publiques ci-dessus indiquées, gérées par le Ministère en charge de la Santé Publique, le système de santé comprend :
* Les établissements publics de soins relevant d’autres administrations publiques (services de santé des armées, centres médico-sociaux de la CNSS, les infirmeries des autres services publics);
* Les établissements privés principalement orientés vers les activités curatives sont concentrés dans les centres urbains. On dénombre 516 établissements dont 57 cliniques et 3 polycliniques, 162 cabinets de Soins et médicaux, 195 salles de soins, 63 infirmeries privées, 10 salles d’accouchements, 8 cabinets dentaires, 3 cabinets d’ophtalmologie, 3 cabinets de kinésithérapie et 3 hôpitaux privés à but non lucratif (SOMAIR, COMINAK et CURE), un hôpital privé confessionnel.[[17]](#footnote-17)et14 cabinets dentaires dont 1 Maradi. En Décembre 2020[[18]](#footnote-18).

### Sur le plan ressources humaines :

Les ressources humaines du secteur de la santé comptent un effectif seize mille huit cent soixante-seize (16 876) agents, dont 6 527 cadres en activité, 1 386 auxiliaires, 6 545 contractuels, 723 agents en position de stage et 397 agents en détachement /disponibilité/congés sans traitement, et enfin 1 298 Appelés du Service Civique National[[19]](#footnote-19). La situation se présente dans le tableau ci-dessous.

## **Tableau N° I** : Composition des ressources humaines en santé selon le statut

|  |  |
| --- | --- |
| **Statuts** | **Effectifs** |
| Fonctionnaires en activité | 6 527 |
| Agents auxiliaires | 1 386 |
| Agents contractuels | 6 545 |
| Agents en position de stage | 723 |
| Agents en détachement/disponibilité/congés sans traitement | 397 |
| Appelés du Service Civique National | 1298 |
| **Total** | **16 876** |

*Source : MSP/DRH, décembre 2019*

En utilisant les ratios de l’OMS (1 médecin pour 10 000 habitants, un infirmier pour 5 000 habitants et 1 sage-femme pour 5 000 Femmes en Age de Procréer) les ratios du MSP sont les suivants : médecins : 1/23 148 habitants, infirmiers 1/3675 Habitants, sages-femmes 4735 FAP.

Même si le ratio des sages-femmes est en dessous du ratio de l’OMS, il existe une mauvaise répartition selon les régions et entre les milieux (rural et urbain).

## **Tableau N° II :** Ratios Médecins, Sages-Femmes et Infirmiers en 2019

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Corps** | **Effectifs** | **Ratios nationaux** | **Ratios OMS** |
| Médecins | 1027 | 23 148 | 1/10 000 |
| Infirmiers | 6072 | 3 675 | 1/5 000 |
| Sages-femmes | 1015 | 4 735 | 1/ 5 000 femmes en âge de procréer |

*Source : MSP/DRH, décembre 2019*

### Sur le plan de l’offre des soins

Les structures de soins se répartissent en trois sous-secteurs sanitaires qui sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

### Le sous-secteur public :

Il comporte trois niveaux qui assurent des soins :

Le premier niveau est représenté par le district sanitaire avec l’hôpital de District, son réseau des CSI et des Cases de santé (CS).

Il comprend deux échelons :

* le premier échelon de soins est le Centre de Santé Intégrés (CSI) et les case de santé (CS) qui sont les structures sanitaires de base du système de santé. Le nombre total 1092 Centres de Santé Intégrés fonctionnels dont 50 tenus par des médecins et 2542 cases de santé fonctionnelles. Le deuxième échelon de soins est l’Hôpital de District (HD). Ce dernier sert de référence pour les formations sanitaires du district sanitaire. Le nombre étaient en 2019 de 37 HD dont 32 avec blocs opératoire fonctionnels,
* le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR) et Centres de Santé Mère et Enfant (CSME). Ils servent de référence et de recours aux hôpitaux de Districts (HD) et les Centres de Santé Intégrés (CSI). On dénombre en 2019 : Sept (7) Centres Hospitaliers Régionaux, Sept (7) Centres de Santé Mère et Enfant, Cinq (5) Centres Régionaux de Transfusion Sanguine et 1 Centre bucco-dentaire.
* le troisième niveau qui est le niveau tertiaire, les prestations des soins sont assurées par un réseau d’établissements composés de 09 Centres Nationaux de référence, quatre (4) Hôpitaux Nationaux et une (1) Maternité Nationale de Référence[[20]](#footnote-20).

### Le sous-secteur privé :

En plus des structures de soins publiques, le Niger compte un nombre important de structures de soins privées en 2019. On dénombre 516 établissements dont 57 cliniques et 3 polycliniques, 162 cabinets de Soins et médicaux, 195 salles de soins, 63 infirmeries privées, 10 salles d’accouchements, 3 cabinets d’ophtalmologie, 3 cabinets de kinésithérapie et 3 hôpitaux privés à but non lucratif (SOMAIR, COMINAK et CURE), un hôpital privé confessionnel[[21]](#footnote-21) et 14 cabinets dentaires dont 1 à Maradi en Décembre 2020[[22]](#footnote-22)

En effet, le sous-secteur sanitaire privé se développe assez rapidement et concerne principalement les salles de soins et les cabinets de soins. Ces structures sont concentrées dans les grands centres urbains.

### Le sous-secteur de la médecine traditionnelle :

Au Niger 80-85% de la population a recours à la médecine traditionnelle.[[23]](#footnote-23)C’est pourquoi la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé (PSS) en Juillet 1995, révisée en Mai 2002 avait dédié un axe stratégique à la médecine traditionnelle ; la Déclaration de la Politique Pharmaceutique Nationale avait entre autres objectif la promotion de la recherche et le développement dans le secteur pharmaceutique y compris celui de la Pharmacopée traditionnelle.

Dans le PDS 2017-2021, il a été prévu la poursuite de l’intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé. A cet effet, un Plan Stratégique pour l’intégration de la Médecine Traditionnelle dans le système de soins de santé au Niger pour la période 2017-2021 et un code de déontologie des tradipraticiens de santé ont été élaborés. Ces documents n’ont pas connu de validation nationale par manque de financement.

Pour légiférer l’utilisation des plantes médicinales, plusieurs textes législatifs et réglementaires ont été pris : (i) Ordonnance 97-002 du 10 Janvier 1997 portant législation pharmaceutique et son décret d’application (ii) Arrêté N° 230/MSP/DPHL/PT portant liste des plantes médicinales au Niger (iii) Loi N°74-7 du 4 Mars 1974 portant code forestier du Niger interdisant l’abattage, la mutilation et l’arrachage de certaines espèces dites protégées.

Mais le sous-secteur de la médecine traditionnelle fait face à certaines difficultés :

* Réticence des Tradipraticiens à partager leurs connaissances ;
* Insuffisance du financement de la recherche sur les plantes et la promotion de la Médecine Traditionnelle ;
* Insuffisance dans la production des médicaments traditionnels améliorés ;
* Réticence des agents de santé à accepter le tradipraticien comme acteur de la Santé ;
* Insuffisance de la collaboration entre les structures de production des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) et les institutions de recherche dans le domaine ;
* Insuffisance de promotion de la médecine traditionnelle.

### La participation communautaire :

Il faut noter aussi la contribution du monde communautaire essentiellement pour les appuis des structures de santé aux activités de prévention, de mobilisation sociale et de plaidoyer et de soins à base communautaire. Cette contribution vient d’être renforcée par l’adoption de la stratégie nationale de participation communautaire et des textes subséquents, il faut noter la disponibilité d’un recueil de textes sur le Recouvrement des Couts/Participation Communautaire (RC/PC). Cependant, on note une insuffisance dans la fonctionnalité des Comités de Gestion (COGES) et des Comité de Santé (COSAN), de la qualité de leurs membres et de la collaboration avec les agents de santé.

## **Profil sanitaire :**

La situation sanitaire du Niger, malgré les progrès réalisés, reste caractérisée par :

* une irrégularité dans l’accès physique aux soins de santé en raison de la disparité dans la répartition des infrastructures et de l’insuffisance du personnel (quantitative et qualitative) ;
* une répartition inéquitable du personnel entre le milieu urbain et rural ;
* une insuffisance dans la maîtrise des effectifs ;
* une utilisation non rationnelle du personnel, des profils de carrière et des systèmes de promotion peu satisfaisants, une formation continue peu efficace ;
* Des comportements non favorables à la santé ;
* Un habitat souvent insalubre et un approvisionnement insuffisant en eau potable ;
* Des taux de mortalité et de morbidité élevés surtout chez les enfants ;
* Un faible taux d’accès aux infrastructures d’assainissement de base (couverture en latrine en milieu urbain et rural).

L’Etude Nationale d’Evaluation d’Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques (ENISED), fait apparaître un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 9,12 pour 1000 pour un taux de natalité de 49,4 pour 1000 en 2015. La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables. En effet, le ratio de mortalité maternelle est de 520 pour 100 000 naissances vivantes. Selon la même source, le taux de mortalité infantile est de 51,29 pour 1000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 126 pour 1000 naissances vivantes.[[24]](#footnote-24)

La situation de la santé des personnes âgées est influencée par les affections liées au vieillissement ainsi qu’aux maladies non transmissibles.

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.[[25]](#footnote-25)

Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, l’infection à VIH/Sida et les IST, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées. En outre, le Niger est régulièrement confronté à des flambées épidémiques (méningite cérébro-spinale, rougeole, choléra,). Des efforts importants de prévention par la vaccination sont faits à travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV).[[26]](#footnote-26)

Les maladies non transmissibles sont en augmentation. Elles regroupent entre autres, les affections cardio-vasculaires, les troubles mentaux et maladies mentales, les maladies métaboliques comme le diabète, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers, les maladies génétiques et les traumatismes dus aux accidents de la route.

# **Analyse de la situation des maladies bucco-dentaires et le Noma**

## **Situation des maladies bucco-dentaires et Noma dans le monde et en Afrique**

### Situation dans le monde :

Les maladies bucco-dentaires font partie des maladies les plus répandues dans le monde et ont un lourd fardeau sanitaire et économique, réduisant considérablement la qualité de vie des personnes touchées.

Les maladies bucco-dentaires les plus répandues et les plus importantes dans le monde sont les caries dentaires, les maladies parodontales, la perte de dents et les cancers des lèvres et de la cavité buccale et les manifestations bucco‑dentaires de l’infection à VIH.[[27]](#footnote-27)

Selon *Global Burden of Disease 2017,* on estime que près de 3,5 milliards de personnes sont touchées par des affections bucco-dentaires, la plus fréquente étant la carie des dents définitives dont environ 2,3 milliards de personnes en souffrent et plus de 530 millions d’enfants de caries des dents de lait.[[28]](#footnote-28) Les maladies parodontales sévères qui peuvent entraîner la chute des dents sont très fréquentes, touchant près de 10 % de la population mondiale. Le cancer des lèvres ou de la bouche est l’un des trois cancers les plus courants dans certains pays d’Asie et du Pacifique.

Le Noma constitue une des formes les plus compliquées des maladies buccodentaires. Il s’agit d’une stomatite nécrosante, destructrice des tissus de la cavité buccale et des mâchoires. Plus de 100 000 enfants sont touchés par le Noma, dont environ 80 000 morts chaque année dans le monde.

Elle se caractérise par une létalité de 70 à 90 % de façon générale. Il atteint surtout les enfants de moins de 6 ans, coïncidant avec la période de retard de croissance linéaire chez les enfants. La plupart des cas de Noma (80 %) se déclarent dans les pays de la ceinture sahélienne, tels que le Tchad, le Nigeria ou encore le Niger, mais aussi en Asie ou en Amérique du Sud. Autrefois, le Noma sévissait également en Europe où il était associé à la pauvreté et à la présence d'autres maladies infectieuses comme la rougeole ou la tuberculose.[[29]](#footnote-29)

Le traitement des affections bucco-dentaires est coûteux et ne fait habituellement pas partie de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Dans la plupart des pays à revenu élevé, les traitements dentaires représentent 5 % des dépenses totales de santé et 20 % des dépenses de santé à la charge du patient. La plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire compte tenu de l’urbanisation et de l’évolution des conditions de vie, la prévalence des affections bucco‑dentaires continue à augmenter avant tout à cause de l’exposition inadéquate au fluorure (dans l’eau potable et les produits d’hygiène bucco-dentaire comme la pâte dentifrice) et des difficultés d’accès aux services de soins bucco‑dentaires communautaires. [[30]](#footnote-30)

L’accès aux services de santé bucco‑dentaire pour les adultes qui disent en avoir besoin s’échelonne entre 35 % dans les pays à bas revenu, 60 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, 75 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et 82 % dans les pays à haut revenu.[[31]](#footnote-31)

Cependant, Certaines interventions sont particulièrement avantageuses et économiquement efficaces comme : l’amélioration de l’hygiène buccodentaire et de la nutrition, la promotion d’un allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois de la vie, les soins prénatals optimums et la vaccination à temps contre les maladies courantes de l’enfant[[32]](#footnote-32).

### Situation en Afrique :

L’Afrique concentre 80% des cas de Noma, et 39 des 46 pays du continent africain sont touchés par le Noma. L’incidence annuelle est de 20 cas pour 100 000, avec un taux de mortalité d’environ 70%-90%en absence de traitement. En 2017, des auteurs estiment que l'incidence serait de 30 000 à 40 000 cas par an, avec une mortalité de 85%. La prévalence des survivants serait de 210 000 cas[[33]](#footnote-33).

Le Noma comme la plupart des maladies bucco-dentaires seraient en augmentation en Afrique, due à une détérioration générale des conditions de vie : malnutrition, mauvaise hygiène, vih/sida, conflits, corruption[[34]](#footnote-34), etc.

Il faut également, bien que la Région compte des dentistes qualifiés, les soins dentaires se limitent pour la majorité de la population principalement au traitement de la douleur et aux soins d’urgence. Le nombre de professionnels de la santé bucco-dentaire nécessaire dans un pays dépend de nombreux facteurs, dont le besoin et la demande. Actuellement, le ratio dentiste population dans la Région est estimé à environ 1 pour 150 000 personnes, contre environ 1 pour 2 000 personnes dans les pays à revenu élevé.[[35]](#footnote-35)

### Situation au Niger selon les annuaires statistiques MSP 2015-2018

Au Niger, de 2015 à 2018 on dénombre 933 cas de Noma dont 86 décès et 728 488 cas des maladies bucco-dentaires (Gingivite CIM-10-K05 et les affections bucco-dentaires CIM-10-K08). Pour le Noma, la tranche d’âge la plus touchée en terme de nombre de cas et de décès est de 1an à 4 ans. Les régions les plus affectées sont de celles de Maradi, Tahoua et Zinder en termes des maladies bucco-dentaires, respectivement 116601 cas, 99586 cas et 98597 cas. Concernant le Noma, Maradi et Tahoua sont les plus touchées, avec respectivement 213 cas 58 décès et 200 cas 4 décès[[36]](#footnote-36).Cette situation pourrait être expliquée d’une part au nombre élevés de cas de malnutrition globale aigue et chronique dans ces régions et d’autre part aux flambés de paludisme et des périodes de disette en fin de saison seche. Les principales pathologies rencontrées sont : les caries dentaires, les maladies parodontales, les traumatismes maxillo-faciaux, les tumeurs de la cavité buccale, les anomalies dentofaciales, les manifestations bucco-dentaires des maladies générales et de l’infection à VIH et le Noma. Les affections bucco-dentaires ont un impact négatif important sur la vie socioprofessionnelle de la population. L’évolution de ces affections par faute de traitement, sont responsables de troubles fonctionnels et nutritionnels bien connus. Elles sont souvent causes de complications locales (cellulites circonscrites et diffuses) et générales (les endocardites,) pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient.

## **Tableau N° III** : récapitulatifs des maladies bucco-dentaires et le Noma par région au Niger de 2015 à 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Régions* | ***Tranches d’âge*** | | | | | | | | | | | | | |
| ***< 2 mois*** | | ***2-11 mois*** | | ***1-4 ans*** | | ***5-9 ans*** | | ***10-24 ans*** | | ***25 ans +*** | | ***Total*** | |
|  | *Noma* | affections buccodentaires | *Noma* | affections buccodentaires | *Noma* | affections buccodentaires | *Noma* | affections buccodentaires | *Noma* | affections buccodentaires | *Noma* | affections buccodentaires | *Noma* | affections buccodentaires |
| *Agadez* | **0** | **776** | **0** | **4879** | **0** | **14382** | **1** | **5613** | **1** | **10870** | **0** | **19892** | **2** | **56412** |
| *Diffa* | **0** | **398** | **0** | **3738** | **4** | **7160** | **0** | **3371** | **2** | **3772** | **0** | **9186** | **6** | **27625** |
| *Dosso* | **1** | **1014** | **(4/1)** | **9261** | **(10/9)** | **19345** | **20** | **4515** | **10** | **4151** | **16** | **7998** | **(61/10)** | **46284** |
| *Maradi* | **0** | **2748** | **(9/12)** | **29801** | **(86/42)** | **54667** | **16** | **7379** | **16** | **7451** | **(86/4)** | **14455** | **(213/58)** | **116601** |
| *Niamey* | **0** | **2299** | **0** | **9447** | **1** | **15073** | **5** | **4347** | **0** | **4056** | **0** | **7075** | **6** | **42297** |
| *Tahoua* | **0** | **1215** | **3** | **18785** | **(38/2)** | **39129** | **14** | **11256** | **(8/1)** | **10304** | **(187/1)** | **18897** | **(200/4)** | **99586** |
| *Tillaberi* | **0** | **950** | **(1/2)** | **8279** | **(37/4)** | **19406** | **7** | **6235** | **4** | **7863** | **(32/2)** | **14847** | **(81/8)** | **57580** |
| *Zinder* | **2** | **1705** | **(4/2)** | **21976** | **(6/5)** | **43007** | **21** | **8924** | **7** | **8061** | **9** | **14924** | **(49/6)** | **98597** |
| ***Niger*** | **5** | **15097** | **(86/16)** | **142570** | **(306/52)** | **286007** | **95** | **66794** | **(69/1)** | **84743** | **(382/7)** | **133277** | **(933/86)** | **728488** |

*Source : Récapitulatif par région annuaires Statistiques MSP 2015-2018*

## **Facteurs de risque :**

Les maladies bucco-dentaires et le Noma comme certaines maladies cardiovasculaires, affections respiratoires chroniques, diabète, cancer etc.ont des facteurs de risque communs qui sont souvent liés aux comportements et au mode de vie, cependant, ils sont généralement évitables.

La connaissance de ces facteurs de risque et leur surveillance sont indispensables pour la lutte intégrée contre ces maladies. Ces facteurs se résument en trois (3) grandes catégories qui sont :

* Les facteurs de risques liés aux comportements des individus :
* Consommation de tabac, de l’alcool ;
* Mauvaise alimentation (surtout les aliments riches en sucre) ;
* Suivi de la période post sevrage de l’enfant (malnutrition, soins des infections, etc.) ;
* Mauvaise hygiène bucco-dentaire ;
* Certaines pratiques traditionnelles : le limage des dents, l’extraction volontaire des dents saines ou malades, le tatouage des gencives qui conduisent aux infections pouvant conduire à de graves complications.
* Les facteurs socio sanitaires :
* Les enfants entre 2 et 6 ans gravement immunodéprimés ;
* Malnutrition, Paludisme, Kwashiorkor, Rougeole ; Infection à VIH, adolescents ou adultes présentant de déficits immunitaires.
* Les facteurs de risque liés à l’économie :
* Mauvaises conditions de vie (faible accès aux infrastructures d’hygiène et d’assainissement, accès à l’eau potable, etc.) ;
* Vie dans un pays aux ressources limitées ;
* Extrême pauvreté et le statut socio-économique bas des individus et des ménages.

**NB**: Ce sont les populations avec un statut socio-économique bas qui supportent le poids le plus lourd des maladies bucco-dentaires ainsi que d’autres problèmes de santé publique.

## **Maladies bucco-dentaires prioritaires selon les cibles mondiales de l’OMS :**

Selon l’OMS, l’on dénombre plusieurs formes de maladies bucco-dentaires qui se traduisent par des signes et symptômes différents. Cependant, seul un nombre relativement faible d’entre elles sont responsables d’une grande part de la charge de douleurs et d’incapacités au sein de la population. Parmi ces maladies bucco-dentaires, l’OMS a donné priorité à sept maladies et affections bucco-dentaires de par leur large répartition et leur fardeau sur la population africaine. Par ailleurs, ces maladies peuvent être évitées ou traitées dès leur apparition. Elles sont :

* Les caries et les cavités dentaires ;
* Les maladies parodontales (de la gencive) ;
* Les cancers de la bouche et de la gorge ;
* Le Noma ;
* Les manifestations buccales du VIH et du sida ;
* Les traumatismes maxillo-faciaux dus à des accidents et à la violence ;
* Les fentes labiales et palatines.

Chacune de ces affections pèse un lourd tribut sur les populations Nigériennes. Aucune étude n’est encore disponible sur la prévalence de ces affections au niveau de la population générale. Cependant, avec les rapports annuels des structures sanitaires, les personnes ayant eu recours aux services de santé en 2018 et 2019.

Ainsi, il a été notifié respectivement selon les annuaires statistiques 2018 et 2019 du MSP : 13 754 cas de gingivites, 140131 cas d’autres affections bucco-dentaires et 421 cas de Noma avec 86 décès[[37]](#footnote-37). En 2019 : 14252 cas de caries dont 11 décès, autres affections bucco-dentaires 129205 cas avec 107 décès et 587 cas de Noma[[38]](#footnote-38).

# **État de lieux des capacités et mesures de lutte contre les maladies bucco-dentaires et Noma :**

## **Organisation de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma :**

Les maladies bucco-dentaires et le Noma ont fait l’objet d’un programme National au sein du Ministère de la Santé Publique, rattaché à la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP). Ainsi le PNLMBD/N, créé par arrêter N°256/MSP/SG du 30 Novembre 1999 modifié par arrêté N° 000101/MSP/DGSP du 31/03/2011 le PNLMBD/N, est dirigé par un coordonnateur.

Du point vu organisationnel, le Programme comprend :

* une coordination ;
* un secrétariat ;
* un bureau de gestion administrative et financière ;
* un bureau mobilisation sociale ;
* un bureau de surveillance épidémiologique ;
* un bureau de prise en charge clinique.

Il est chargé de la planification, de la coordination de la mise en œuvre des interventions et du suivi-évaluation. Il a permis d’élaborer, d’adopter et de mettre en œuvre : un plan stratégique 2006-2010, des plans plan d’action national triennal de lutte contre le Noma de 2015 à 2017 et des plans d’action annuels. Le programme national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma en lien étroite avec le plan de développement sanitaire 2017-2021. Sa mission est en parfaite cohérence avec la politique nationale de santé et le plan de développement sanitaire 2017-2021. Elle est sous-tendue par un mécanisme/outil clair.

Les axes stratégiques d’interventions sont :

* Prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma à travers :la sensibilisation des populations, la recherche active dépistage des cas, la formation du personnel socio-sanitaires et les acteurs communautaires et la promotion de la vaccination ;
* La prise en charge médico-chirurgicale des cas à travers les centres de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays et certaines Organisations Non Gouvernementales (*HILFSAKTION Noma,* Sentinelle…) ;
* Le dépistage de la malnutrition au niveau communautaire et la prise en charge des cas de malnutris (aigue et sévère) à travers les centres CRENI ;
* La recherche scientifique à travers l’Université Abdoul Moumouni Djofo et celle de Cambridge ;
* La formation des acteurs de la lutte contre les MBD/N ;
* Et la Réinsertion sociale des cas de Noma.

Le financement des activités du programme est assuré en grande partie par les partenaires. Cependant, il dispose d’une ligne budgétaire pour la mise en œuvre de ses activités.

D’autres directions du Ministère de la santé mènent dans le cadre de leur mission des activités de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. Il s’agit notamment des directions chargées de la nutrition (stratégie de lutte contre la malnutrition), de l’Hygiène Publique et l’Education pour la Santé (hygiène général) et la promotion de la santé (tabac, alcool, santé jeune)

## **Collaboration multisectorielle, partenariats contre les maladies bucco-dentaires et le Noma :**

En dehors des aspects sanitaires, le développement des maladies bucco-dentaires et le Noma est lié à des déterminants comportementaux, environnementaux, socioéconomiques et culturels. A cet effet, d’autres secteurs ministériels peuvent être fortement impliqués dans la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque. Cela peut se faire à travers ces différents politiques, Stratégies, Plans et Programmes suivants :

* La politique Nation de Santé (PNS) 2017-2021
* la Plan de Développement Sanitaire 2017-2021 dans son Programme 3 :Prestations des soins et services de santé (Lutte contre les maladies tropicales négligées)
* la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN) 2016-2025, dans ses engagements 2 et 7 qui stipulent :
* Engagement 2 : Le Niger s’engage à assurer une nutrition et un développement optimal pour chaque enfant, une nutrition adéquate durant l’adolescence en particulier pour les jeunes filles, et un apport nutritionnel approprié pendant la grossesse et l’allaitement.
* Engagement 7 : Le Niger s’engage à lutter contre le surpoids et l’obésité, y compris la surnutrition des enfants, et à réduire l’incidence des maladies non transmissibles (prévenir et contrôler les maladies liées à la mauvaise alimentation et ses conséquences).
* Plan d’action multisectoriel 2017-2019 de la politique nationale de sécurité nutritionnelle (PNSN)
* le Plan de développement Economique et Social (PDES) 2017-2021 a consacré son sous- programme 3.3 à la sécurité nutritionnelle au sein de l’axe Développement Social et Transition Démographique ;
* le Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies non Transmissibles 2019-2021
* le développement d’une stratégie de réduction de la pauvreté ;
* le développement de la Stratégie pour la Prévention de la Malnutrition chronique ***« WADATA YARA »*** *2013*-2017 ;
* le Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies non Transmissibles 2019-2021 ;
* la Stratégie Nationale d’Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) 2017-201 ;
* la stratégie nationale d’hygiène publique 2020-2030
* le Plan d’action national triennal de lutte contre le Noma 2016-2018 ;
* la mise en œuvre d’une politique nationale de communication en faveur d’une bonne dentaire ;
* L’élaboration et l’application des textes relatifs à l’importation d’une alimentation saine.

En plus de ces politiques, stratégies, plans et programmes émanant du Ministère de la Santé Publique, il faut noter la collaboration des autres ministères, tels que ceux qui œuvrent pour la promotion de l’accès à l’eau, à l’assainissement et à l’hygiène, l’Education etc., et qui ont un impact positif sur la santé de la population et la lutte contre les MBD/N.

Cependant, cette lutte n’est pas suffisamment coordonnée car, aucun cadre de concertation multisectorielle n’a été mis en place. Cela ne favorise ni l’efficience dans la mobilisation et l’utilisation des ressources ni l’efficacité des actions entreprises à l’échelle publique, d’où la persistance des facteurs de risques et des maladies bucco-dentaires le Noma en dépit des efforts consentis dans les différents secteurs de développement.

Plusieurs partenaires techniques et financiers accompagnent directement ou à travers des associations/ONG, le Programme National de lutte contre les Maladies Bucco-dentaires et le Noma dans la mise en œuvre des activités de lutte contre ces affections bucco-dentaires et le Noma. Les principaux sont cités dans ce tableau ci-dessous.

## **Tableau N°IV** : Principaux partenaires et domaines d'intervention dans la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger.

|  |  |
| --- | --- |
| **Partenaires** | **Domaines d’intervention** |
| Organisation Mondiale de la Santé | Prévention, Prise en charge et prévention Maladies bucco-dentaires et Noma |
| Fonds Commun secteur santé | Prévention et prise en charge Maladies bucco-dentaires et Noma |
| Banque International de développement (BID) | Prévention et prise en charge Maladies bucco-dentaires et Noma |
| HILFSAKTION NOMA | Prévention et prise en charge Maladies bucco-dentaires et Noma ;  Recherche à travers l’Université Abdoul Moumouni Diofo et celle de Cambridge ;  Formation et Réinsertion sociale. |
| CleftKinder, | Prise en charge intégralement gratuite des fentes labio-palatines |
| Campaner | Prise des cas de Noma, Réinsertion et prévention. |
| ONG Sentinelle | Recherche active et la prise en charge des cas de Noma |
| UAMD, CERMES et l’Université de Cambridge | Recherche scientifique |

## **Organisation de la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma et ressources publiques :**

L’organisation s’articule autour des axes stratégiques suivants :

* **La Prévention :**

Elle se fait à travers :

* les séances de sensibilisation que mènent les agents, les relais communautaires, les tradipraticiens en utilisant parfois les radios (communautaires, privées et la radio nationale) et les regroupements sociaux (marché, point d’eau, etc.). Toutefois, l’organisation de ces activités n’est pas suffisamment coordonnée. Ces différents acteurs ne sont pas suffisamment formés et ne disposent pas souvent d’outils de communication tels que les boites à images, les affiches et autres supports ;
* le dépistage, la prise en charge de la malnutrition (aigue et sévère) à travers les centres CRENA et CRENI et la distribution des vivres et compléments alimentaires ;
* la Promotion de la vaccination ;
* la formation du personnel socio-sanitaire et des acteurs communautaires (relais communautaires, tradipraticiens).
* **La prise en charge :**

Elle se fait à travers le réseau des centres de santé intégrés (CSI), les hôpitaux de districts sanitaires (HD), les centres hospitaliers régionaux (CHR), les hôpitaux nationaux (HN), le centre bucco-dentaire Noma et des cabinets dentaires. Au niveau périphérique, cette prise en charge est faite par les Centres de santé Intégrés et les hôpitaux de districts à travers les soins de santé primaires. Bien que le diagnostic et la prise en charge de certaines affections bucco-dentaires soit possible dans ces structures, cependant, elles ne sont pas suffisamment outillées pour la confirmation diagnostique et le suivi de patients.

Les cas suspects sont la plupart du temps référés dans les CHR, le CHU, le centre bucco bucco-dentaire ou les cliniques privées de soins de Niamey ou à l’intérieur du pays. Pour le Noma, la Prise en charge médico-chirurgicale se fait avec un plateau technique unique dans la sous-région de l’Afrique de l’ouest. Cette prise en charge se fait au niveau du centre Noma de Niamey, l’antenne de Zinder, la clinique Majia et les centre d’accueil d’Agadez, Maradi, Tahoua et Niamey. Cette prise en charge se fait également à travers la physiothérapie, la psychothérapie et la Réinsertion sociale des cas.

Outre Il faut noter que la prise en charge du Noma est totalement gratuite.

Concernant la formation des agents, en dehors de la formation de base, les professionnels de santé des structures publiques et privées bénéficient peu de formations continues et de recyclages sur les maladies bucco-dentaires et le Noma., si bien qu’ils ne sont pas assez outillés pour la prise en charge et le suivi des patients. Il n’existe pas de directives ou de guides spécifiques pour la prise en charge de ces affections.

## **Ressources humaines et infrastructures**

* ***Ressources humaines***

En termes de ressources humaines, en plus du personnel au niveau des CSI et les hôpitaux de District qui assurent les soins de santé primaire pour les affections bucco-dentaires et le Noma, on note une amélioration de la disponibilité des spécialistes dans les hôpitaux nationaux et les centres hospitaliers régionaux. Ces derniers exercent essentiellement dans la capitale Niamey et au niveau de quelques centres hospitaliers régionaux où leur présence est souvent provisoire faute de motivation financière, de formation continue et ou pour des raisons d’insuffisance en équipement spécifique. (Voir tableau en annexe).

## **Tableau N°V :** Répartition des différents personnels dentaires publics en 2020

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Situation du personnel** | **PNLMBD/N** | **HGRNY** | **HGRMI** | **FAN** | **HNN** | **Lamordé** | **CHR Ny** | **Dosso** | **Tahoua** | **Agadez** | **Maradi** | **Diffa** | **HNZ** | **CBDZ** | **Total** |
| **Ch. Maxillo-Facial** | **0** | **1** | **0** | **0** | **2** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **1** | **1** | **0** | **0** | **5** |
| **Chirurgien-Dentiste** | **2** | **2** | **0** | **6** | **5** | **2** | **1** | **1** | **2** | **2** | **2** | **2** | **2** | **1** | **30** |
| **Assistant Dentaire** | **0** | **0** | **0** | **1** | **5** | **1** | **3** | **1** | **1** | **0** | **1** | **0** | **1** | **5** | **19** |
| **Prothèsistes** | **0** | **0** | **0** | **3** | **3** | **2** | **2** | **0** | **0** | **0** | **2** | **0** | **3** | **0** | **15** |
| **TOTAL** | **4** | **3** | **0** | **10** | **15** | **5** | **6** | **2** | **3** | **2** | **6** | **3** | **6** | **6** | **71** |

*Source PNLMBD/N*

NB : CBD privés 21 Chirurgien-Dentiste1 à Maradi parmi les 21 il faut noter un (1) expatrié

\*Niger 1 ch-D/454824Hbts

* ***Infrastructures***

En termes d’infrastructures, les maladies bucco-dentaires et le Noma sont prises en charge de manière intégrée dans les structures de soins.

Au niveau périphérique les soins de santé bucco-dentaires sont assurés par le réseau des centres de santé intégrés, les hôpitaux de district et quelques salles de soins. Les centres hospitaliers régionaux et les quatre centres d’accueils pour enfants atteints du Noma, au niveau régional. Des services spécialisés aux niveaux des hôpitaux nationaux, des cabinets dentaires, un centre spécialisé pour la prise en charge des cas au niveau national. Il faut noter que certains services spécialisés ne disposent pas de plateaux techniques étoffés surtout au niveau des centres hospitaliers régionaux où quand bien même les spécialistes sont affectés, les équipements font cruellement défaut pour les prestations au niveau des centres de santé intégrés et les hôpitaux des districts, ce qui n’améliore pas la situation de la prise en charge, démotive le personnel et entretien la surcharge de travail.

## **Système d’information sanitaire :**

Le Système National d’Information Sanitaire (SNIS) permet de recueillir globalement les données sur les maladies bucco-dentaires et le Noma. Cependant, elles sont regroupées sous le vocable affections bucco-dentaires ou autres affections bucco-dentaires et le Noma. Ce qui du cout ne permet pas d’avoir plus de détaille sur ces maladies bucco-dentaires et le Noma. Il faut noter que tous les actes ne sont pas pris en compte dans les fiches de collecte de donnée. Du fait de l’inexistence de définitions opérationnelles des cas par niveau et de moyens de diagnostic au niveau périphérique il n’y a pas d’harmonie dans les notifications d’où une difficulté d’interprétation des statistiques relatives aux maladies bucco-dentaires enregistrées. Néanmoins, pour les statistiques de 2017 à 2019 on constate une avancée car, en plus du vocable affections bucco-dentaires et le Noma on note la notification des gingivites, des caries.

Les données du secteur privé relatives aux maladies bucco-dentaires ne sont suffisamment prises en compte. La collecte et l’analyse des données des relatives aux maladies bucco-dentaires restent à améliorer par la mise en place d’outils de collecte des données adaptées aux besoins des différents acteurs.

## **Contribution des autres sous-secteurs de la sante a la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma :**

Le secteur privé de soins occupe une place importante dans la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma car disposant de plus d’offre en termes de spécialités et d’équipements. Cependant les coûts y sont relativement élevés et la collecte et la transmission de l’information sanitaire encore non satisfaisantes, si bien que les données de prise en charge dans ce secteur ne sont pas disponibles parfois. Cependant la réflexion en cours au niveau du Ministère de la Santé Publique pour améliorer ce partenariat public privé (PPP) est une opportunité pour renforcer cette collaboration entre ces deux sous-secteurs en matière de prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma.

* **Lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma dans le sous-secteur de la médecine traditionnelle :**

Les tradithérapeutes offrent des soins divers en matière de prise en charge de certaines affections bucco-dentaires (les caries dentaires, le Noma…). Cependant, les offres en la matière ne sont pas contrôlées, si bien que le public ne distingue pas les prestataires reconnus par le Ministère de la santé Publique (à travers la Direction des pharmacies et laboratoires), des charlatans ou autres acteurs non conventionnés. Il en découle une aggravation des cas de maladies notamment les caries le Noma en plus des pertes économiques y relatives pour l’Etat et la population. Des actions de concertation, de contrôles et de sensibilisation devraient permettre de minimiser les risques liés à ce secteur. Par ailleurs la recherche pour l’amélioration de la qualité et ou l’utilisation des plantes médicinales qui ont démontré une certaine efficacité devra être renforcée.

# **Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) :**

## **Tableau N°VI :** Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) :

| **FORCES** | **FAIBLESSES** |
| --- | --- |
| * Volonté politique affichée (PNS 2017-2021) ; * Existence d’un Programme National de Lutte contre les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma ; * Existence des documents d’orientation qui prennent en compte les maladies bucco-dentaires et le Noma (PDS 2017-2021, Plan triennal de lutte contre le Noma 2018-2020, PAA etc.) ; * Existence des partenaires intervenant dans la lutte contre les maladies bucco-dentaires avec certaines ONGs ; * Existence d’une association de chirurgiens-dentistes ; * Existence d’un ordre de médecins, pharmaciens et de chirurgiens-dentistes ; * Existence des structures d’accueil et de prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma dans certaines régions du Niger (Agadez, Tahoua, Maradi et Niamey) ; * Existence des compétences nationales dans le secteur public et privé de la santé ; * Existence d’un système d’information sanitaire qui prend en compte les affections bucco-dentaires y compris le Noma (annuaire statistiques) ; * Nomination des Points Focaux (coordinateurs) régionaux de lutte contre les maladies bucco-dentaires et Noma ; * Existences des points focaux maladies bucco-dentaires et Noma au niveau des DRSP et Districts sanitaires ; * Existence d’un centre bucco-dentaire * Création centre bucco-dentaire à Tillaberi ; | * Obsolescence du Plan Stratégique National de lutte contre le Noma (depuis 2010) ; * Insuffisance de l’intégration des activités de lutte contre le Noma au niveau des districts ; * Insuffisance du personnel en quantité et en qualité ; * Insuffisance dans le financement de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma ; * Insuffisance dans la recherche action en matière de santé bucco-dentaire et le Noma ; * Absence des normes en matière des services bucco-dentaires et Noma ; * Insuffisance et irrégularités d’approvisionnement en en intrants pour la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma (médicaments et consommables) ; * Insuffisances et obsolescence du matériel/ équipements ; * Formation postuniversitaire dans le domaine au Niger ; * Insuffisance du personnel qualifié dans la maintenance du matériel bucco-dentaire ; * Insuffisance de coordination des interventions des acteurs (Etat, ONG…) ; * Insuffisance d’implication des partenaires (municipalités, services sociaux) dans la prévention et la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma * Insuffisance dans l’application de l’arrêté n° 000101/ MSP/DGSP DU 31 Mars 2011 portant création Organisation et attribution du PNLMBD/N (Manque d’épidémiologiste, secrétaire et de bureau de prise en charge clique) ; * Insuffisance dans la collaboration intersectorielle pour la santé bucco-dentaire (Santé et éducation) ; * Insuffisance dans la désagrégation des données sur les affections bucco-dentaires ; * Faible engagement communautaire (initiatives locales : veille communautaire, financement des interventions de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma). (Menace) * Absence d’un plan de communication. |
| **OPPORTUNITES** | **MENACES** |
| * Existence du PDES * Existence des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour accompagner le PNLMBD/N (OMS, ONG HILFSAKTION Noma, ONG-Sentinelle) ; * Existence d’une stratégie régionale de OMS en matière de santé bucco-dentaire ; * Existence d’indicateur relatif aux maladies bucco-dentaires et Noma dans le référentielle de santé ; * Prise en compte de la santé bucco-dentaire dans les documents du Cadre des Dépenses à Moyen Termes (CDMT) * Existence et diversité des médias pour informer et sensibiliser les populations sur les maladies bucco-dentaires et le Noma ; * Existences des acteurs communautaires (relais et tradipraticiens) formés par le programme ; * Existence d’une task force à l’OMS dans le cadre de la lutte contre les maladies tropicales négligées, les maladies bucco-dentaires et le Noma ; * Existence des textes portant création d’un institut d’odonto-stomato à la faculté des sciences de la santé de Niamey ; * Existence d’un centre de formation sur le Noma à Niamey | * Nombre de cas de Malnutrition chronique élevé dans les régions oû on a plus des cas de Noma ; * Forte dépendance des ressources extérieures ; * Situation économique conjoncturelle peu favorable au fonctionnement des services de santé bucco-dentaire ; * Insuffisance de motivation dans le secteur public entrainant le départ des professionnels vers le privé ; * Exacerbation de l’insécurité dans le pays ; * Résurgence de la pandémie à la COVID-19. |

# **Problèmes prioritaires :**

L’analyse situationnelle des maladies bucco-dentaires et le Noma permet de retenir les problèmes suivants :

* la coordination et la collaboration en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma sont insuffisantes ;
* l’offre et la qualité des soins pour la prévention et la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma sont insuffisantes ;
* la promotion de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma (actions sur les facteurs de risque) est insuffisante ;
* la collecte et la gestion de l’information sanitaire sur les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque sont insuffisantes ;
* la recherche en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma est insuffisante ;
* le financement en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma est insuffisant ;
* l’engagement communautaire en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma est insuffisant.

##### **Problème 1** : La coordination et la collaboration dans la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma sont insuffisantes :

En dépit de l’existence du Programme National de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma, on note :

* une insuffisance de coordination des interventions des acteurs des maladies bucco-dentaires et le Noma (ONG, tradipraticiens etc.) ;
* une insuffisance d’implication des partenaires (ONG, municipalités, services sociaux) sur la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma ;
* une faible visibilité du programme national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma ;

**Problème 2 :** L’offre et la qualité des soins pour la prévention, et la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma sont insuffisantes :

Les efforts réalisés en matière de formation et de disponibilité des spécialistes sont insuffisants. Il demeure une insuffisance dans la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma. Cette situation est liée à :

* une insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité, ainsi qu’une mauvaise répartition du personnel ;
* une insuffisance de protocoles de soins et de guides pour la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma ;
* une insuffisance de plateaux techniques, de produits de santé ;
* une insuffisance de supervision et de monitorage dans ce domaine.

Il en résulte une faible offre de prévention, une accessibilité géographique et financière au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge de qualité des maladies bucco-dentaires et le Noma.

**Problème 3** : La promotion de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque est insuffisante.

Les efforts de l’État et ses partenaires pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma ont permis l’amélioration de la promotion de la santé. Toutefois, on note une faible prise en compte des affections bucco-dentaires et le Noma dans les activités de promotion de la santé au premier échelon. En outre, on constate une faible connaissance des affections bucco-dentaires (les caries et les cavités dentaires, les maladies parodontales (de la gencive), le Noma, les manifestations buccales du VIH et du sida, les fentes labio- palatines etc.) et leurs facteurs de risque par la population et une offre de soins inadéquate par des prestataires de soins non conventionnés.

**Problème 4** : La recherche et la gestion de l’information sanitaire sur les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque sont insuffisantes :

L’existence d’un entrepôt de données sanitaires, de structures de recherche, de thèses et mémoires sur les maladies bucco-dentaires et le Noma, constituent les efforts réalisés pour soutenir la prise de décisions dans le domaine de la lutte contre les affections bucco-dentaires et le Noma. Cependant, il faut relever une faible prise en compte des données spécifiques et détaillées aux affections bucco-dentaires et le Noma dans les supports de collectes, une insuffisance d’utilisation des TIC pour la gestion de l’information sanitaire et des résultats de recherche en matière d’affections bucco-dentaires et le Noma. Il en résulte une insuffisance de données en qualité et en quantité pour une meilleure orientation dans la prise de décision.

**Problème 5** : Le financement pour les maladies bucco-dentaires et le Noma est insuffisant

Malgré l’accroissement du Budget de l’Etat affecté à la santé et la mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, l’engagement des partenaires dans le financement de la santé, l’existence de mutuelles de santé et le processus de mise en place de l’assurance maladie universelle, le coût de la prise en charge des certaines affections bucco-dentaires et le Noma demeure élevé. En outre, peu de partenaires s’intéressent à la lutte contre les affections bucco-dentaires et le Noma. Aussi, les affections bucco-dentaires et le Noma ne sont pas suffisamment prises en compte comme priorités dans le cadre de la planification annuelle du Ministère de la Santé Publique.

Il en résulte une faible accessibilité aux soins.

# **Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma**

## **MISSION, VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS :**

* La vision du programme est un Niger où la population bénéficie des soins préventifs, curatifs et promotionnels contre les maladies bucco-dentaires et le Noma avec une pleine implication de la communauté.
* La mission est d’assurer la conception, la mise en œuvre le suivi et l’évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma.

Les principes directeurs sont :

* L’équité, l’égalité de genre et la solidarité ;
* La bonne gouvernance et le financement adéquat ;
* La gestion axée sur les résultats et l’efficacité ;
* Le suivi et l’évaluation.

## **But et Objectifs :**

### But :

Promouvoir la lutte contre les Maladies Bucco-dentaires et le Noma au Niger.

### Objectif Général :

Contribuer à la Réduction de la morbidité et la mortalité liées aux maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger d’ici fin 2025

### Objectifs Spécifiques :

1. Assurer la synergie en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger à travers une meilleure coordination et collaboration d’ici fin 2025 ;
2. Offrir des soins préventifs curatifs, promotionnels et palliatifs de qualité au Niger en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma d’ici fin 2025 ;
3. Assoir un mécanisme de gestion de l’information sanitaire en lien avec les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger d’ici fin 2025 ;

##### Accroitre les ressources financières pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger d’ici fin 2025.

## **Axes stratégiques d’intervention par objectifs :**

## **Tableau N° VII :** Le plan stratégique 2021-2025 de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma s’articule autour des axes stratégiques mentionnés dans le tableau ci-après :

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs spécifiques du Plan Stratégique** PNLMBD/N 2021-2025 | **Axes stratégiques du PSN PNLMBD/N** |
| 1. Assurer la synergie en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger à travers une meilleure coordination et collaboration d’ici fin 2025 ; | * 1. Renforcement de la coordination interne des interventions du Programme National de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. |
| * 1. Renforcement de la collaboration inter sectorielle et du partenariat dans le domaine de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma |
| * 1. Amélioration de la visibilité du PNLMBD/N et de ses interventions |
| 1. Offrir des soins préventifs curatifs, promotionnels et palliatifs de qualité au Niger en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma d’ici fin 2025 ; | * 1. Accroissement de l’offre des soins de qualité en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma |
| * 1. Renforcement de la communication pour le changement social comportemental dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma |
|  | * 1. Renforcement de la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma |
| 1. Assoir un mécanisme de gestion de l’information sanitaire en lien avec les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger d’ici fin 2025 ; | * 1. Production de données de qualité sur les affections bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque |
| * 1. Renforcement de la recherche dans le domaine des affections bucco-dentaires et le Noma |
| 1. Accroitre les ressources financières pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger d’ici fin 2025. | * 1. Mobilisation des ressources financières en faveur de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma |

## **Descriptif des axes stratégiques**

***Axe 1 :*** Renforcement de la coordination interne des interventions du Programme National de lutte

contre les maladies bucco-dentaires et le Noma :

Cet axe permettra de renforcer les capacités institutionnelles et managériales du PNLMCDN, à travers :

* Renforcement des capacités du personnel en management leur permettant de mettre en œuvre efficacement le plan national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma ;
* Renforcement des capacités logistiques du PNLMBDN y compris la logistique informatique ;
* Réalisation des activités de diffusion du plan pour mieux le faire connaître des acteurs du Ministère de la Santé Publique et d’autres départements ministériels ainsi qu’au niveau des ONG et associations concernées ;
* Organisation des rencontres périodiques seront organisées avec les différents partenaires afin de renforcer la collaboration.

Cela permettra d’harmoniser les interventions et de les capitaliser pour une meilleure visibilité des actions et de la gestion des fonds alloués pour la mise en œuvre des activités du plan de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma.

Un plan de suivi& évaluation des interventions du plan stratégique national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma 2021-2025 permettra un monitorage et une évaluation périodique des activités.

***Axe 2 :*** Renforcement de la collaboration inter sectorielle et du partenariat dans le domaine des maladies

bucco-dentaires et le Noma :

Cet axe stratégique permettra de renforcer la coordination au sein du Ministère de la Santé Publique et de mener un plaidoyer à l’endroit des autres Ministères et les partenaires techniques et financiers pour l’implication de tous les secteurs ministériels, dans l’identification des besoins, la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des activités en faveur de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. Il s’agira essentiellement de la mise en place d’un comité multisectoriel de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma, de rencontres de plaidoyer, de concertation et de coordination.

***Axe 3 :*** Amélioration de la visibilité du programme national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma et du partenariat dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma :

Le programme national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma est peu connu des autorités et de la population. En vue d’une visibilité des actions de ce programme, il est nécessaire d’instaurer un système performant de communication institutionnelle à travers la participation à l’animation du site web du Ministère de la Santé Publique, la publication de bulletins d’information et l’archivage des données audiovisuelles, une bonne relation avec la presse pour la médiatisation des grandes activités.

***Axe 4 :*** Accroissement de l’offre des soins des maladies bucco-dentaires et le Noma :

La prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma nécessite d’une part, l’existence du personnel spécialiste dans le domaine et d’autre part le renforcement des compétences des autres acteurs à travers les formations continues, les stages et les congrès.

La détection et la prise en charge seront renforcée par l’élaboration et la mise à la disposition des formations sanitaires des directives sur le diagnostic et le traitement, la formation du personnel sur la prise en charge de ces maladies bucco-dentaires et le Noma, la mise à disposition du matériel essentiel pour le diagnostic et le traitement et celle des intrants nécessaires. L’organisation des séances d’éducation thérapeutiques pour l’auto prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma. Le renforcement du système de référence et contre référence efficace à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays.

***Axe 5* :** Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma :

L’élaboration d’un plan intégré de communication va permettre de réaliser des activités de communication pour le changement social et de comportement (CCSC) au bénéfice des populations. Toutes les thématiques en rapport avec les maladies bucco-dentaires et le Noma seront abordées. Il s’agira aussi de mener un plaidoyer auprès des médias publics et privés, de la société civile, des leaders d’opinion, des élus locaux et nationaux, des artistes de renommé au niveau national, des évènements spéciaux (lutte traditionnelle, curé salé etc.), pour une communication massive sur les maladies bucco-dentaires et le Noma ainsi que la promotion du respect des textes et lois en faveur de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma.

Une communication multimédia impliquant non seulement les canaux gouvernementaux concernés mais aussi la société civile sera nécessaire pour la réussite d’une telle action.

***Axe 6 :*** Renforcement de la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma

Cet axe sera consacré à des actions de prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque. Il s’agira de :

* Renforcer des capacités des acteurs pour des actions de prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque ;
* Intégrer la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma dans les programmes de santé publique (Nutrition, VIH etc.) ;
* Intégrer la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma dans les programmes de santé scolaire ;
* Dépister systématiquement les maladies bucco-dentaires et le Noma dans les structures de soins et la promotion du dépistage au sein des communautés ;
* Collaborer avec les structures de contrôle de qualité des aliments.

Il s’agira aussi, de mener un plaidoyer auprès des décideurs pour la mise à disposition effective et équitable des ressources humaines disponibles dans les structures de soins.

**Axe 7 :** Production de données de qualités sur les maladies bucco-dentaires et le Noma :

Cet axe devra permettre l’amélioration de la production de données de qualité sur les maladies bucco-dentaires et le Noma. Cela passe par la collecte des données et la définition d’indicateurs qui prennent en compte toutes les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque dans les supports de collecte des données ainsi que, la formation des acteurs sur ces nouveaux outils.

**Axe 8 :** Renforcement de la recherche dans le domaine des maladies bucco-dentaires le Noma :

Le renforcement de la recherche sur les maladies bucco-dentaires et le Noma permettra de disposer des données factuelles pour des prises de décisions éclairées en améliorant la coordination, la planification, la concertation entre les acteurs pour le développement des thèmes de recherche sur les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risques.

Pour ce faire, des plaidoyers seront faits auprès des Instituts de recherche et les Organisations Non Gouvernementales (ONGs). Aussi, le budget alloué à la recherche prévu dans le Plan d’Action Annuel (PAA) devrait- être revus à la hausse.

**Axe 9**: Mobilisation des ressources financières pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma :

La mobilisation des ressources financières fera appel au budget de l’Etat, à la contribution des partenaires. Il s’agira en outre de faire un plaidoyer auprès de l’Etat et des PTF pour accroitre le financement pour les maladies bucco-dentaires et le Noma.

## **Actions prioritaires par axe stratégique d’ici 2025**

## **Tableau N° VIII** : Actions prioritaires par axe stratégique

| **Objectifs spécifiques** | **Axes stratégiques** | **Actions prioritaires** |
| --- | --- | --- |
| Assurer la synergie en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger à travers une meilleure coordination et collaboration d’ici fin 2025 | * 1. Renforcement de la coordination interne des interventions du Programme National de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. | **Action prioritaire 1.1.1 :** Renforcer la coordination interne et externe du PNLMBDN. |
| **Action prioritaire 1.1.2** : Renforcer la coordination à tous les niveaux du système de la pyramide sanitaire. |
| **1.1.3 :** Renforcer les capacités logistiques du PNLMBDN y compris la logistique informatique. |
| * 1. Renforcement de la collaboration inter sectorielle et du partenariat dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma. | **Action prioritaire 1.2.1**: Renforcer la collaboration inter sectorielle et le partenariat dans le domaine de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. |
| **Action prioritaire 1.2.2**: Développer des relations de partenariat dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma. |
| 1.3 Amélioration de la visibilité du PNLMBN et du partenariat dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma | **Action prioritaire 1.3.1 :** Instaurer un système performant de communication institutionnelle pour la visibilité du programme national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. |
| Offrir des soins préventifs curatifs, promotionnels et palliatifs de qualité au Niger en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma d’ici fin 2025 | * 1. Accroissement de l’offre de soins de qualité sur les Maladies bucco-dentaires et le Noma | **Action prioritaire 2.1.1 :** Renforcer les capacités de tous les acteurs impliqués dans la prévention et la promotion de la lutte contre les MBDN. |
| **Action prioritaire 2.1.2 :** Renforcer le système de référence et de contre référence dans le domaine Des affections bucco-dentaires et le Noma. |
| **Action prioritaire 2.1.3**: Mettre en place au niveau des structures de soins primaires un paquet minimum de soins des maladies bucco-dentaires et le Noma (WHO PEN) |
| * 1. Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma | **Action prioritaire 2.2.1** : Elaborer un plan intégré de communication pour le changement social et de comportement en matière de santé bucco-dentaire et le Noma |
| **Action prioritaire 2.2.2 :** Mettre en œuvre le plan de communication pour un changement social et de comportement |
| * 1. Renforcement de la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma | **2.3.1**Renforcer la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma dans les programmes de santé publique (Nutrition, VIH etc.) |
| **2.3.2**Renforcer la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma dans les programmes de santé scolaire |
| Assoir un mécanisme de gestion de l’information sanitaire en lien avec les maladies bucco-dentaires et le Noma d’ici 2025 | 1. Production de données de qualité sur les affections bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque | **Action prioritaire 3.1.1 :** Assurer la collecte de données de qualité sur les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque |
| **Action prioritaire 3.1.2 :** Améliorer l’exploitation des données sur les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque |
| **Action prioritaire 3.1.3** développer un guide de suivi-évaluation pour la mise en œuvre des activités du plan stratégique du PNLMBDN |
| 1. Renforcement de la recherche dans le domaine des affections bucco-dentaires et le Noma | **Action prioritaire 3.2.1**: Mener une enquête épidémiologique sur les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque |
| Accroître les ressources financières pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger d’ici fin 2025 | * 1. Mobilisation des ressources financières pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma | **Action prioritaire 4.1.1 :** Faire le plaidoyer auprès des décideurs et des autres partenaires pour le financement de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma |
| **Action prioritaire 4.1.2 :** Faire le plaidoyer pour la mise en place de financements innovants (secteur privé et non gouvernemental) |

# **Chaîne des résultats et cadre logique**

## **Chaîne des résultats**

La chaîne des résultats est un ensemble de résultats obtenus dans le temps et liés les uns aux autres dans une relation de cause à effet. Ainsi, l’enchaînement de la chaîne des résultats est composé d’un résultat d’impact, cinq résultats d’effet et huit produits. Ces différents résultats sont contenus dans le tableau ci-dessous.

Tableau N° IX : Chaine des résultats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Résultats à court terme | Résultats à moyen terme (effets) | Résultats à long terme (impacts) |
| 1. La coordination interne et externe du PNLMBD est améliorée | 1. La coordination interne et externe et la collaboration intersectorielle sont améliorées | La santé bucco-dentaires des populations du Niger est améliorée |
| 1. Un partenariat efficace est développé entre le PNLMBD et les autres acteurs intervenants dans la lutte ; |
| 1. la coordination des activités de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma à tous les niveaux du système de la pyramide sanitaire est améliorée |
| 1. Les capacités logistiques compris la logistique informatique du PNLMBDN sont renforcées |  |
| 1. la disponibilités des services de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma est améliorée | 1. Les populations accèdent à des services de qualité de prise en charge des affections bucco-dentaires et le Noma. |
| 1. Les capacités du personnel de santé sont renforcées sur les protocoles de prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma |
| 1. La qualité et la sécurité des soins et services de santé sont améliorées |
| 1. Les formations sanitaires sont dotées de protocoles/guide national de PEC des MBDN |
| 1. Des populations sensibilisées aux facteurs de risques liés aux maladies bucco-dentaire et le Noma est réduite |
| 1. La prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma est pratiquée dans les établissements scolaires |
| 1. L’hygiène bucco-dentaire est améliorée |
| 1. La lutte contre la malnutrition est renforcée |
| 1. La collecte et l’exploitation des données sur les maladies bucco-dentaires et le Noma est améliorée | 1. La gestion de l’information sanitaire en lien avec les maladies bucco-dentaires et le Noma est renforcée |
| 1. Des données probantes dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque sont disponibles |
| 1. Les mutuelles de santé prennent en compte les maladies bucco-dentaires et le Noma dans leurs prestations | 1. Les ressources financières pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma sont améliorées |
| 1. L’État et les partenaires financent conséquemment la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma |

## **Cadre logique**

C’est un tableau synoptique qui présente la chaine des résultats, les indicateurs de performance, les sources et moyens de vérification, les hypothèses et les risques. Il découle de l’analyse de la situation et facilite la mise en œuvre et le suivi évaluation du plan stratégique national intégré de prévention et de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. La Matrice du cadre logique axée sur les résultats est articulée comme suit :

## **Tableau N° X :** Matrice du cadre logique

| **Hiérarchie des objectifs** | **Indicateurs OV** | **Sources de vérification** | **Hypothèses** | **Risques** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Effets** |  |  | ***HYPO 1 :***  *Stabilité socio-30politique renforcée*  ***Hypo 2 :***  *Sécurité des personnes*  ***HYPO 3 :***  *Environnement salubre*  ***HYPO 4 :***  *Adhésion de la population aux actions du Plan Stratégique* PNLMBD | ***RISQUE****:*  *Crise politique Crise sociale.*  ***RISQUE :***  *Déplacement massif de la population*  ***RISQUE****:*  *Pollution de l’environnement (eau, Déchets ménagers).*  ***RISQUE****:*   * *Réticence de la population à certaines actions de santé ;* * *Résistance au changement de comportements néfastes à la santé.* |
| La coordination interne et externe et la collaboration intersectorielle sont améliorées | Nombre de cadres formés en managériale et institutionnelle. | Rapport de formation |
| Nombre de réunion de plaidoyer tenue. | Rapport d’activités |
| Plan de suivi-évaluation du PSNLMBDN élaboré et mise en œuvre. | Rapport d’activités |
| % des équipes de coordinations (national, régionale et départementale) dont leurs capacités sont renforcées en matière de santé bucco-dentaire et de la lutte contre le Noma. | Rapport d’activités |
| % des équipes de coordinations (national, régionale et départementale) qui tiennent régulièrement les réunions de coordination en matière de santé bucco-dentaire et de la lutte contre le Noma. | Rapport de réunion de coordination |
| Nombre d’évaluation réalisés (mi-parcours et final). | Rapports d’évaluations |
| Nombre de cadre de concertation  intersectorielle/partenaires mis en place. | Rapport de mise du cadre de concertation |
| Nombre de réunion de concertation tenue avec rapport | Rapport des réunions |
| Nombre de rapport diffusé. | Rapport de diffuse |
| Nombre de publications réalisées sur le site web du MSP. | site web du MSP |
| Nombre de bulletin édités et diffusés. | Bulletins édités et diffusés |
| L’équité dans l’utilisation des services de santé bucco-dentaires et Noma par la population est renforcée | % des unités bucco-dentaires mis en place au niveau des districts sanitaires. | rapport de mise en place |
| % des unités bucco-dentaires fonctionnelles au niveau des districts sanitaires. | Rapport de suivi des unités mises en place |
| Nombre d’acteurs formés sur la prévention et la promotion de lutte contre les MBDN. | Rapport de formation |
| Nombre de référence et de contre-références réalisées. | Rapport d’activités |
| Nombre de structures sanitaires mettant en œuvre le PMA pour les MBDN. | Rapport de suivi des activités |
| % des structures de soins qui dépiste systématiquement les maladies bucco-dentaires et le Noma. | Rapport d’activités |
| % des structures de soins qui respectent les protocoles de prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma. | Rapport de suivi des structures de soins |
| Nombre de protocole/guide national (instructions opérationnelles) de PEC élaboré par MBD/N. | Rapport d’activité |
| Nombre de structures disposant de protocoles. | Rapport de suivi des structures de soins |
| % d’établissement scolaires ayant la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma dans leur programme de formation | Rapport de suivi des établissements scolaires |
| Nombre de structures sanitaires renforcés en équipements pour la prise en charge des maladies bucco-dentaires et la lutte contre le Noma. | Rapport de suivi des structures de soins |
| Nombre de structures de soins ayant intégré la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma dans les programmes de santé publique (Nutrition, VIH etc.). | Rapport de suivi des structures de soins |
| Document du PIC élaboré et mis en œuvre. | Rapport d’activités |
| La gestion de l’information sanitaire en lien avec les maladies bucco-dentaires et le Noma est renforcée | Nombre d’ateliers de validation de données collectées tenus. | Rapport d’activités |
| Nombre de publications sur la base de données et le site web du MSP. | Site web du MSP |
| Guide de suivi-évaluation développé pour la mise en œuvre du plan stratégique du PNLMBD/N. | Rapport d’activités |
| Nombre de rapports d’enquête épidémiologique réalisé | Rapport d’activités |
| Nombre de rapports d’enquête diffusé. | Rapport d’activités |
| Nombre d’ateliers de restitutions tenu. | Rapport d’activités |
| Nombre d’agents formés en matière de collecte de traitement, d’analyse et d’interprétation données sur les maladies bucco-dentaires et le Noma. | Rapport de formation |
| Nombre de suivis réalisés | Rapports de suivi |
| Les ressources financières pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma sont améliorées | Nombre d’actions de plaidoyer pour le financement des maladies bucco-dentaires et la lutte contre le Noma. | Rapport d’activités |
| Taux d’accroissement du budget alloué à la santé bucco-dentaires et la lutte contre le Noma. | Evaluation du PAA |
| Nombre de mutuelles de santé prenant en compte les maladies bucco-dentaires et le Noma dans leurs prestations. |  |
| Nombre de partenaires qui financent les maladies bucco-dentaires et le Noma augmentés. | Evaluation du PAA |

## **Cadre opérationnel pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma**

## **Tableau N° XI :** Cadre opérationnel pour la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma

| **N°** | **Activités** | **Période d’exécution** | | | | | **Responsable** | **Autres acteurs concernés** | **Indicateurs** | **Sources de vérification** | **Coût** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A1** | **A2** | **A3** | **A4** | **A5** |
| Objectif 1:Assurer la synergie en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger à travers une meilleure coordination et collaboration d’ici fin 2025 | | | | | | | | | | | |
| Axe stratégique 1.1. Renforcement de la coordination interne des interventions du Programme National de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. | | | | | | | | | | | |
| 1.1.1 Renforcer la coordination interne et externe du PNLMBDN. | | | | | | | | | | | |
| 1 | Former chaque année un membre de l’équipe en management et gestion de Programme soit 5 membres durant les 5 ans | x | x | x | x | x | PNLMBDN | MSP/partenaires | Nombre de cadres formés en managériale et institutionnelle | Rapport de formation | 17 500 000 |
| 2 | Réaliser une rencontre de plaidoyer par an auprès des responsables sectoriels et partenaires (25 personnes) | x | x | x | x | x | PNLMBDN | Responsables des autres secteurs et partenaires | 5 rencontres de plaidoyer sont tenues | Rapport d’activités | 6 250 000 |
| Nombre de secteurs et partenaires touchés dans le cadre du plaidoyer |
| 1.1.2 Renforcer la coordination à tous les niveaux du système de la pyramide sanitaire | | | | | | | | | | | |
| 3 | Renforcer les capacités 144 membres des districts sanitaires , 24 membres des DRSP, 22 membres (CHR et HN) en 6 sessions de 2 jours par session. | x | x |  |  |  | PNLMBDN | MSP | Nombre d’agents formés | Rapports d’activités | 7 200 000 |
| 4 | Organiser une réunion de coordination nationale une fois par an sur la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma | x | x | x | x | x | PNLMBDN | MSP/partenaires | Nombre de réunions tenues | Rapports de réunions de coordination | 25 000 000 |
| 1.1.3 Renforcer les capacités logistiques du PNLMBDN y compris la logistique informatique | | | | | | | | | | | |
| 5 | Acquérir un véhicule de supervision |  |  |  | x |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Véhicule acquis | PV de réception | 45 000 000 |
| 6 | Acquérir du matériel informatique et bureautique (05 ordinateurs portables, 05 Imprimantes, 01 photocopieuse avec scanner, 05 disques durs, 10 clés USB, 01 appareils photo numérique) |  | x |  |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Matériel informatique et bureautique acquis | PV de réception | 5 556 115 |
| Axe stratégique 1.2. Renforcement de la collaboration inter sectorielle et du partenariat dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma. | | | | | | | | | | | |
| 1.2.1 : Renforcer la collaboration inter sectorielle et le partenariat dans le domaine de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. | | | | | | | | | | | |
| 5 | Créer un cadre de concertation multisectoriel (25 personnes) de haut niveau afin d’intégrer les affections bucco-dentaires et le Noma dans toutes les politiques | x |  |  |  |  | PNLMBDN | MSP/autres secteurs/partenaires | Existence d’un cadre de concertation multisectoriel crée | Rapport d’activités | 0 |
| 6 | Tenir des réunions de concertations | x | x | x | x | x | PNLMBDN | MSP/autres secteurs/partenaires | Nombre de réunion tenues | Rapports de réunions | 457 525 |
| 1.2.2 : Développer des relations de partenariat dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma. | | | | | | | | | | | |
| 7 | Réaliser des rencontres annuelles de plaidoyer auprès des partenaires potentiels identifiés (30 personnes) | x | x | x | x | x | PNLMBDN | PTF, ONGs et privés | Nombre de partenaires touchés par les actions de plaidoyer | Rapports d’activités | 900 000 |
| Axe stratégique 1.3 Amélioration de la visibilité du PNLMBN et du partenariat dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma | | | | | | | | | | | |
| 1.3.1 : Instaurer un système performant de communication institutionnelle pour la visibilité du programme national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. | | | | | | | | | | | |
| 8 | Contribuer à l’animation du site web du ministère de la santé sur les MBDN | x | x | x | x | x | PNLMBDN | PNLMBDN/MSP | Nombre de publications réalisées sur le Site du MSP | Site web MSP | 0 |
| 9 | Elaborer un bulletin d’information sur la lutte contre les MBDN 1fois par an | x | x | x | x | x | PNLMBDN | PNLMBDN/MSP/DRSP/DS | Nombre de parutions | Rapports d’activités | 3 522 135 |
| 10 | Produire un film documentaire sur les maladies bucco-dentaires et le Noma |  | x |  |  |  | PNLMBDN | MSP/ MC/partenaires | Film documentaire réalisé | Rapports d’activités | 9 325 565 |
| 11 | Elaborer un guide média budgétisé sur la lutte contre les MBDN | x |  |  |  |  | PNLMBDN | MSP/ MC/partenaires | Nbre de guide élaboré | Rapport d'activités | 1 500 000 |
| 12 | Diffuser le film documentaire réalisé sur les médias |  |  | x | x | x | PNLMBDN | PNLMBDN/MSP/MC et partenaires | Nombre de diffusion réalisés | Rapports d’activités | 12 325 565 |
| Sous Total 1 | | | | | | | | | | | 134 536 905 |
| Objectif 2 : Offrir des soins préventifs curatifs, promotionnels et palliatifs de qualité au Niger en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma d’ici fin 2025 | | | | | | | | | | | |
| Axe stratégique 2.1. Accroissement de l’offre de soins de qualité sur les Maladies bucco-dentaires et le Noma | | | | | | | | | | | |
| 2.1.1 : Renforcer les capacités de tous les acteurs impliqués dans la prévention et la promotion de la lutte contre les MBDN. | | | | | | | | | | | |
| 13 | Renforcer les compétences de 144 médecins généralistes sur la prise en charge des affections bucco-dentaires et le Noma dans les 72 districts sanitaires en 7 sessions de 3 jours (20 participants par session) | x | x |  |  |  | PNLMBDN | PNLMBDN/MSP/DRSP/DS | Nombre de médecins généralistes formés | Rapport de formation | 9 271 155 |
| 14 | Renforcer les compétences de 500 agents de santé des CSI sur la prévention et la prise en charge des affections bucco-dentaires et le Noma au niveau de cinq régions (Maradi, Tahoua, Zinder et Tillabéry, Dosso) en 25 sessions pendant 3 jours (20 participants par session) pendant les 5 ans | x | x |  |  |  | PNLMBDN | PNLMBDN/MSP/DRSP/DS | Nombre d’agents de santé formés | Rapport de formation | 43 711 245 |
| 15 | Former 400 tradipraticiens soit 50 par régions en 16 sessions pendant 1 jour sur la prévention, la détection précoce et la référence des affections bucco-dentaires y compris le Noma | x |  |  |  |  | PNLMBDN | DRSP/DS | Nombre de tradipraticiens formés | Rapports de formation | 17 785 005 |
| 16 | Renforcer les compétences de 1600 relais communautaires soit 200 par régions sur la prévention, la détection et le référencement au niveau des CSI et Cases de santé dans toutes les régions du Niger en 64 sessions (25 participants par session) pendant 1 jour | x | x |  |  |  | PNLMBDN | DRSP/DS | Nombre de relais communautaires formés | Rapports de formation | 33 112 875 |
| 2.1.2 : Renforcer le système de référence et de contre référence dans le domaine Des affections bucco-dentaires et le Noma. | | | | | | | | | | | |
| 17 | Tenir 03 ateliers d’élaboration des protocoles de prise en charge des Maladies bucco-dentaires et le Noma par niveau de soins en 05 jours pour l'élaboration, 3 jours pour validation et 2 jours pour la finalisation |  | X |  |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires/ HN/HD/DRSP/DS | Nombre de protocoles élaborés | Rapports d’activités | 41 034 515 |
| 2.1.3 : Mettre en place au niveau des structures de soins primaires un paquet minimum de soins des maladies bucco-dentaires et le Noma (WHO PEN) | | | | | | | | | | | |
| 18 | Organiser un voyage d’étude au Benin sur la prise en charge des maladies bucco-dentaires et le Noma (sorties d’évaluation dans les structures de soins par niveau, consultation, atelier de restitution de l’évaluation des capacités) pour 5 participants pendant 14 jours |  | x |  |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Voyage d’étude réalisé | Rapport de mission | 16 215 945 |
| 19 | Organiser trois (3) ateliers pour la mise en place du WHOPEN (élaboration du dispositif 5 jours, Validation du dispositif 2 jours) |  | x |  |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Nombre d’atelier organisés | Rapport d’activités | 8 945 115 |
| 20 | Organiser un (1) atelier de formation de formateur sur le WHO-PEN pour 25 participants pendant 5 jours | x |  |  |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Nombre d'agents de santé formés | Rapports de formation | 7 413 205 |
| 21 | Former 400 agents de santé dans les 8 régions soit 50 agents de santés sur le Paquet de soins essentiels pour la prise en charge des affections bucco-dentaires et le Noma au niveau des CSI pendant 3 jours |  | x | x |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Nombre d'agents de santé formés | Rapports de formation | 34 968 995 |
| Axe stratégique 2.2. Renforcement de la communication pour le changement de comportement dans le domaine des maladies bucco-dentaires et le Noma | | | | | | | | | | | |
| 2.2.1 : Elaborer un plan intégré de communication pour le changement social et de comportement en matière de santé bucco-dentaire et le Noma | | | | | | | | | | | |
| 22 | Organiser deux (2) ateliers d’élaboration du PIC sur les maladies bucco-dentaires et le Noma 2021-2025 (Elaboration, validation et Disséminé) | x |  |  |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Plan de communication élaboré, validé et disséminé | Rapports d’activités(élaboration, validation et dissémination) | 3 500 000 |
| 2.2.2 : Mettre en œuvre le plan de communication pour un changement social et de comportement | | | | | | | | | | | |
| 23 | Mettre en œuvre le PIC 2021-2025 | x | x | x | x | x | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Plan de communication mis en œuvre | Rapports d’activités | 35 125 255 |
| Axe stratégique 2.3. Renforcement de la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma | | | | | | | | | | | |
| 2.3.1 Renforcer la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma dans les programmes de santé publique (Nutrition, VIH etc.) | | | | | | | | | | | |
| 24 | organiser une session de plaidoyer chaque année à l'endroit des responsables des programmes de santé stratégiques (Nutrition et VIH etc.) en faveur de l'intégration de la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma | x | x | x | x | x | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Plaidoyer réalisé | Rapport d’activités | 5 052 155 |
| 25 | Organiser chaque année une campagne de dépistages précoces des cas dans les communautés | x | x | x | x | x | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Nombre de campagnes réalisés | Rapport d'activités | 13 145 275 |
| 2.3.2 Renforcer la prévention des maladies bucco-dentaires et le Noma dans les programmes de santé scolaire | | | | | | | | | | | |
| 26 | Intégrer la formation sur les maladies bucco-dentaires et le Noma dans le programme des établissements scolaires (primaires et secondaires) | x | x |  |  |  | PNLMBDN | Enseignement primaire et secondaire | Nombre d'établissements ayant intégrés la formation | Rapport d'activités | 5 245 575 |
| 27 | Organiser des séances de dépistages précoces dans les établissements scolaires | x | x | x | x | x | PNLMBDN | Etablissements primaire et secondaire | Nombre de séances de dépistage précoces organisés dans les établissements scolaires | Rapport d'activités | 6 147 500 |
| 28 | Former 800 enseignants des écoles primaires sur la prévention et la détection des affections bucco-dentaires et le Noma (100 enseignants par région) en 160 sessions pendant 2 jour | x | x | x | x | x | PNLMBDN | Ministère de l’éducation | Nombre d’enseignants formés | Rapports de formation | 23 312 265 |
| 29 | Former 100 Hommes/Femmes de médias sur la prévention des affections bucco-dentaires et le Noma par an pendant 05 ans soit 20 membres par an pendant 3jours | x | x | x | x | x | PNLMBDN | MSP/médias concernés | Nombre d’agents formés | Rapports de formation | 8 742 250 |
| Sous Total 2 | | | | | | | | | | | 312 728 330 |
| Objectif 3 :Assoir un mécanisme de gestion de l’information sanitaire en lien avec les maladies bucco-dentaires et le Noma d’ici 2025 | | | | | | | | | | | |
| Axe stratégique 3.1. Production de données de qualité sur les affections bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque | | | | | | | | | | | |
| 3.1.1 Assurer la collecte de données de qualité sur les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque | | | | | | | | | | | |
| 30 | Organiser 8 ateliers régionaux (1 atelier par région) de consensus pour désagréger les données sur les affections bucco-dentaires et le Noma en 8 sessions de 5 jours | x |  |  |  |  | PNLMBDN | DRSP/DS/Partenaires | Nombre d’ateliers organisés | Rapports d’activités | 61 026 600 |
| 3.1.2 Améliorer l’exploitation des données sur les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque | | | | | | | | | | | |
| 31 | Organiser une sortie annuelle de supervisions des activités de la lutte contre les affections bucco-dentaires et le Noma au Niveau des régions et Districts sanitaires du pays | x | x | x | x | x | PNLMBDN | MSP/Partenaires/DRSP/DS | Nombre de sortie de supervision réalisé | Rapports d’activités | 36 125 575 |
| 32 | Organiser une sortie de supervision annuelle des centres d’accueil des ONGs | x | x | x | x | x | PNLMBDN | Partenaires | Nombre de sortie de supervision réalisé | Rapports d’activités | 9 000 000 |
| 33 | Publier les données validées sur le site web MSP et dans l’annuaire statistiques sanitaires du MSP | x | x | x | x | x | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Nombre de publications sur le site web du MSP | Publication réalisée | 0 |
| 3.1.3 développer un guide de suivi-évaluation pour la mise en œuvre des activités du plan stratégique du PNLMBDN | | | | | | | | | | | |
| 34 | Élaborer et valider un guide de suivi et évaluation du plan stratégique santé bucco-dentaire et le Noma | x |  |  |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Guide élaboré et validé | Rapports d’élaboration et de validation | 7 524 175 |
| 35 | Reproduire et Vulgariser le guide validé | x |  |  |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires | Quantité reproduite et vulgarisée | PV de réception | 24 424 270 |
| 36 | Evaluer la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma (à mi-parcours et final) |  |  | x |  | x | PNLMBDN | MSP/ partenaires et ONGs | Nombre d’évaluation réalisés | Rapports d’évaluation | 19 120 345 |
| Axe stratégique 3.2. Renforcement de la recherche dans le domaine des affections bucco-dentaires et le Noma | | | | | | | | | | | |
| 3.2.1 Mener une enquête épidémiologique sur les maladies bucco-dentaires et le Noma et leurs facteurs de risque | | | | | | | | | | | |
| 37 | Réaliser une enquête épidémiologique sur les maladies bucco-dentaires, le Noma et leurs facteurs de risque |  | x |  |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires/INS | Protocole de recherche élaboré Enquête réalisée | Rapports d’activité Résultats de l’enquête | 65 253 455 |
| 38 | Organiser 1 atelier de validation et de diffusion des résultats de l’enquête |  | x |  |  |  | PNLMBDN | MSP/Partenaires/INS | Nombre d’ateliers organisés pour la diffusion | Rapports de diffusion des résultats | 6 541 565 |
| Sous Total 3 | | | | | | | | | | | 229 015 985 |
| Accroitre les ressources financières pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger d’ici fin 2025 | | | | | | | | | | | |
| Axe stratégique 4.1 Mobilisation des ressources financières pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma | | | | | | | | | | | |
| 4.1.1 Faire le plaidoyer auprès des décideurs et des autres partenaires pour le financement de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma | | | | | | | | | | | |
| 39 | Organiser une action de plaidoyer auprès des décideurs (assemblé nationale) pour la création d’une ligne budgétaire pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma pendant 1 jour |  |  |  |  |  | PNLMBDN | Assemblé Nationale/Partenaires/ ONGs/Associations | Plaidoyer réalisé | Rapport d’activités | 1 552 150 |
| 40 | Organiser chaque année pendant une journée, une action de plaidoyer auprès des partenaires (PTF) pour le financement de la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma |  |  |  |  |  | PNLMBDN | Partenaires/ONG/Associations | Plaidoyer réalisé | Rapport d’activités | 6 552 150 |
| 4.1.2 Faire le plaidoyer pour la mise en place de financements innovants (secteur privé et non gouvernemental) | | | | | | | | | | | |
| 41 | Organiser une rencontre de plaidoyer chaque année pendant une journée, pour la mise en place de financements innovants avec le secteur privé | x | x | x | x | x | PNLMBDN | Privés | Plaidoyer réalisé | Rapport d’activités | 4 231 255 |
| Sous Total 4 | | | | | | | | | | | 12 335 555 |
| **Total Général Budget** | | | | | | | | | | | **688 616 775** |

# **Suivi et Evaluation du Plan Stratégique Intégré de Lutte contre les MBD/N**

Le suivi et l’Evaluation du Plan Stratégique de Lutte contre les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma 2020-2024 se fera à travers les plans opérationnels du PNLMBDN et les mécanismes existants pour le suivi du Plan de Développement Sanitaire notamment les sessions statutaires ou extraordinaires des comités de suivi, les sorties conjointes de suivi impliquant les partenaires techniques et financiers, les évaluations périodiques, les enquêtes/études et les supervisions.

Pour un suivi et une évaluation efficace, l’information sanitaire relative aux maladies bucco-dentaires et le Noma doit être fiable. En plus, tous les acteurs doivent être suffisamment impliqués à tous les niveaux du système de santé ; les ressources pour le suivi/évaluation doivent être disponibles et régulières.

## **Suivi :**

Il consiste, à systématiser les processus de collecte, d’analyse, de traitement et de diffusion de l’information. D’identifier les problèmes et de proposer des solutions.

Le suivi régulier et périodique sera assuré par les structures de coordination et de mise en œuvre du plan en collaboration avec les différents niveaux de la pyramide sanitaire :

* Au niveau national par la Coordination du Programme National de Lutte contre les Maladies Bucco- Dentaires et le Noma de concert avec la Direction des Etudes et de la Programmation et la Direction de la Statistique du Ministère de la Santé Publique ;
* Au niveau régional par l’Equipe de la Direction Régionale de la Santé Publique ;
* Au niveau département par l’Equipe Cadre du District.

## **Evaluation :**

Elle se fera à travers une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale.

* L’évaluation à mi-parcours se fera en fin 2023 et portera sur le processus et les résultats obtenus, ce qui aboutira éventuellement à un recadrage du plan.
* L’évaluation finale se fera en fin 2025 et portera sur les résultats à moyen terme et l’impact de la mise en œuvre du Plan stratégique national intégré de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma 2021-2025.

## **Indicateurs de suivi-évaluation :**

## **Indicateurs de processus**

La surveillance continue des indicateurs décrits dans le tableau suivant facilitera le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique national intégré de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma 2021-2025.

## **Tableau N° XII :** Indicateur de suivi-évaluation

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs** | **Indicateurs** |
| **Objectif 1** :  Assurer la synergie en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger à travers une meilleure coordination et collaboration d’ici fin 2025 | * Nombre de cadres formés en managériale et institutionnelle ; * Nombre de rencontre de coordination tenue avec rapport ; * Existence de cadre de concertation ; * Nombre de rencontres de plaidoyer t tenues avec rapports ; * Nombre de partenaires identifiés et touchés ; * Nombre de suivis réalisés ; * Nombre de conventions de partenariat signé ; * Nombre de reportage réalisés ; * Nombre de publications réalisées sur le site web ; * Matériel informatique et bureautique acquis ; |
| **Objectif 2** :  Offrir des soins curatifs, préventifs et promotionnels de qualité au Niger en matière de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma d’ici fin 2025 | * Nombre d’unités de soins mis en place ; * Nombre d’agents formés par catégorie ; * Nombre d’acteurs formés sur les différentes thématiques ; * Nombre de référence et de contre-références réalisées ; * Nombre de voyage d’étude réalisé ; * PIC élaboré et mise en œuvre ; * Nombre de structures sanitaires mettant en œuvre le PMA MBD/N ; * Nombre d’affection bucco-dentaires disposant d’un protocole/guide national de PEC ; * Nombre de structures disposant de protocoles ; * Nombre d’acteurs formés sur l’utilisation des protocoles ; * de patients détectés et dépistés ayant bénéficiés de soins de support.. |
| **Objectif 3 :**  Assoir un mécanisme de gestion de l’information sanitaire en lien avec les maladies bucco-dentaires et le Noma d’ici 2025 | * Nombre de sortie de supervision réalisé ; * Nombre d’ateliers de validation de données collectées organisés ; * Nombre de publications sur le site web du MSP réalisés * Guide élaboré et validé * Nombre d’évaluation réalisés * Protocole de recherche élaboré * Nombre d’enquête réalisés |
| **Objectif 4** :  Accroitre les ressources financières pour la lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma au Niger d’ici fin 2025. | * Nombre d’actions de plaidoyer réalisé ; * Taux d’accroissement du budget alloué à la santé pour le PNLMBDN : * Nombre d’actions de plaidoyer pour le financement des maladies bucco-dentaires et le Noma ; * Nombre de mutuelles de santé prenant en compte les maladies bucco-dentaires et le Noma dans leurs prestations ; * Nombre de partenaires qui financent les maladies bucco-dentaires et le Noma. |

## **Financement du plan :**

Le financement du Plan Stratégique National intégré de Lutte contre les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma sera assuré par le budget de l’État qui prendra en compte les charges de fonctionnement.

Une partie de la ligne budgétaire « lutte contre la maladie » sera affecté au volet lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma. Des actions de plaidoyer à l’endroit des décideurs, des partenaires (PTF), des privés permettront de combler le GAP et de boucler le budget estimatif. Un recadrage budgétaire sera annuellement fait lors de l’élaboration des plans d’actions annuels. A cela, s’ajoute le budget des collectivités territoriales et les ONGs Internationales. En plus de ces acteurs, le financement fait également appel à la contribution des ménages à travers les mutuelles de santé.

Les mesures de gratuité de prise en charge des maladies de l’enfant (0-5 ans) en cours viendront accroitre l’accessibilité aux soins.

Les coûts de prise en charge du Noma pourra être réduit s’il venait à être subventionnés par l’État d’une part et si l’État et ses partenaires mettaient en œuvre des procédures et mécanismes favorables à leur accessibilité financière d’autre part.

## **Condition de succès :**

Le succès de la mise en œuvre du Plan Stratégique National intégré de Lutte contre les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma est tributaire d’un engagement fort de l’État au plus haut niveau, des partenaires et d’une adhésion de tous les acteurs du développement socio-sanitaire.

Par ailleurs, un tel succès passe par un meilleur fonctionnement des mécanismes de suivi et de coordination ci-dessus évoqués, et le renforcement du partenariat public privé et de la société civile.

# **Conclusion****:**

Le présent Plan Stratégique Intégré de Lutte contre les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma (MBD/N) 2021-2025, s’aligne sur la Politique Nationale de Santé (PNS) 2017-2021et le Plan de Développement Sanitaire 2017-2021 du Niger.

Le Plan Stratégique Intégré de Lutte contre les MBD du Niger 2021-2025 est un cadre formel qui présente les orientions du Ministère de la Santé Publique dans la Prévention et la Prise en charge des principaux MBD/N.

Après une analyse de la situation des MBD/N, il propose des éléments de solution permettant de contribuer significativement dans un esprit de partenariat multisectoriel, à la réduction du fardeau des MBD/N au Niger.

Les grandes orientations de ce document sont :

* Le renforcement de la coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
* Le renforcement des capacités des acteurs impliqués ;
* L’amélioration du niveau des connaissances des populations sur les moyens de prévention des principales MBD/N ;
* La promotion du dépistage précoce et l’amélioration de la prise en charge des cas ;
* La promotion de la recherche opérationnelle.

**Bibliographie**

1. Plan de Développement Economique et Social 2017-201, consulté le 4 De Septembre 2020 ;
2. Plan de Développement Sanitaire 2017-2020, consulté le 01 Septembre 2020 ;
3. Plan stratégique national intégré de prévention et de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles PNLMNT Mars 2012 ;
4. Rapport d’exécution du programme(REP) et Revue annuelle des PAA 2018 de mise en œuvre du PDS 2017-2021, consulté le 01 Septembre 2020 ;
5. Plan Stratégique National de lutte contre les Maladies Bucco-Dentaires y compris le Noma 2006-2010 ;
6. OMS, « Promouvoir la santé bucco-dentaire en Afrique : prévention et prise en charge des maladies bucco-dentaires et du noma en tant qu’interventions essentielles contre les maladies non transmissibles »[http://www.afro.who.int/fr/sante-bucco-dentaire/ publications.html.](http://www.afro.who.int/fr/sante-bucco-dentaire/publications.html) consulté le 24 Septembre 2020 ;
7. M. Leila Srour, KlaasMarck et Denise Baratti-Mayer, « Noma: Overview of a Neglected Disease and Human Rights Violation », *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 96, no 2,‎ 8 février 2017, p. 268–274 ([ISSN](https://fr.wikipedia.org/wiki/International_Standard_Serial_Number) [0002-9637](http://worldcat.org/issn/0002-9637&lang=fr), [PMID](https://fr.wikipedia.org/wiki/PubMed) [28093536](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28093536), [PMCID](https://fr.wikipedia.org/wiki/PubMed_Central) [5303022](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/5303022), [DOI](https://fr.wikipedia.org/wiki/Digital_Object_Identifier) [10.4269/ajtmh.16-0718](https://dx.doi.org/10.4269%2Fajtmh.16-0718), [lire enligne](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5303022/) [[archive](http://archive.wikiwix.com/cache/?url=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpmc%2Farticles%2FPMC5303022%2F)], consulté le 26 août 2019) ;
8. OMS, « Cadre régional pour l’intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires » AFR/RC67/1214 juin 2017 [www.who.int/chp/ncd\_capacity/en/](http://www.who.int/chp/ncd_capacity/en/)*consulté le 3 Octobre 2020 ;*
9. **OMS, « Santé bucco-dentaire** Principaux faits » <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>, consulté le 20 Septembre 2020 ;
10. **Programme National de Lutte contre les Maladies Bucco-Dentaires et le Noma « Plan d’action national triennal de lutte contre le Noma 2016-2018 », consulté le 11 Septembre 2020 ;**
11. **OMS, « Le NOMA est une maladie grave** Elle peut être soignée si elle est détectée et prise en charge précocement !», consulté le 20 Septembre 2020 ;
12. **OMS et FDI (World Dental Fédération) « Journée mondiale du noma le noma : le visage de la pauvreté », consulté le 23 septembre 2020 ;**
13. Le Noma : contribution à l’étude épidémiologique et clinique à Bamako FMPOS : thèse de médecine : odontostomatologie 2006 – 2007 Nouhoum H. Bocoum Le noma : contribution à l’étude épidémiologique et clinique à Bamako ; consulté, le 25 Juillet 2020 ;
14. OMS, Le Noma aujourd’hui « un problème de santé publique » consulté le 25 Juillet 2020 ;
15. OMS, Stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2016-2025 : combattre les affections bucco-dentaires dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles, publiée le 20 Août 2016, consulté le 25 Juillet 2020 ;
16. MSP : Annuaire des statistiques sanitaires du Niger année 2015, consulté le 6 Août 2020 ;
17. MSP : Annuaire des statistiques sanitaires du Niger année 2016, consulté le 6 Août 2020 ;
18. MSP : Annuaire des statistiques sanitaires du Niger année 2017, consulté le 6 Août 2020 ;
19. MSP : Annuaire des statistiques sanitaires du Niger année 2018, consulté le 11 Septembre 2020 ;
20. MSP : Annuaire des statistiques sanitaires du Niger année 2019, consulté le 19 Septembre 2020 ;
21. Contact Noma « Le programme international de lutte contre le noma », consulté le 20 Juillet 2020 ;
22. The Lancet 2019 : « les maladies bucco-dentaires parmi les autres MNT en tant que priorité de santé mondiale » Published:July 20, 2019DOI:<https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8>, consulté le 13 Septembre 2020 ;
23. OMS, Draft guide par étapes pour l’élaboration de plans d’action nationaux pour la lutte contre le Noma dans les pays prioritaires ;
24. **OMS**, Rapport du Directeur généralEB148/8 **23 décembre2020 :** Santé bucco-dentaire améliorer la santé bucco-dentaire dans le cadre des travaux portant sur la couverture sanitaire universelle et les maladies non transmissibles à l’horizon 2030 ;
25. Ministère de la Santé Publique, Direction de l’Hygiène Publique et de l’Education pour la Santé : Stratégie Nationale d’Hygiène Publique 2020-2030 ;
26. Ministère de la Santé Publique Rapport de synthèse provisoire d’enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires, des prestataires de soins,*Synthèse analytique* **Septembre, 2020.**

1. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.Lancet 2018 ; 392 : 1789–8583 [↑](#footnote-ref-1)
2. Global Burden of Disease [↑](#footnote-ref-2)
3. **OMS**, Rapport du Directeur général EB148/8 **23 décembre2020** [↑](#footnote-ref-3)
4. EB148/8 **23 décembre2020** [↑](#footnote-ref-4)
5. Arrêt du 16 avril 2013 de la Cour Internationale de Justice de la Haye [↑](#footnote-ref-5)
6. Plan d’action national triennal de lutte contre le Noma 2018 [↑](#footnote-ref-6)
7. Plan d’action national triennal de lutte contre le Noma 2018 [↑](#footnote-ref-7)
8. Plan d’action national triennal de lutte contre le Noma 2018 [↑](#footnote-ref-8)
9. Plan de communication Santé Mère-enfant 2121-2025 [↑](#footnote-ref-9)
10. Projection RGPH 2012 [↑](#footnote-ref-10)
11. EDSN-MICSIV2012 [↑](#footnote-ref-11)
12. https://www.journaldunet.com/patrimoine/finances-personnelles/1208753-pays-pauvres-classement-2019/1208784-niger. [↑](#footnote-ref-12)
13. Plan de Développement Economique et Sociale 2017-2021. [↑](#footnote-ref-13)
14. ENISED [↑](#footnote-ref-14)
15. HERAUD M. (2005) « Malédiction et handicap : à qui la faute ? », Handicap international France, 19 p. [↑](#footnote-ref-15)
16. GRECO C. CORRIVEAU P. La représentation médiatique du leurre d’enfants à l’aide de nouvelles technologies : une mise en mots et en maux Université d’Ottawa, 2013, 56 p. [↑](#footnote-ref-16)
17. REP 2019 [↑](#footnote-ref-17)
18. PNLMBD/N [↑](#footnote-ref-18)
19. REP 2019 [↑](#footnote-ref-19)
20. Rep 2019 [↑](#footnote-ref-20)
21. REP2019 [↑](#footnote-ref-21)
22. PNLMBD/N [↑](#footnote-ref-22)
23. Plan de Développement Sanitaire 2017-2021 [↑](#footnote-ref-23)
24. ENISED 2015 [↑](#footnote-ref-24)
25. PDS2017-2021 [↑](#footnote-ref-25)
26. PDS 2017-2021 [↑](#footnote-ref-26)
27. OMS, Santé bucco-dentaires, 24 septembre 2018, principaux faits. [↑](#footnote-ref-27)
28. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.Lancet 2018 ; 392 : 1789–8583 [↑](#footnote-ref-28)
29. Article de GESNOMA, Winds of Hope, Sentinelles, et Médecins sans Frontières [↑](#footnote-ref-29)
30. OMS, Santé bucco-dentaires, 24 septembre 2018, principaux faits Accès aux services de santé bucco-dentaires [↑](#footnote-ref-30)
31. OMS, Santé bucco-dentaires, 24 septembre 2018, principaux faits Accès aux services de santé bucco-dentaires [↑](#footnote-ref-31)
32. Plan Stratégique National Intégré et de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles PNLMNT, Mars 2012 [↑](#footnote-ref-32)
33. Leila Srour, Klaas Marck et Denise Baratti-Mayer [↑](#footnote-ref-33)
34. [Glob J Health Sci](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4873589/). 2016 Apr; 8(4): 53–59. Published online 2015 Jul 30. doi: [10.5539/gjhs.v8n4p53](https://dx.doi.org/10.5539%2Fgjhs.v8n4p53) [↑](#footnote-ref-34)
35. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health.Bull World HealthOrgan. 2005 Sep;83(9):661–9. [↑](#footnote-ref-35)
36. Récapitulatif annuaires Statistiques MSP 2015-2018 [↑](#footnote-ref-36)
37. MSP, Annuaire Statistique 2018 [↑](#footnote-ref-37)
38. MSP, Annuaire Statistique 2019 [↑](#footnote-ref-38)