



Les femmes face aux maladies non transmissibles en Afrique :

Cartographie de l'étendue, des parties prenantes et de la portée des activités axées sur les droits pour contrer l'impact des MNT sur les femmes africaines

Auteure du rapport

Dr Johanna Riha

Équipe de rédaction

Jessica Horn, Beatrice Boakye-Yiadom

Conception

D237

Publié par le Fonds africain pour le développement de la femme en 2020

Citation suggérée : AWDF. 2020. *Les femmes face aux maladies non transmissibles en Afrique : Cartographie de l'étendue, des parties prenantes et de la portée des activités axées sur les droits pour contrer l'impact des MNT sur les femmes africaines* : Résumé analytique, Ghana : Fonds africain pour le développement de la femme

Dans l'esprit du partage des connaissances féministes, ce document est publié sous une licence Creative Commons qui permet une distribution non commerciale sous forme originale avec mention complète des auteurs.



Fonds africain pour le développement de la femme
Avenue Justice Sarkodie Addo, Legon Est, Accra, Ghana

E: awdf@awdf.org T: +233 28 966 9666 www.awdf.org

Table des matières

Liste des figures	4
Liste des abréviations et des acronymes	5
1. Introduction	6
2. Méthodologie	8
2.1 Délimitation	8
2.2 Collecte et analyse des données	8
2.3 Limites et réserves	11
3. MNT et principales préoccupations liées au genre en Afrique	12
3.1 Charge de morbidité des MNT	12
3.2 Facteurs de risque	19
3.3 Points communs et comorbidités entre les MNT et les maladies infectieuses	25
4. Principales parties prenantes, solutions et approches axées sur le genre dans la lutte contre les MNT en Afrique	27
4.1 Vue d'ensemble	27
4.2 Pouvoirs publics	28
4.3 Financement public alloué aux MNT	32
4.4 Organisations de la société civile et organisations non gouvernementales	34
4.5 Associations professionnelles et syndicats	37
4.6 Institutions académiques et institutions de recherche	38
4.7 Entreprises commerciales	39
4.8 Organisations philanthropiques et autres initiatives	41
5. Opportunités et défis pour les organisations de femmes africaines	42
5.1 Réponses à l'enquête en ligne	42
5.2 Autres opportunités et défis	46
6. Recommandations	50
7. Références	52
8. Appendices	58

Liste des figures

Figure 1 : Principales causes de décès chez les femmes en Afrique, 1990 et 2017 (page 13)

Figure 2: Prévalence brute de du diabète chez les femmes en Afrique par région, 2017 (page 15)

Figure 3: : Les cancers les plus courants chez les femmes en Afrique, 2017 (page 16)

Figure 4: Prévalence et incidence des troubles mentaux et neurologiques en Afrique selon le genre, 2017 (page 18)

Figure 5: Liens entre les neuf ODD et la cible 3.4 des MNT (page 33)

Figure 6: Nombre d'organisations dirigées par des femmes ayant répondu à l'enquête en ligne, par pays, 2019 (page 43)

Figure 7: Domaines d'intérêt spécifiques mentionnés par les organisations de femmes africaines travaillant sur les MNT, 2019 (page 43)

Figure 8: Type d'activités liées aux MNT déclarées par les organisations de femmes africaines, 2019 (page 44)

Figure 9: Domaines de priorité des organisations de femmes africaines œuvrant sur les MNT, 2019 (page 45)

Figure 10: Défis liés aux activités sur les MNT, selon les organisations de femmes africaines œuvrant dans ce domaine, 2019 (page 47)

Liste des abréviations et des acronymes

AMS	Assemblée mondiale de la santé	INSP	Instituts nationaux de santé
ANDLA	Alliance africaine pour les données longitudinales sur les maladies non transmissibles	publique	
APHRC	Centre africain de recherche sur la population et la santé	MCV	Maladies cardiovasculaires
ASM	Action multisectorielle	MNT	Maladies non transmissibles
AVCI	Années de vie corrigées du facteur invalidité	MRC	Maladies respiratoires chroniques
AWDF	Fonds africain pour le développement de la femme	MS	Ministère de la Santé
CAE	Communauté d'Afrique de l'Est	NÉPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
CCLAT	Convention-cadre pour la lutte antitabac	ODD	Objectifs de développement durable
CÉDÉAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest	OMS AFRO	Organisation mondiale de la santé Région africaine
CNCD-Africa	Consortium pour la prévention et le contrôle des MNT en Afrique subsaharienne	ONG	Organisation non gouvernementale
CSF	Commission sur le statut de la femme	ONGI	ONG internationale
EANCD	Alliance sur les MNT en Afrique de l'Est	ONU	Organisation des Nations Unies
EM-NCDA	Alliance sur les MNT en Méditerranée orientale	OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
ERA	Action pour les droits environnementaux	OSC	Organisations de la société civile
EWEC	Chaque femme, chaque enfant	PASCAR	Société panafricaine de cardiologie
GBD	Étude mondiale sur la charge de morbidité	PEPFAR	Plan d'urgence du président pour la lutte contre le sida
GCM/NCD	Mécanisme de coordination mondiale pour prévenir et combattre les MNT	PIH	Partners in Health
GSK	GSK GlaxoSmithKline	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
IGT	Intolérance au glucose	PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
IHD	Maladie cardiaque ischémique	SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
IHME	Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation	SCI	Soul City Institute for Social Justice
IMC	Indice de masse corporelle	SSA	Afrique subsaharienne
		STEPS	Approche « STEPwise » pour la surveillance des facteurs de risque des MNT
		UA	Union africaine
		UN HLM	Réunion de haut niveau de l'ONU
		UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
		UNIATF	Groupe de travail inter-agences des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles

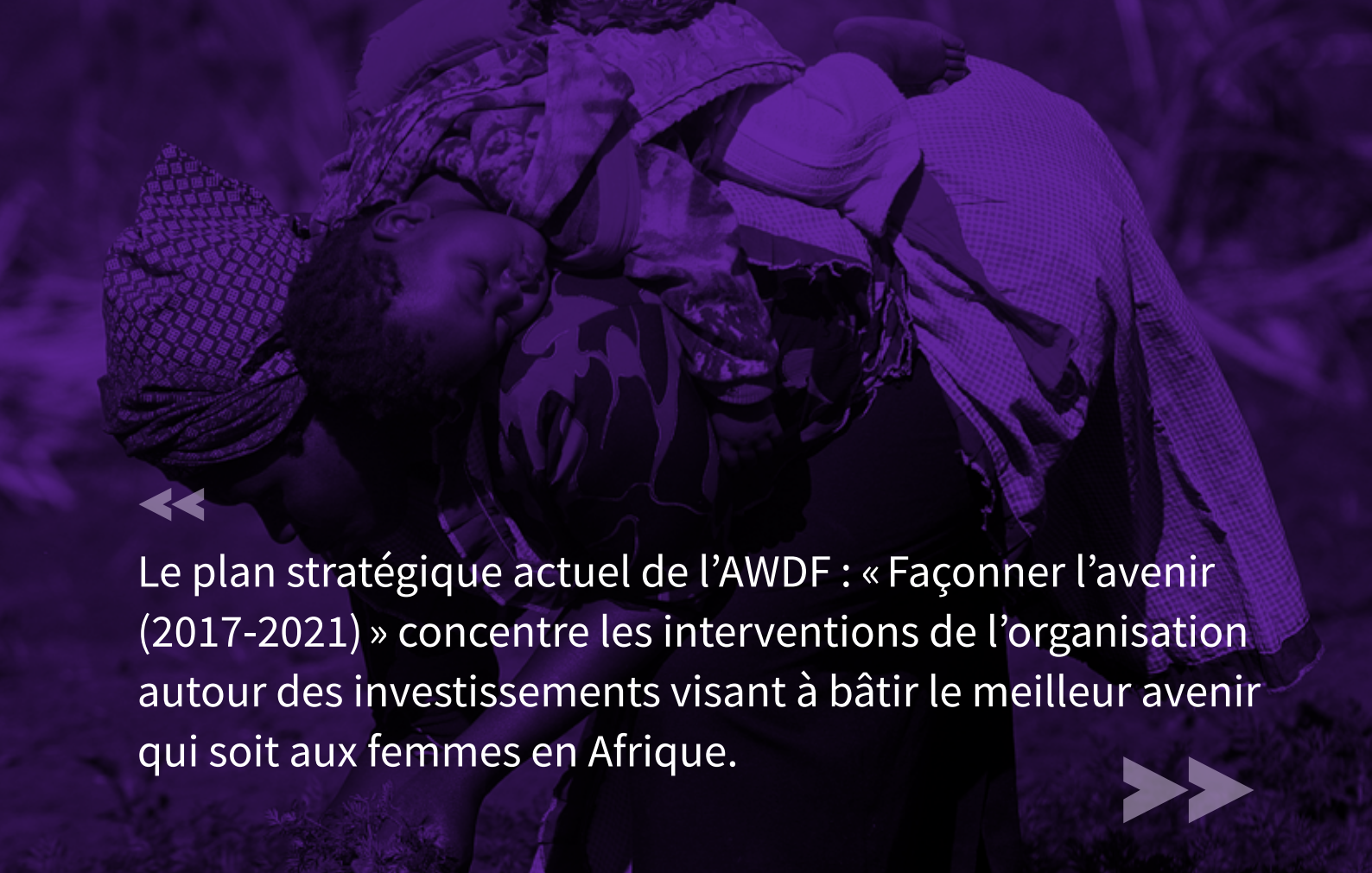
Introduction

1

Le Fonds africain pour le développement de la femme (AWDF) est une fondation panafricaine, dirigée par des femmes, qui accorde des subventions aux organisations de femmes africaines œuvrant aux niveaux local, national et régional pour promouvoir, faire avancer et garantir les droits de la femme africaine sur tout le continent (AWDF, 2017). Depuis le démarrage de ses activités en 2001, l'AWDF a mobilisé des ressources auprès d'individus, d'entreprises, d'autres fondations et de gouvernements pour apporter un appui financier, renforcer les capacités, produire des connaissances et faire du plaidoyer pour les artisans et artisanes du changement —

organisations d'activistes féminines africaines et individus — qui font progresser les droits de la femme et l'égalité des sexes sur le continent (AWDF, 2017).

Le plan stratégique actuel de l'AWDF : « Façonner l'avenir (2017-2021) » concentre les interventions de l'organisation autour des investissements visant à bâtir le meilleur avenir qui soit aux femmes en Afrique. Dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique, l'AWDF a lancé une analyse des tendances futures intitulée : « Perspectives d'Avenir pour l'Afrique : Tendances pour les Femmes à l'Horizon 2030 » (AWDF, 2017). Le présent rapport montre que la charge de morbidité des maladies non transmissibles (MNT) connaît une croissance rapide et que ces maladies deviendront bientôt les principales causes de décès dans de nombreux pays d'Afrique (AWDF, 2017). En mettant l'accent sur cette tendance souvent négligée et sur les possibilités de soutenir les initiatives de femmes dans la lutte contre les MNT, l'AWDF s'interroge :



Le plan stratégique actuel de l'AWDF : « Façonner l'avenir (2017-2021) » concentre les interventions de l'organisation autour des investissements visant à bâtir le meilleur avenir qui soit aux femmes en Afrique.

- 1 Quelle est l'ampleur et quelles sont les principales préoccupations liées au genre autour des MNT et des femmes en Afrique ?
- 2 Quelles sont les parties prenantes clés faisant front à la multiplication des MNT en Afrique ?
- 3 Comment ces parties prenantes réagissent-elles et prennent-elles en compte les questions de genre, l'équité et les droits dans ces réponses ?
- 4 Quelles sont les opportunités et les défis pour les organisations de femmes africaines en ce qui concerne l'engagement dans la prévention et le contrôle des MNT et comment appuyer un plus grand engagement sur les liens entre les MNT et les droits de la femme ?

Le rapport s'efforce de répondre à chacune de ces quatre questions à travers une revue de la littérature ainsi qu'une enquête en ligne et des entretiens. Ces éléments permettront à terme de savoir où orienter les ressources et les interventions de l'AWDF dans ce domaine, et de souligner l'importance des réponses prenant en compte les questions de genre face à la marée montante des MNT. Le rapport s'articule autour des quatre grandes questions. Les informations relatives aux questions deux et trois ont été fusionnées en une seule section (section 3) afin de faciliter la présentation et la compréhension des liens entre les parties prenantes et les actions spécifiques. En outre, une section préliminaire sur la méthodologie (Section 2) donne un aperçu des processus utilisés pour la collecte et l'analyse des données ainsi que des limites et réserves à prendre en compte dans l'interprétation des résultats présentés dans les sections subséquentes du rapport.

Méthodologie

Cette section aborde en détail la délimitation, les méthodes et les limites liées aux données et informations collectées et présentées dans ce rapport.

2

2.1 Délimitation

Le présent rapport porte plus particulièrement sur les maladies cardiovasculaires (MCV), le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et la santé mentale. Toutes les références futures aux MNT dans le rapport renvoient donc à ces cinq grands groupes de maladies, sauf indication contraire explicite.

La délimitation géographique du rapport couvre l'ensemble des 54 pays d'Afrique.

2.2 Collecte et analyse des données

Les informations et les données recueillies dans ce rapport ont été obtenues auprès de diverses sources, notamment des portails de données publiques, une revue de la littérature grise, de la littérature publiée, une enquête en ligne et des entretiens approfondis. Tout au long du rapport, toutes les sources ont été citées et référencées. Vous trouverez ci-dessous un résumé de chacune des méthodes utilisées.

Les estimations de la prévalence, de l'incidence et de la morbidité de chacune des MNT ont été obtenues à partir de l'étude sur la charge mondiale de morbidité (GBD) 2017, qui constitue l'effort le plus complet à ce jour pour mesurer les niveaux et les tendances épidémiologiques dans le monde (IHME, 2018). La GBD est réalisée sous la direction de l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation (IHME). Elle fournit des estimations mondiales, régionales et nationales de la morbidité et de l'invalidité dues aux principales maladies, blessures et aux facteurs de risque (IHME, 2018). Toutes les données présentées dans ce rapport sont disponibles sur le portail en ligne de la GBD IHME : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

Il convient de noter que la croissance et le vieillissement de la population jouent un rôle important dans l'augmentation globale du nombre de décès signalés au fil du temps. Étant entendu que ce rapport vise à comprendre la charge de morbidité actuelle au niveau régional et national, les données présentées ici sont principalement des chiffres bruts de prévalence, d'incidence et



de mortalité. Dans certains cas, des estimations ajustées selon l'âge sont présentées pour faciliter les comparaisons entre les pays. Les estimations relatives à la santé mentale comprennent également les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), qui constituent une mesure du nombre d'années de vie en bonne santé perdues. Sauf indication contraire, les données représentées concernent tous les âges. Les analyses régionales ont été basées sur les cinq sous-régions de l'Organisation des Nations Unies (ONU) en Afrique : Afrique du Nord, de l'Ouest, du Centre, de l'Est et du Sud (Division de statistique de l'ONU, 2019).

Les données sur la prévalence des facteurs de risque des MNT ont été obtenues à partir de la compilation des enquêtes nationales dans la région africaine de l'OMS (OMS AFRO) en 2016 portant sur la prévalence des facteurs de risque des MNT (OMS AFRO, 2016). Ces enquêtes sont appelées approche « STEPwise » de la surveillance des facteurs de risque des MNT (STEPS), et sont des méthodes standardisées de collecte, d'analyse et de diffusion des données sur les facteurs de risque des MNT dans les pays membres de l'OMS.

Nous avons passé en revue la littérature grise et la littérature publiée pour :

- Explorer d'autres estimations de la prévalence, de l'incidence et de la mortalité associées aux MNT d'intérêt en Afrique ainsi que des informations sur les facteurs de risque pertinents et l'accès aux services. Un effort tout particulier a été fait pour trouver des recherches et des données portant spécifiquement sur les femmes et les tendances liées au genre sur le continent. Le cas échéant, les références des publications pertinentes ont

également été passées en revue afin d'identifier d'autres sources d'intérêt ;

- Identifier les principales parties prenantes et les bailleurs de fonds qui soutiennent le travail sur les MNT sur le continent ;
- Résumer les principales approches de la prévention et de la réponse face aux MNT ainsi que les liens avec d'autres questions de plaidoyer ;
- Cartographier les travaux basés sur les droits liés aux MNT sur le continent.

Une courte enquête en ligne en anglais a été menée pour avoir une idée des organisations de femmes africaines œuvrant déjà sur la prévention et la réponse aux MNT et explorer les possibilités d'impulser un plus grand engagement des organisations de femmes africaines dans des activités visant à appréhender les liens entre les MNT et les droits de la femme. L'enquête a été envoyée aux organisations figurant dans la base de données de l'AWDF et les réponses ont été recueillies entre le 28 juin 2019 et le 23 juillet 2019. Les réponses ont été analysées avec le logiciel Excel et les thèmes clés ont été identifiés dans toutes les réponses à une question pertinente et, le cas échéant, quantifiés. Voir l'annexe 1 pour le questionnaire de l'enquête.

Dix-neuf entretiens approfondis ont été menés en anglais et en français avec des informateurs clés entre le 25 juin 2019 et le 17 juillet 2019. L'annexe 2 présente le guide d'entretien utilisé à cet effet et une liste détaillée des personnes interrogées. Les entretiens ont été menés avec des membres des organisations ci-après :



Il urge d'étendre la recherche à l'ensemble du continent pour développer des solutions africaines mieux adaptées et plus fondées sur des données probantes pour faire face à la crise des MNT.



- Organisations de la société civile (OSC) travaillant sur les MNT qui ont répondu à l'enquête en ligne de l'AWDF ou qui ont été recommandées lors d'autres entretiens ou par courrier électronique
- Alliances nationales et régionales sur les MNT
- L'alliance sur les MNT
- Mécanisme mondial de coordination sur les MNT, Organisation mondiale de la santé (OMS)
- Partners in Health (PIH)
- StrongMinds
- JHPIEGO

2.3 Limites et réserves

Les informations présentées dans ce rapport sont soumises à un certain nombre de limites et de réserves.

En premier lieu, il existe des lacunes importantes dans toute l'Afrique en ce qui concerne les données sur la santé en général et les données de grande qualité en particulier. Les données sur les MNT sont rares ; il s'agit notamment de données sur la mortalité par cause spécifique ainsi que de données sur les facteurs de risque des MNT qui sont rarement comptabilisées de manière intégrale dans les systèmes nationaux de surveillance et de notification des maladies (Nyaaba, 2017). À titre d'exemple, une étude ayant évalué les progrès réalisés par les pays dans l'application des recommandations politiques de l'OMS pour réduire la charge de morbidité liée aux MNT a révélé que plus des deux tiers des pays africains ne disposent pas de systèmes fonctionnels permettant de générer des données fiables sur la mortalité spécifique en fonction des causes. Cela rend impossible l'estimation précise de la charge de morbidité spécifique à une maladie, laquelle est nécessaire pour une programmation et une prestation de services de santé efficaces et appropriées (Nyaaba, 2017). Par conséquent, il est important de noter que les estimations de la GBD 2017 sont basées sur des données peu disponibles et, en fin de compte, pour la plupart des pays du continent, les chiffres sont issus d'une modélisation sophistiquée, ajustée pour tenir compte des biais lorsque cela est possible (IHME, 2018). Il est difficile d'affirmer si ces estimations sont susceptibles d'être des sous-estimations ou des surestimations

de la charge réelle de morbidité ; cependant, il est clairement nécessaire d'améliorer la collecte et la communication des données sur l'ensemble du continent afin de mieux informer les politiques et la planification.

En deuxième lieu, les différences organisationnelles dans les définitions et la méthodologie impliquent que les comparaisons entre les différentes sources de données doivent être faites avec prudence. L'OMS région Afrique, par exemple, ne couvre pas la Somalie, Djibouti, le Soudan, l'Égypte, le Maroc et la Tunisie, tandis que la région Afrique de la Banque mondiale se compose uniquement de pays d'Afrique subsaharienne (ASS). Dans le cadre de la recherche effectuée pour ce projet, un certain nombre d'incohérences ont été constatées entre les sources de données, même si des paramètres géographiques et des échelles de temps identiques ont été pris en compte. Pour éviter ces incohérences, une seule source de données, l'étude GBD 2017, a été utilisée pour estimer la charge de morbidité des MNT pour les 54 pays du continent.

En troisième lieu, il existe très peu de recherche sur les MNT en Afrique (Holmes, 2010 ; Mafunda, 2006). Cela concerne toute la gamme, notamment la charge de morbidité et la répartition des facteurs de risque parmi les groupes marginalisés et difficiles à toucher (par exemple, la communauté LGBTQI, les communautés rurales, les personnes vivant dans des établissements informels en milieu urbain) ; l'adéquation des outils et des critères de diagnostic aux populations africaines ; les différences de physiopathologie ; sans oublier la compréhension des comorbidités et des profils de risque avec les maladies infectieuses. Cette lacune se traduit par le fait que la plupart des réponses en forme de programme et celles gouvernementales aux MNT sont basées sur les résultats de recherches effectuées sur des populations majoritairement masculines et occidentales (Holmes, 2010). Il urge d'étendre la recherche à l'ensemble du continent pour développer des solutions africaines mieux adaptées et plus fondées sur des données probantes pour faire face à la crise des MNT.

MNT et principales préoccupations liées au genre en Afrique

3

Pour commencer à comprendre l'ampleur des MNT à travers le continent et l'impact de celles-ci sur les femmes, cette section commence par décrire le fardeau de cinq principales MNT en Afrique, à savoir les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies respiratoires chroniques (MRC) et les troubles mentaux et neurologiques. Elle résume ensuite la prévalence de certains des principaux facteurs de risque comportementaux et métaboliques des MNT, tels que la nutrition, l'activité physique, le tabac, l'alcool et l'hypertension. D'autres facteurs déterminants, tels que l'urbanisation et les facteurs socio-économiques sont aussi brièvement abordés. La dernière partie se concentre sur les comorbidités entre les MNT et d'autres groupes de maladies.

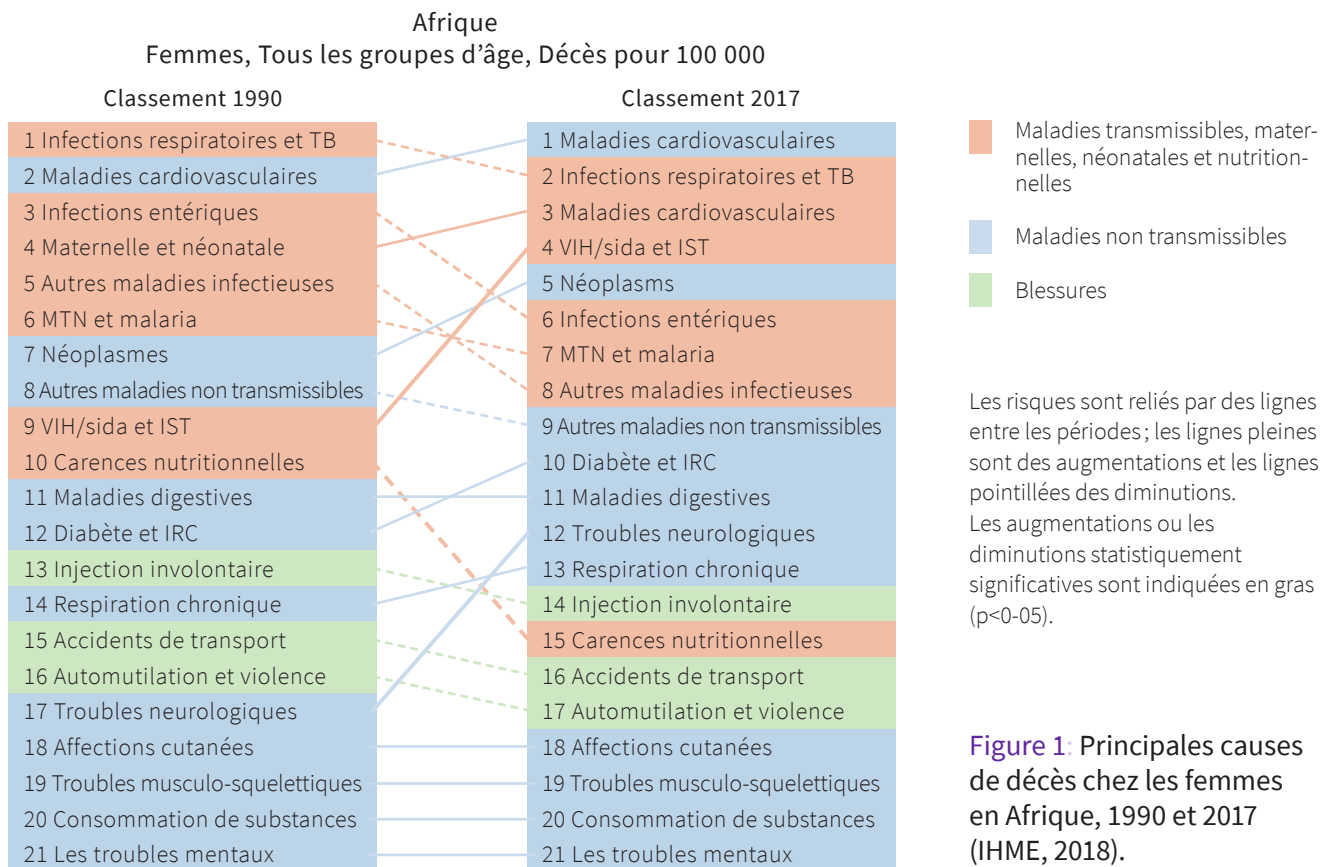
Outre la présentation de chiffres et de données globaux, cette section met en évidence des statistiques clés sur l'impact des MNT sur les femmes en Afrique, y compris les tendances régionales ou les préoccupations de groupes particuliers de femmes et de jeunes filles.

3.1 Charge de morbidité des MNT

Maladies cardiovasculaires

En Afrique, les maladies cardiovasculaires, qui comprennent un certain nombre d'affections affectant le cœur ou les vaisseaux sanguins, sont la première cause de mortalité chez les hommes et les femmes, si l'on considère le continent dans son ensemble (Fig. 1). Il existe néanmoins de grandes variations géographiques. Les pays du continent où les MCV sont la principale cause de décès sont la Tunisie, l'Égypte, le Maroc, l'Algérie, le Cap-Vert, la Libye, les Seychelles et Maurice (OMS, 2018). Certaines données suggèrent que, par rapport au reste du monde, les décès dus aux MCV en Afrique surviennent en moyenne à un âge plus précoce (Moran et al, 2013).

En 2017, on estime que plus de 22 millions de femmes vivaient avec des MCV en Afrique (IHME, 2018). Cette année-là, près de 2,6 millions de nouveaux cas de MCV sont apparus chez les femmes et plus de 675 000



décès ont été enregistrés (IHME, 2018). Les régions où la prévalence des maladies cardiovasculaires chez les femmes est la plus élevée sont les suivantes : l'Afrique de l'Ouest (près de 6,5 millions de cas), l'Afrique de l'Est (plus de 6 millions de cas) et l'Afrique du Nord (plus de 5,8 millions de cas); et les régions avec le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique du Nord (plus de 230 000 décès), l'Afrique de l'Ouest (plus de 179 000 décès) et l'Afrique de l'Est (plus de 144 000 décès) (IHME, 2018). **En Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale et en Afrique de l'Est, le nombre brut de décès dus à des MCV était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (IHME, 2018).** Cette différence est restée en Afrique de l'Ouest même après ajustement selon l'âge. Une récente étude mondiale sur la morbidité liée aux MCV a révélé que dans les pays en début de transition sociodémographique, la mortalité due aux MCV est plus élevée chez les femmes (Roth, 2017). L'annexe 3 présente les estimations brutes et ajustées selon l'âge de la prévalence et de la mortalité liées aux MCV chez les femmes par pays. Les pays présentant les taux de mortalité par MCV normalisés selon l'âge le plus élevé chez les femmes sont la République centrafricaine, le Maroc, Madagascar, le Soudan et l'Égypte (IHME, 2018).

Outre l'examen de la morbidité, il est également important de prendre en compte les différences dans l'apparition des symptômes des MCV chez les hommes et les femmes. Les données suggèrent que les hommes développent des MCV à un âge plus précoce et qu'ils sont plus exposés que les femmes aux cardiopathies ischémiques. En revanche, les femmes ont un risque plus élevé d'AVC, y compris d'AVC hémorragique, qui survient souvent à un âge plus avancé (Leening et al, 2014; George, 2015; Maas, 2010; Shaw, 2009). Des études ont également montré que la manifestation des symptômes cliniques associés à diverses MCV varie entre les hommes et les femmes (Leening, 2014; George, 2015; Sheps, 2001). Étant donné que les définitions du diagnostic clinique sont basées sur les symptômes observés chez les hommes, les signes d'alerte chez les femmes sont souvent ignorés, méconnus ou mal diagnostiqués, ce qui conduit finalement à un défaut de traitement des MCV chez les femmes (Peters et al, 2016). Par ailleurs, pour de nombreuses femmes sur le continent, des obstacles supplémentaires spécifiques à leur genre les empêchent d'accéder aux soins de santé (Chiang, 2013; Oosterhoff, 2015).

Diabète

On estime que **plus de 50,9 millions de personnes en Afrique vivaient avec le diabète en 2017** (IHME, 2018). Cette donnée est cependant probablement sous-estimée, car des travaux récents suggèrent que l'Afrique a le pourcentage le plus élevé de personnes non diagnostiquées vivantes avec le diabète, avec près de 18,7 millions de personnes estimées non diagnostiquées en 2017 (IHME, 2017). Par ailleurs, on estime que 42,9 millions d'adultes (18-99) en Afrique présentent une intolérance au glucose (IGT) qui les expose à un risque élevé de développer un diabète de type 2 (FID, 2017). Selon les prévisions, d'ici 2045, près de 108,6 millions de personnes seront atteintes d'IGT (FID, 2017). Certaines données suggèrent également que les femmes africaines pourraient être plus exposées au risque de résistance à l'insuline que les femmes d'autres régions du monde, ce qui aurait des implications majeures pour l'évaluation des risques chez les femmes du continent (Goedecke, 2017). À l'instar d'autres régions du monde, la majorité des cas de diabète en Afrique sont du type 2. En Afrique du Nord, le profil épidémiologique du diabète de type 1 est similaire à celui observé en Europe et en Amérique du Nord, tandis qu'en Afrique subsaharienne, le type 1 est plus rare et est associé à un âge d'apparition plus tardif (Gill, 2014). Ces différences peuvent être dues à un taux de mortalité plus précoce associé à un manque d'accès à l'insuline, aux seringues et autres équipements de surveillance à long terme. Il convient également de noter qu'il existe deux autres sous-groupes distincts de diabète en Afrique : le diabète sucré lié à la malnutrition et le diabète de type 2 atypique, sujet à la cétose, bien qu'ils soient tous deux beaucoup moins fréquents (Gill, 2014).

Si l'on considère les données sous le prisme du genre, **on estime qu'en Afrique, 25 millions de femmes étaient atteintes de diabète en 2017** et que plus de 85 000 cas de décès chez les femmes étaient attribués à cette maladie. Les régions où la prévalence du diabète chez les femmes est la

plus élevée sont les suivantes : l'Afrique du Nord, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est (Fig. 2); et les régions avec le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique de l'Est (plus de 21 000 décès), l'Afrique de l'Ouest (près de 21 000 décès) et l'Afrique du Nord (plus de 19 000 décès) (IHME, 2018). **En Afrique du Nord et du Sud, le nombre de décès causés par le diabète était plus élevé chez les femmes que chez les hommes** (IHME, 2018). En Afrique australe, cependant, cet effet s'inverse une fois que les estimations standardisées par âge sont calculées, ce qui suggère qu'une partie de cette différence est du fait des tranches d'âge différentes entre les hommes et les femmes dans la population (IHME, 2018). Cette différence de mortalité entre les sexes persiste en Afrique du Nord, même une fois l'âge ajusté. Il est également rapporté qu'environ 1 sur 10 naissances vivantes en Afrique sont affectées par l'hyperglycémie pendant la grossesse, un facteur de risque de diabète gestationnel associé à des résultats cliniques défavorables pour la mère et son enfant (IHME, 2017).

L'annexe 4 présente les estimations brutes et ajustées par âge de la prévalence et de la mortalité du diabète chez les femmes par pays. Les pays présentant les taux de mortalité par diabète normalisés selon l'âge les plus élevés chez les femmes sont le Swaziland, le Lesotho, Maurice, le Botswana et le Zimbabwe (IHME, 2018).

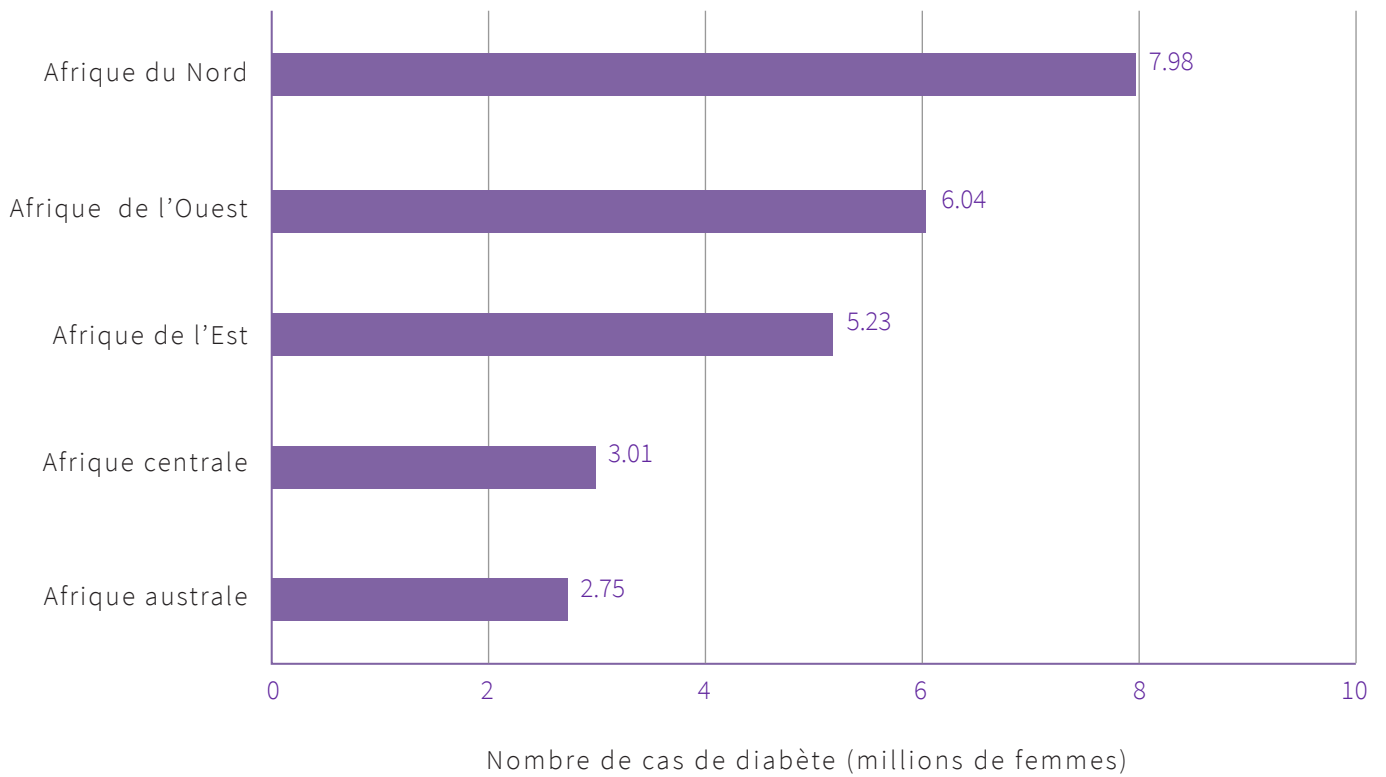


Figure 2. Prévalence brute du diabète chez les femmes en Afrique par région, 2017 (IHME 2018)



On estime que plus de 50,9 millions de personnes en Afrique vivaient avec le diabète en 2017.



¹ La région Afrique de l'ID compte 49 pays en ASS.

² La cause du diabète sucré lié à la malnutrition est inconnue, mais l'état de malnutrition passé ou présent est toujours un facteur déterminant; il tend également à se produire chez les jeunes adultes et il est constaté plus fréquemment chez les hommes. Le diabète de type 2 atypique, sujet à la cétose, est une forme de diabète caractérisée par l'apparition à un jeune âge d'une hyperglycémie et/ou d'une cétose grave, suivie d'une rémission.

Cancers

On estime à plus de 3,7 millions le nombre de cas de cancer en Afrique en 2017, avec plus d'un million de nouveaux cas et plus de 650 000 décès cette année-là (IHME, 2018). **En considérant tous les cancers, les femmes sont affectées de manière disproportionnée, étant donné qu'elles représentent plus de 65 % de tous les cas de cancer sur le continent en 2017 et que les nouveaux cas de cancer sont plus fréquents chez elles que chez les hommes** (près de 560 000 cas chez les femmes et près de 500 000 cas chez les hommes) (IHME, 2018). Cependant, le nombre total de décès dus aux cancers était légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (plus de 339 000 décès chez les hommes et plus de 308 000 décès chez les femmes) (IHME, 2018). **Les cancers les plus fréquents chez les femmes en Afrique sont le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer des ovaires, le cancer du côlon et du rectum et le cancer de la thyroïde** (Fig. 3).

Au niveau régional, l'Afrique de l'Ouest a enregistré le plus grand nombre de nouveaux cas de cancer chez les femmes ainsi que le plus grand nombre de décès

dus au cancer chez les femmes (IHME, 2018). Le cancer du col de l'utérus était le cancer le plus répandu chez les femmes en Afrique de l'Est, contrairement aux quatre autres régions, où le cancer du sein était le plus répandu (IHME, 2018).

L'annexe 5 présente les estimations brutes et, lorsqu'elles sont disponibles, ajustées selon l'âge, de la prévalence et de la mortalité liées au cancer chez les femmes par pays. Les pays présentant les taux de mortalité associés au cancer chez les femmes les plus élevés, normalisés selon l'âge, sont la Guinée, le Congo, la Somalie, le Zimbabwe et l'Érythrée (IHME, 2018).

Enfin, l'une des différences épidémiologiques dans les types de cancers rencontrés dans de nombreuses régions d'Afrique par rapport à de nombreuses autres régions du monde est la forte incidence des cancers liés à des infections, tels que les cancers du col de l'utérus, du foie et de l'estomac, ainsi que le sarcome de Kaposi et le lymphome non hodgkinien (Casper, 2016).

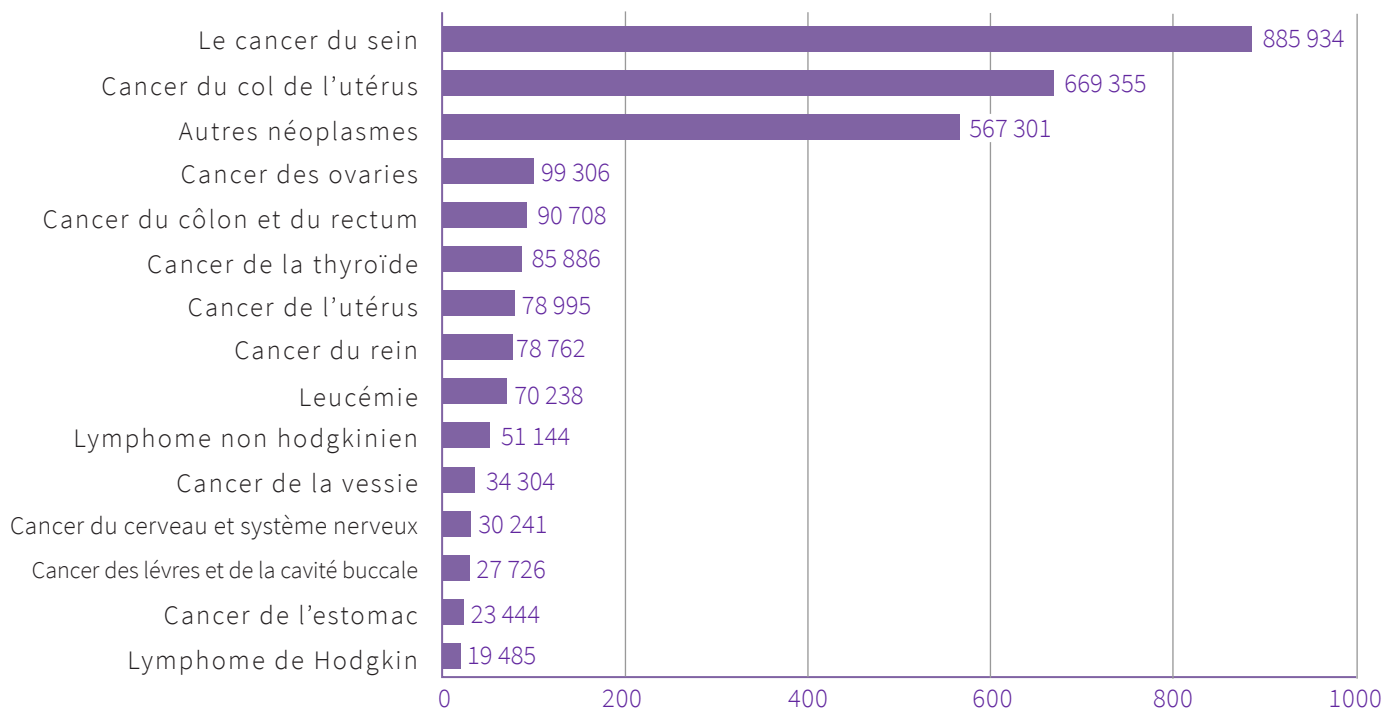


Figure 3: Les cancers les plus courants chez les femmes en Afrique, 2017 (IHME 2018)



Maladies respiratoires chroniques

Les maladies respiratoires chroniques (MRC) englobent toute une série de maladies des voies respiratoires et des autres structures du poumon. Les MRC les plus courantes sont la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'asthme, les maladies pulmonaires professionnelles et l'hypertension pulmonaire. Les MRC constituent un groupe important et croissant de maladies affectant la vie des femmes en Afrique, mais elles ne reçoivent toujours que peu d'attention.

En 2017, il existait plus de 70 millions de cas de MRC en Afrique, dont plus de la moitié (37 millions de cas) chez les femmes (IHME, 2018). On estime que près de 90 000 femmes sont mortes en Afrique à cause des MRC en 2017 (IHME, 2018). La région ayant le plus grand nombre de cas existants et nouveaux de MRC chez les femmes était l'Afrique de l'Est (plus de 10,9 millions de cas existants et plus de 2,1 millions de nouveaux cas en 2017), suivie de l'Afrique de l'Ouest (plus de 10,2 millions de cas existants et plus de 1,7 million de nouveaux cas en 2017), et ensuite de l'Afrique du Nord (plus de 9,6 millions de cas existants et plus de 1,2 million de nouveaux cas en 2017). L'Afrique de l'Ouest a enregistré le plus grand nombre de décès dus à des MRC chez les femmes, avec près de 27 000 femmes estimées être décédées cette année-là, suivie par l'Afrique de l'Est (plus de 24 000 décès), l'Afrique du Nord (plus de 15 500 décès), l'Afrique centrale (près de 13 000 décès) et l'Afrique australe (plus de 10 000 décès) (IHME, 2018).

L'annexe 6 présente les estimations brutes et ajustées selon l'âge de la prévalence et de la mortalité liées aux MRC chez les femmes par pays. Les pays présentant les taux de mortalité normalisés selon l'âge les plus élevés chez les femmes atteintes des MRC sont Sao Tomé et Príncipe, le Lesotho, la République centrafricaine, le Congo et la République démocratique du Congo (IHME, 2018).

Certaines études menées auprès d'autres populations suggèrent des différences dans l'épidémiologie et la représentation clinique de certaines MRC chez les hommes et les femmes (Jenkins, 2017). Une récente revue systématique de la BPCO a révélé que les femmes atteintes de BPCO étaient généralement plus jeunes, fumaient moins, avaient un indice de masse corporelle plus faible et étaient plus susceptibles d'avoir un statut socio-économique inférieur à celui des hommes (Jenkins, 2017). En outre, les femmes étaient plus susceptibles de présenter une petite maladie des voies respiratoires (bronchiolite), alors que les hommes sont enclins à développer un emphysème (Jenkins, 2017). Ces différences pourraient potentiellement entraîner des retards de diagnostic ou des erreurs de diagnostic chez les femmes. Toutefois, il est nécessaire d'approfondir la recherche auprès des populations africaines.

Troubles mentaux et neurologiques

Les troubles mentaux et neurologiques englobent un large éventail de pathologies qui affectent les pensées, les émotions, le comportement et les relations. Les troubles mentaux comprennent la dépression, l'autisme et la schizophrénie, tandis que les troubles neurologiques comprennent l'épilepsie, la démence et la sclérose en plaques. De nombreux troubles mentaux peuvent être observés seuls ou en comorbidité avec d'autres MNT.

En 2017, on estime qu'en Afrique, près de 73 millions de femmes étaient atteintes de troubles mentaux et plus de 235 millions de femmes étaient atteintes de troubles neurologiques (IHME, 2018). **La prévalence des maladies neurologiques était plus élevée chez les femmes que chez les hommes et le nombre de nouveaux cas de troubles mentaux et neurologiques était plus élevé chez les femmes en Afrique en 2017** (Fig. 4) (IHME, 2018). Par ailleurs, on estime qu'en 2017, les troubles neurologiques ont causé plus de 100 000 décès chez les femmes sur le continent, tandis que les troubles mentaux ont contribué à la perte de plus de 9,6 millions d'années de vie en bonne santé (AVCI) chez les femmes cette année-là (IHME, 2018). Les régions où la prévalence et l'incidence des troubles neurologiques et mentaux

chez les femmes sont les plus élevées sont : l'Afrique de l'Ouest (près de 90 millions de cas de troubles neurologiques, près de 22,5 millions de troubles mentaux), l'Afrique de l'Est (près de 58 millions de cas de troubles neurologiques et plus de 22 millions de troubles mentaux) et l'Afrique du Nord (près de 49 millions de cas de troubles neurologiques et près de 17 millions de troubles mentaux) (IHME, 2018). En outre, plus de 80 % des décès dus à des troubles neurologiques chez les femmes se sont produits dans ces trois régions (IHME, 2018).

Les annexes 7a et 7b présentent les estimations brutes et ajustées selon l'âge de la prévalence et de la mortalité pour les troubles neurologiques et des AVCI pour les troubles mentaux chez les femmes par pays. Les pays présentant les taux de mortalité ajustés selon l'âge les plus élevés chez les femmes en raison de troubles neurologiques sont l'Érythrée, la Guinée-Bissau, la Guinée, la Libye et le Lesotho. Les pays ayant le plus grand nombre d'AVCI ajustés selon l'âge pour des raisons de santé mentale chez les femmes sont le Maroc, le Lesotho, la Tunisie, l'Ouganda et le Soudan (IHME, 2018).

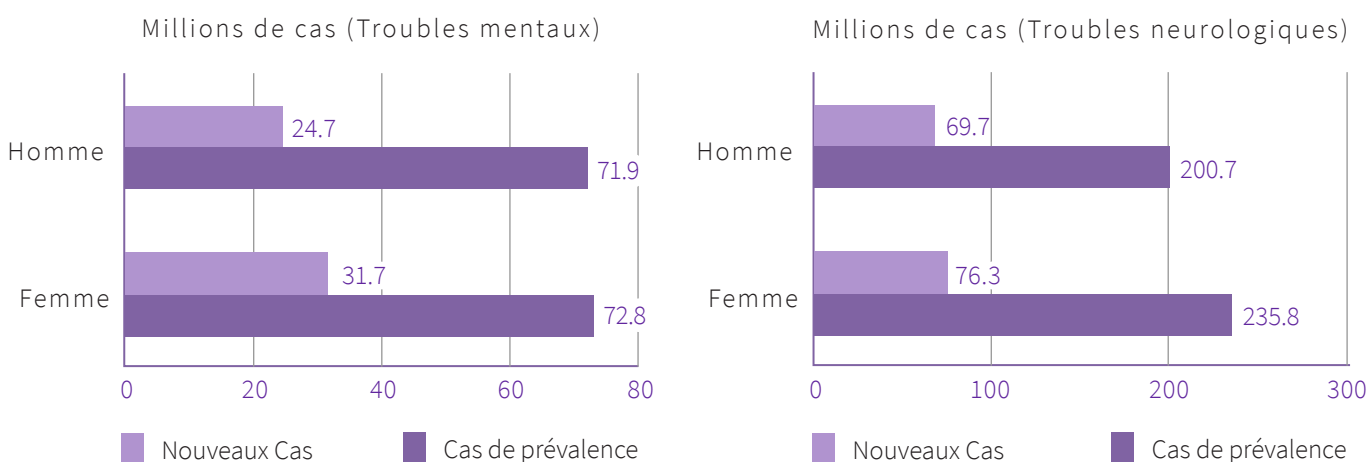


Figure 4: Prévalence et incidence des troubles mentaux et neurologiques en Afrique selon le genre, 2017 (IHME 2018)



La prévalence des maladies neurologiques était plus élevée chez les femmes que chez les hommes et le nombre de nouveaux cas de troubles mentaux et neurologiques était plus élevé chez les femmes en Afrique en 2017



3.2 Facteurs de risque

Les variations observées dans la charge de morbidité en Afrique sont largement dues à des changements dans l'ampleur et la propagation des principaux facteurs de risque des MNT, parallèlement à l'évolution démographique et au développement économique. Les principaux facteurs de risque comportementaux des MNT, en particulier les MCV, le diabète et les cancers, sont largement évitables. Il s'agit notamment de l'inactivité physique, du tabagisme, de la consommation d'alcool et de la mauvaise alimentation (souvent riche en sucre transformé, en graisses et en sel) qui, à leur tour, contribuent au développement de facteurs de risque métaboliques tels que l'hypertension, un indice de masse corporelle (IMC) élevé, une glycémie à jeun

élevée et un taux de cholestérol élevé. Parmi les autres déterminants associés à l'augmentation des cas de MNT, citons l'urbanisation, l'augmentation de l'espérance de vie et la pauvreté. Au nombre des autres facteurs de risque clés qui touchent les femmes de manière disproportionnée, on peut citer la pollution de l'air intérieur et les effets psychologiques négatifs associés à l'oppression et à la violence généralisées contre les femmes. De plus amples détails sur la répartition de certains de ces facteurs de risque et déterminants, outre les différences liées au sexe, sont brièvement abordés ci-dessous.

Nutrition

Nombre de pays d'Afrique, en particulier ceux d'Afrique de l'Ouest, de l'Est et du Sud, connaissent une transition nutritionnelle dans laquelle la sous-nutrition continue de contribuer à des niveaux élevés de retard de croissance et d'insuffisance pondérale des populations, tandis que dans le même temps, parmi certains sous-groupes de la population (par exemple ceux qui vivent dans les zones urbaines), le surpoids/l'obésité et les régimes alimentaires à faible valeur nutritionnelle et riches en sucre transformé, en graisses et en sel sont en augmentation (Abrahams, 2011). Ces changements de régime alimentaire sont étroitement liés aux politiques économiques dans les domaines de l'agriculture, du commerce, des investissements et de la commercialisation qui ont modifié la quantité, le type, le coût, la distribution et l'intérêt des aliments disponibles (Abrahams, 2011).

La consommation de fruits et légumes est l'un des indicateurs d'une alimentation saine. La consommation de fruits et légumes varie selon les pays du continent, les légumes étant consommés beaucoup plus fréquemment que les fruits (OMS AFRO, 2016). Cependant, dans l'ensemble, les populations de la plupart des pays ne respectent pas la consommation quotidienne recommandée de fruits et légumes. Sur les 32 pays ayant répondu à une enquête (OMS STEPS) visant à évaluer la prévalence des facteurs de risque de MNT dans la population générale, **tous les pays ont indiqué que plus de 60 % de leur population adulte ne consomme pas les cinq portions combinées de fruits et légumes recommandées** en moyenne au cours d'une journée (OMS, 2016). Cette proportion va de 62 % à Madagascar à 99 % en Éthiopie (OMS AFRO, 2016). **Dans la moitié de ces pays, près de 9 adultes sur 10 ne consommaient pas les portions quotidiennes recommandées de fruits et légumes** (OMS AFRO, 2016). Il n'y avait pas de différences notables entre les hommes et les femmes dans les habitudes de consommation de fruits et légumes (OMS AFRO, 2016). Les pays ayant la plus faible

proportion de femmes adultes consommant moins de cinq rations combinées de fruits et légumes étaient : Éthiopie (1,3 %), Érythrée (1,5 %), Niger (2,0 %), Tanzanie (2,4 %) et Malawi (2,9 %) (OMS AFRO, 2016).

Les autres points relatifs à la nutrition et aux droits de la femme à prendre en compte sont :

- Les femmes n'ont pas un accès et un contrôle équitables aux ressources et aux opportunités de production, bien qu'elles soient la main-d'œuvre prédominante dans l'agro-industrie et qu'elles contribuent largement à la production, la transformation et la commercialisation des aliments, à la nutrition des ménages et à la gestion des ressources naturelles (FAO, 2011 ; FAO, 2018). Soutenir les combats des femmes en matière de droits fonciers, d'égalité des femmes dans l'agriculture, d'autonomisation économique, d'éducation, de sécurité alimentaire et d'accès aux ressources est une contribution importante à la lutte contre les MNT sur le continent.
- L'affectation par les pouvoirs publics des ressources dans les cultures de rente au détriment de la production alimentaire contribue à l'insécurité alimentaire (Marquez, 2013). À cela s'ajoute le fait que les investisseurs internationaux acquièrent de plus en plus souvent des droits d'exploitation de vastes étendues de terres, principalement à des fins non alimentaires, ce qui a un effet néfaste sur l'environnement local, et contribue également à l'insécurité alimentaire dans la région (Deininger, 2011).




Soutenir les combats des femmes en matière de droits fonciers, d'égalité des femmes dans l'agriculture, d'autonomisation économique, d'éducation, de sécurité alimentaire et d'accès aux ressources est une contribution importante à la lutte contre les MNT sur le continent.

Inactivité physique et obésité

Les niveaux d'activité physique en Afrique sont relativement élevés (OMS AFRO, 2016). Avec une majorité de la population résidant en zone rurale, la plupart des habitants sont physiquement actifs en raison de leur travail ou de leur mode de transport. **Cependant, dans les cinq régions, les niveaux d'activité physique sont considérablement plus faibles chez les femmes que chez les hommes** (OMS AFRO, 2016). Une étude comparative portant sur plus de 30 pays d'Afrique a révélé que le Ghana avait la plus forte prévalence d'inactivité physique chez les femmes adultes, avec plus de 80 % d'inactivité physique, suivi par le Mali (66 %), la Mauritanie (53 %), l'Érythrée (53 %) et le Cameroun (50 %) (OMS AFRO, 2016). Il est préoccupant de constater que des écarts similaires entre les genres en matière d'activité physique ont également été signalés chez les scolaires (OMS AFRO, 2016).

En plus de ces différences entre les sexes en matière d'activité physique et de changements dans l'apport calorique, il existe des disparités marquées dans les niveaux de surpoids et d'obésité entre les femmes et les hommes sur le continent. **En Afrique, la prévalence du surpoids chez les femmes adultes est deux fois plus élevée que chez les hommes, et les femmes adultes sont sept fois plus susceptibles d'être obèses que les hommes adultes** (OMS AFRO, 2016). Les facteurs génétiques et biologiques qui

prédisposent les femmes à accumuler des graisses pour des raisons de reproduction et d'allaitement peuvent expliquer certaines de ces différences. Toutefois, le régime alimentaire, l'activité physique, les croyances culturelles et l'urbanisation contribuent aussi largement à ces différences basées sur le genre en matière d'obésité et de risque de MNT. Dans une étude comparative portant sur 32 pays, la prévalence du surpoids chez les femmes allait de 15 % à Madagascar à 68 % aux Seychelles et au Ghana (OMS AFRO, 2016). Les autres pays présentant la plus forte prévalence du surpoids chez les femmes adultes étaient le Swaziland (65 %), la Mauritanie (59 %), le Lesotho (58 %) et le Liberia (57 %) (OMS AFRO, 2016).



Au Malawi, 2 millions de personnes dépendent de la culture du tabac pour leur subsistance, et au Nigeria, British American Tobacco se présente comme un acteur majeur de l'économie. (Marquez 2013)

Tabac

En dépit de niveaux de tabagisme relativement faibles en Afrique par rapport à d'autres régions du monde, on estime que plus de 40 millions de personnes fument actuellement sur le continent, avec un taux de prévalence du tabagisme particulièrement élevé en Afrique du Nord (Marquez, 2013 ; OMS, 2018). Sur les 28 pays disposant de données représentatives au niveau national, 16 (57 %) avaient une prévalence globale de la consommation quotidienne actuelle de tabac supérieure à 10 % (OMS AFRO, 2016). Dans les cinq régions du continent, les hommes sont beaucoup plus susceptibles de fumer que les femmes (OMS, 2016). Les pays ayant enregistré la plus forte prévalence du tabagisme chez les femmes sont la Sierra Leone (10,5 %), le Botswana (7,8 %), la Côte d'Ivoire (7,3 %), le Mozambique (6,4 %) et Madagascar (6,3 %) (OMS AFRO, 2016). Le tabagisme n'est cependant pas l'apanage des hommes. La prévalence du tabagisme chez les jeunes est en augmentation, ce qui est alarmant.

Par exemple, aux Seychelles, un écolier sur quatre âgé de 13 à 15 ans a déclaré fumer des cigarettes, et plus de 90 % des écolières ont déclaré avoir consommé d'autres formes de tabac pendant un ou plusieurs jours au cours des 30 jours précédant l'enquête (OMS AFRO, 2016). En dépit de données très limitées sur le tabagisme en Afrique, il est de plus en plus avéré que les compagnies de tabac se développent sur des marchés « inexploités » du continent, l'âge d'initiation au tabac diminuant et les cigarettes étant commercialisées comme un signe d'« émancipation » et d'« autonomisation » des femmes (Blecher, 2013).

On note en outre une augmentation de la consommation de produits du tabac autres que les cigarettes (Blecher, 2013).

Au nombre des points supplémentaires à prendre en compte en ce qui concerne le tabac, on peut préciser que :

- Certaines économies nationales du continent sont fortement dépendantes de la production de tabac. Cela crée des tensions, car les compagnies de tabac apportent une source de subsistance à ceux qui travaillent dans les fermes de tabac, tout en étant source de problèmes de santé et d'insécurité alimentaire, car les terres ne sont pas utilisées pour la production de produits alimentaires. (Jakpor, 2012 ; Marquez, 2013)
- Il existe une forte corrélation entre le statut socio-économique et le tabagisme, les pauvres étant beaucoup plus susceptibles de fumer et de subir ainsi les conséquences négatives sur leur santé.
- **Des preuves convaincantes suggèrent que les effets du tabagisme et du diabète sur le risque de MCV sont disproportionnellement plus marqués chez les femmes que chez les hommes** (Huxley, 2011 ; Peters, 2014 ; Diabetologia ; Peters, 2014 ; Lancet). Ce n'est pas le cas pour d'autres facteurs de risque de MCV, comme la surcharge pondérale, l'hypertension et les taux élevés de lipides, qui ont un impact similaire sur les hommes et les femmes (Huxley, 2011 ; Peters, 2014 ; Diabetologia ; Peters, 2014 ; Lancet).

Alcool

La consommation d'alcool est très variable en Afrique. À titre illustratif, les pays dont la population est majoritairement musulmane enregistrent des niveaux de consommation d'alcool beaucoup plus faibles. L'alcool de fabrication artisanale, en particulier le maïs ou le millet fermenté, représente une part importante de l'alcool consommé en Afrique subsaharienne, où l'on estime qu'environ un tiers de l'alcool consommé n'est pas recensé (Marquez, 2013). Cette caractéristique change toutefois lentement. À mesure que les conditions économiques s'améliorent, la consommation d'alcool de fabrication industrielle augmente (Obot, 2006; Marquez, 2013).

Sur les 28 pays qui disposent de données, la prévalence de la consommation actuelle d'alcool chez les adultes varie de 0,3 % seulement au Niger à 87 % aux Seychelles (OMS AFRO, 2016). On estime qu'au moins un adulte sur cinq est actuellement consommateur d'alcool dans la moitié des pays ayant participé à l'enquête. **En Afrique subsaharienne, la prévalence de la forte consommation épisodique d'alcool (beuverie) est la plus élevée au monde**, avec environ un consommateur sur quatre qui déclare avoir une forte consommation d'alcool (Marquez, 2013). Les pays où la prévalence de la consommation ponctuelle immodérée d'alcool chez les femmes est la plus élevée sont : Botswana (52 %), Gabon (40 %), Mozambique (35 %), Togo (22 %) et Sao Tomé-et-Principe (21 %) (OMS AFRO, 2016). Globalement, la prévalence de la consommation d'alcool était toutefois plus faible chez les femmes que chez les hommes (OMS AFRO, 2016). Comme pour le tabagisme, la prévalence de la consommation d'alcool chez les jeunes est élevée. Une enquête menée dans 13 pays auprès des élèves âgés de 13 à 15 ans a révélé que plus de 10 % des élèves ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours dans la plupart des pays participants (OMS AFRO, 2016). Il est troublant de constater que les sociétés locales d'alcool ciblent de plus en plus

les adolescents et les jeunes adultes, par exemple en parrainant des événements culturels ou sportifs (OMS AFRO, 2011; OMS AFRO, 2016).

Hypertension

L'hypertension, également connue sous le nom d'hypertension artérielle, est le principal facteur de risque des maladies cardiovasculaires. Elle est également associée aux maladies rénales et à l'éclampsie pendant la grossesse. Les estimations suggèrent que le nombre de personnes touchées est le plus élevé en Afrique, avec plus de 50 % des individus âgés de 50 ans et plus souffrants d'hypertension (Bosu, 2019; van de Vijver, 2013). La plupart des personnes hypertendues sur le continent ne sont pas conscientes de leur état, car l'hypertension précoce est souvent asymptomatique. Par conséquent, la plupart des personnes ne sont pas prises en charge ou sont mal suivies, ce qui les expose à un risque élevé d'accident vasculaire cérébral et de maladie cardiaque et rénale (van de Vijver, 2013). Sur les 36 enquêtes « STEPwise » menées dans la région, les cinq pays où la prévalence de l'hypertension est la plus élevée sont les Seychelles (40 %), le Cap-Vert (39 %), Sao Tomé-et-Principe (39 %), le Ghana (37 %) et le Niger (36 %) (OMS AFRO, 2016). Globalement, chez les adultes, la prévalence de l'hypertension était plus élevée chez les hommes que chez les femmes, à l'exception de l'Algérie, du Botswana, du Lesotho et du Mali, où la prévalence de l'hypertension était nettement plus élevée chez les femmes (OMS AFRO, 2016). Les pays où la prévalence de l'hypertension chez les femmes est la plus élevée sont : Ghana (38 %), Botswana (37 %), Sao Tomé-et-Principe (36 %), Seychelles (36 %) et Lesotho (36 %) (OMS AFRO, 2016).



Contrairement au stéréotype selon lequel les MNT sont des maladies de riches, les MNT (comme les maladies infectieuses) touchent de manière disproportionnée les personnes appartenant à des groupes socio-économiques inférieurs.



Autres facteurs qui expliquent l'augmentation des MNT

Hormis les facteurs de risque comportementaux mentionnés ci-dessus, la recrudescence des MNT à travers le continent est étroitement liée à deux autres phénomènes : premièrement, l'augmentation de l'espérance de vie à mesure que la lutte contre les maladies infectieuses s'améliore ; et deuxièmement, l'urbanisation, qui se produit à un rythme alarmant. L'urbanisation est souvent associée à une augmentation de la pollution de l'air extérieur, un facteur de risque majeur pour les MRC. Elle est en outre associée à des modes de vie malsains et à une mauvaise alimentation, ce qui entraîne souvent une augmentation de l'hypertension et d'autres facteurs de risque de MNT, tels que le stress. Fait inquiétant, les effets de l'urbanisation ne se limitent pas aux seuls centres urbains. Les données disponibles indiquent que même dans les zones très rurales du continent, les changements négatifs de mode de vie associés à l'urbanisation sont de plus en plus perceptibles dans les communautés rurales (Riha, 2014).

Il importe également de noter que, contrairement au stéréotype selon lequel les MNT sont des maladies de riches, les MNT (comme les maladies infectieuses) touchent de manière disproportionnée les personnes appartenant à des groupes socio-économiques inférieurs (Marquez, 2013 ; Schneider 2009). Cela crée un cercle vicieux de pauvreté, car les maladies entraînent à la fois une perte de revenus et des frais de traitement. Ci-dessous figurent d'autres facteurs de risque des MNT qui touchent de manière disproportionnée les femmes et les jeunes filles :

- **La pollution de l'air intérieur est le principal facteur de risque de MRC chez les femmes.** La pollution de l'air intérieur due aux combustibles de biomasse tels que le bois, les excréments d'animaux, l'herbe, les résidus de culture ou le charbon de bois, pour la cuisine et/ou le chauffage, affecte de manière disproportionnée les femmes et les enfants qui sont souvent ceux qui préparent les aliments, chauffent la maison, etc. Cette situation est particulièrement marquée dans les zones rurales et parmi les femmes et les jeunes filles des groupes socio-économiques les plus défavorisés.
- **Quant à la santé mentale, de nombreux facteurs de risque et éléments précurseurs sont étroitement liés à des expériences et des événements de vie négatifs, qui, pour de nombreuses femmes, sont directement liés à la misogynie (OMS, 2000 ; OMS, 2019).** Ces facteurs de risque spécifiques au genre comprennent « la violence sexiste, les inégalités socio-économiques [et la discrimination], les faibles revenus et l'inégalité des revenus, un statut social et un rang inférieur ou subalterne et la responsabilité permanente de prendre soin des autres » (OMS, 2019).

3.3 Points communs et comorbidités entre les MNT et les maladies infectieuses

Le double fardeau des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles dans la plupart des pays du continent crée un profil épidémiologique unique qui doit être pris en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans d'intervention efficaces et globaux en matière de MNT. Ces points communs comprennent : (i) différents groupes de maladies partageant parfois les mêmes déterminants ou facteurs de risque ; (ii) plusieurs maladies survenant chez un même individu (comorbidité) ; (iii) la présence d'une affection augmentant la probabilité de développer l'autre ou d'aggraver la condition d'une autre affection ; (iv) le traitement d'une maladie augmentant la probabilité de développer une autre affection (Marques, 2013 ; Young, 2009). Ci-dessous, quelques exemples :

- **On associe le diabète à un risque presque triplé de tuberculose** et l'on suppose que la tuberculose peut également augmenter le risque qu'un individu développe un diabète. Lorsqu'une personne est à la fois atteinte de tuberculose et de diabète, son pronostic vital empire par rapport à ceux qui ne sont atteints que de diabète ou de tuberculose (Young, 2009).
- De plus, l'infection au VIH elle-même peut augmenter le risque de développer à la fois un diabète et des MCV (Young, 2009).

Un autre point commun qu'il est important de prendre en compte pour faire face à l'augmentation des MNT, en particulier dans la dimension genre, est **l'effet de la santé maternelle et des conditions in utero sur le risque de MNT chez l'enfant plus tard dans sa vie**. Par exemple, le diabète gestationnel est un indicateur fiable de la santé future, à la fois de la mère, qui peut développer un diabète et des MCV plus tard dans sa vie, mais aussi de l'enfant, qui est également exposé à un risque

accru (Herath, 2017 ; Marco, 2012). Au nombre des autres facteurs de risque figurent une mauvaise nutrition maternelle avant et pendant la grossesse, ainsi que la consommation de tabac pendant la grossesse (Amuna, 2008 ; Steyn, 2006). Ces facteurs de risque contribuent à une mauvaise croissance intra-utérine, qui se traduit souvent par un faible poids à la naissance de l'enfant, ce qui le prédispose à des troubles métaboliques et à un risque de MNT plus tard dans la vie (Amuna, 2008 ; Steyn, 2006). Il est également prouvé que l'allaitement maternel diminue non seulement le risque de cancer des ovaires, de cancer du sein en préménopause et de diabète chez la mère, mais protège également l'enfant contre les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires ainsi que l'obésité plus tard dans la vie (Lutter, 2012). Par conséquent, **les interventions efficaces pour lutter contre les MNT nécessitent une approche sur toute la durée de la vie où la santé des personnes est prise en compte depuis la préconception jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte**. Pour ce faire, il faut accorder la priorité à la santé holistique des femmes.



Les interventions efficaces pour lutter contre les MNT nécessitent une approche sur toute la durée de la vie où la santé des personnes est prise en compte depuis la préconception jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte.



Principales parties prenantes, solutions et approches axées sur le genre dans la lutte contre les MNT en Afrique

4

Face au fardeau sanitaire, social et économique immense et rapidement croissant des MNT, la réaction des acteurs et actrices mondiaux et nationaux, y compris les gouvernements, les institutions de financement et autres, n'a pas été à la hauteur.

Cette section vise à fournir une vue d'ensemble des acteurs et actrices qui répondent à la crise des MNT à travers le continent, en donnant quelques exemples de la manière dont ils et elles réagissent, et en particulier en mettant en évidence les initiatives axées sur le genre, l'équité et les droits de la femme menées. Dans la mesure du possible, nous attirons également l'attention sur les facteurs qui facilitent ou entravent le choix des priorités et l'action en matière de MNT.

4.1 Vue d'ensemble

En Afrique, les parties clés impliquées dans la prévention et le contrôle des MNT peuvent être regroupées en deux grandes catégories, à savoir les acteurs étatiques et les acteurs non étatiques.

Le premier groupe comprend toutes les organisations d'États, y compris les structures gouvernementales régionales et locales. Les acteurs non étatiques regroupent : (i) de grands acteurs transnationaux, mondiaux, comme les Nations Unies (ONU), des entités connexes comme l'OMS, ainsi que des organisations intergouvernementales comme l'Union africaine (UA), la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CÉDEAO), la Communauté de l'Afrique de l'Est (CAE), la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS), (ii) la société civile et les organisations non gouvernementales, (iii) les associations professionnelles, (iv) les institutions académiques et institutions de recherche, (v) les entreprises commerciales (secteur privé), (vi) les partenariats public-privé, et (vii) les organisations philanthropiques. L'annexe 8 fournit une liste des acteurs compilée dans le cadre des recherches entreprises pour ce rapport.

4.2 Pouvoirs publics

Malgré les signes antérieurs de résurgence des MNT, les États n'ont vraiment commencé à accorder la priorité aux MNT qu'en 2011, lors de la première réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT (ONU, 2011). À cette occasion, quatre MNT et quatre facteurs de risque ont été jugés prioritaires. C'était la deuxième fois dans l'histoire que l'Assemblée générale des Nations Unies se réunissait sur une question de santé (la première réunion ayant porté sur le sida dix ans auparavant). À la suite de cette réunion, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a adopté en 2012 un objectif mondial de réduction de 25 % de la mortalité prématurée associée aux MNT d'ici 2025 (25 % d'ici 2025) (OMS, 2012). Peu après, l'OMS a élaboré le Plan d'action mondial pour prévenir et contrôler les MNT 2013-2020, qui définit une série d'objectifs et d'indicateurs volontaires pour soutenir les pays dans leurs efforts nationaux visant à atteindre l'objectif des 25 % d'ici 2025 (OMS, 2013). Il s'agissait notamment d'un ensemble de « meilleurs choix » et des recommandations d'interventions en forme de mesures de prévention et de lutte rentables que les États et autres acteurs pourraient adapter et adopter pour s'attaquer aux MNT. Depuis lors, deux autres réunions de haut niveau des Nations Unies ont été consacrées aux MNT, l'une en 2014 et l'autre plus récemment en 2018, où la santé mentale et la pollution atmosphérique ont été ajoutées à la liste des domaines prioritaires (ONU, 2014 ; ONU, 2018).

Puis, en 2015, dans le cadre du programme de développement durable à l'horizon 2030, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à réduire de 30 % les cas de décès prématurés dus aux MNT d'ici 2030 et à promouvoir la santé mentale et le bien-être (objectif 3.4 des ODD) (ONU, 2015). Les profils des pays publiés par l'OMS au fil des ans ont constitué le principal mécanisme de suivi des progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif des 25 % d'ici 2025 et, plus récemment, la cible des ODD relative aux MNT (OMS, 2011 ; OMS, 2014 ; OMS, 2015 ; OMS, 2017 ; OMS, 2018).

Une synthèse des progrès des gouvernements africains vers ces objectifs a révélé une lenteur inquiétante dans la mise en œuvre des approches recommandées en matière de prévention des MNT, telles que les taxes sur le tabac, le renforcement des systèmes de santé et les restrictions sur la commercialisation de nourriture malsaine et de boissons (Nyaaba, 2017). Plus précisément, le rapport a constaté que :

- Même si plus de 90 % des pays africains avaient créé une unité, une branche ou un département des MNT au sein du ministère de la Santé ou de son équivalent en 2011, seuls **18,5 % des pays africains avaient, en 2015, défini des indicateurs nationaux complets de MNT assortis de délais.** L'Afrique de l'Est avait la plus forte proportion de pays ayant fixé des indicateurs des MNT assortis de délais (22 % des pays de la région) (Nyaaba, 2017).
- Par ailleurs, si près de 70 % des pays africains disposaient de politiques, stratégies ou plans d'action nationaux multisectoriels partiellement opérationnels intégrant plusieurs MNT et partageant des facteurs de risque en 2014, seuls **22,2 % d'entre eux disposaient de politiques, stratégies ou plans d'action nationaux intégrés pleinement opérationnels en matière de MNT en 2015.** Vingt-cinq pour cent des pays d'Afrique de l'Ouest et 17,6 % des pays d'Afrique de l'Est disposaient de politiques, de stratégies ou de plans d'action nationaux multisectoriels opérationnels pour les MNT (Nyaaba, 2017).
- **Un peu moins de 4 % des pays africains disposaient de systèmes pleinement fonctionnels pour générer régulièrement des données fiables sur la mortalité en fonction des causes en 2015,** bien que plus de 65 % des pays aient inclus la mortalité liée aux MNT dans le système national d'information sanitaire en 2011 (Nyaaba, 2017).

- **Seule la Tunisie a entièrement limité l'accessibilité des produits du tabac en augmentant les droits d'accises sur le tabac en 2015** (Nyaaba, 2017).
- **25 % des pays d'Afrique de l'Ouest ont déclaré avoir intégré de manière opérationnelle des politiques, programmes ou plans d'action spécifiques à l'alcool en 2014** (Nyaaba, 2017).
- **En 2015, près de 40 % de la région de l'Afrique de l'Est avait pleinement mis en œuvre au moins un récent programme national de sensibilisation du public sur la nutrition et/ou l'activité physique, tandis qu'un seul pays atteint pleinement cet indicateur dans la région de l'Afrique australe** (Nyaaba, 2017).
- **En 2015, 34 % des pays d'Afrique du Nord disposaient de directives, protocoles ou normes nationaux fondés sur des données probantes pour la gestion des principales MNT dans le cadre d'une approche de soins primaires.** En Afrique de l'Ouest et du Centre, seul un pays par région a atteint pleinement cet indicateur (Nyaaba, 2017).

Les autres entités ou stratégies étatiques dont les activités sont étroitement liées au programme sur les MNT sont :

- **Instituts nationaux de santé publique (INSP)**
Vingt-huit pays du continent ont des INSP, qui ont généralement pour mandat d'assurer la direction et la coordination de la santé publique tout en renforçant les rôles de la santé publique au niveau national, notamment la surveillance, la recherche et la coordination des situations d'urgence et de la préparation (IAPHI, 2019). En ce qui concerne les MNT, les efforts des INSP ont généralement porté sur la surveillance (IAPHI, 2019).
- **Politiques et stratégies nationales en matière d'égalité des sexes**
La plupart des pays ont mis en place des politiques

Principes généraux du plan d'action mondial (OMS, 2013)

- Approche axée sur le cycle de vie
- Autonomisation des populations et des communautés
- Stratégies fondées sur des données probantes
- Couverture maladie universelle
- Gestion des conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels
- Approche axée sur les droits de l'homme
- Approche axée sur l'équité
- Action nationale, coopération et solidarité internationales

nationales de genre pour lutter contre les inégalités entre les sexes et renforcer l'autonomie des femmes (MEWC, 2018). Toutefois, lorsque la santé des femmes est mentionnée, c'est généralement en rapport avec la santé sexuelle et reproductive (MEWC, 2018). Ici, il manque une vision globale de la santé des femmes, alors qu'elle est au cœur de l'égalité des sexes.

Les stratégies proposées pour faire face au fardeau actuel et anticipé des MNT peuvent être divisées en deux grands groupes, **à savoir les stratégies qui se concentrent sur la prévention et celles qui se concentrent sur la prestation de services et de soins aux personnes touchées par les MNT.** Quelques stratégies sont à cheval sur ces deux groupes (par exemple, les données). Par ailleurs, les principes généraux énumérés dans le plan d'action mondial couvrent généralement à la fois les stratégies visant la prévention et celles visant la gestion des MNT (OMS, 2013 ; OMS, 2018).

Étant donné les prévisions alarmantes quant au fardeau futur des MNT et le juste titre sur la prévention en Afrique, les efforts des autorités se concentrent à juste titre sur la prévention. Toutefois, **en raison de**

la diversité des facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles et aux troubles mentaux, il est essentiel de mener une action multisectorielle (AMS), impliquant le secteur de la santé et d'autres secteurs. Entre autres, les ministères de l'Éducation, du Commerce, de l'Agriculture, de l'Urbanisme, des Finances, des Transports, de la Justice et du pouvoir législatif. Une étude récente menée dans cinq pays africains (Kenya, Afrique du Sud, Cameroun, Nigeria et Malawi) a évalué l'importance de l'AMS dans l'élaboration des politiques nationales de prévention des MNT (Juma, 2018). Il existe un certain degré d'AMS dans certains pays. Néanmoins, le niveau d'engagement sectoriel varie selon les différentes politiques de lutte contre les MNT. Par exemple, on note un engagement plus important des secteurs dans l'élaboration de politiques antitabac dans les différents pays, puis dans les politiques en matière d'alcool, de régime alimentaire et de nutrition, d'activité physique et, enfin, dans les plans d'action nationaux de lutte contre les MNT (Juma, 2018). L'engagement actif des acteurs en dehors du secteur de la santé dans l'élaboration des politiques antitabac a été rendu possible grâce aux structures mises en place au niveau national, notamment les comités interministériels et parlementaires (Juma, 2018). Des groupes de travail d'experts ou techniques, dirigés en grande partie par les ministères de la Santé, ont également facilité la coordination entre les différents services gouvernementaux. Globalement, **l'AMS est intervenue davantage au stade de la formulation des politiques et moins au stade de leur mise en œuvre.** Au nombre des obstacles entravant l'AMS figurent le manque de prise de conscience, par les secteurs non sanitaires, de leur contribution et de leur impact sur la santé et le bien-être de la population, le manque de volonté politique, la complexité de la coordination des groupes issus de multiples secteurs (par exemple, les différences d'intérêts, la concurrence, etc.), les ingérences de l'industrie, le manque de preuves recueillies au niveau local et, enfin, l'insuffisance des ressources et des finances (Juma, 2018).

En ce qui concerne la prise en charge de la détection et de la gestion des MNT, l'intégration des services

de santé est essentielle pour offrir des soins plus complets tout au long de la vie des personnes et réduire en même temps les coûts économiques (Marquez, 2013). À travers le continent, la plupart des systèmes de prestation de services de santé ont été développés pour fournir des soins épisodiques pour les affections aiguës (Alliance sur les MNT, 2018). **L'intégration des soins à tous les niveaux, en particulier au niveau des soins primaires, garantit que les personnes reçoivent un traitement plus personnel, continu et complet** (Alliance sur les MNT, 2018). Surtout qu'une approche intégrée reconnaît les interactions entre les différentes maladies et tire profit du chevauchement de certains traitements et stratégies (Alliance sur les MNT, 2018). Une grande partie des travaux publiés sur l'intégration des services de santé concerne des collaborations entre l'État, les ONG internationales et le secteur privé (Alliance sur les MNT, 2018). Il est essentiel que les États planifient et dirigent plus activement l'intégration des services de santé qui couvrent la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la gestion des maladies, ainsi que les services de réadaptation et de soins palliatifs.



Financement public alloué aux MNT

En 2001, les États membres de l'Union africaine (UA) se sont engagés, dans la déclaration d'Abuja, à consacrer 15 % de leur budget annuel aux dépenses de santé publique (UA, 2001). Bien que les dépenses globales de santé des gouvernements africains aient augmenté entre 2001 et 2011, la part des dépenses publiques-privées est restée largement la même (ONUSIDA, 2013). **Dans une large mesure, les progrès réalisés pour atteindre l'objectif de 15 % ont été décevants, près d'un tiers des États membres de l'UA ayant réduit leurs dépenses de santé depuis 2001** (ONUSIDA, 2013).

Le Mozambique, qui avait le deuxième plus gros budget de santé parmi les États membres de l'UA en 2001, a réduit ses dépenses de santé de 14,8 % de son budget annuel à seulement 7,8 % en 2011 (ONUSIDA, 2013).

Les pays africains ne consacrent déjà pas assez de fonds à la santé et le financement de la lutte contre les MNT est une moindre priorité. Afin d'encourager les autorités à investir dans la lutte contre les MNT et à en faire une priorité, l'OMS a produit le rapport intitulé « Sauver des vies, dépenser moins : une réponse

stratégique aux maladies non transmissibles » (OMS, 2018). Il expose les besoins de financement pour s'attaquer aux MNT et décrit ce à quoi ressemblerait l'investissement dans les « meilleures options » rentables de l'OMS en termes de gains économiques et sanitaires (OMS, 2018). Il montre par exemple que « pour chaque dollar investi dans l'intensification des interventions visant à lutter contre les MNT dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, la société en tirera un bénéfice d'au moins 7 dollars en termes d'emploi, de productivité et d'allongement de la vie » (OMS, 2018).

Dans la mesure où le financement des bailleurs de fonds a souvent inspiré les priorités en matière de santé dans de nombreux pays africains, le manque d'intérêt et de financement des bailleurs de fonds pour les MNT pourrait contribuer à ce retard dans la définition des priorités et la réponse aux MNT (Nugent, 2010). Cela n'est cependant pas une excuse pour les autorités, car il existe des solutions rentables. La population continuera de souffrir et les systèmes de santé seront encore plus paralysés si les États ne prennent pas des mesures immédiates.

4.3 Organisations transnationales et intergouvernementales

L'ONU et ses organisations associées, en particulier l'OMS, ont joué un rôle central pour galvaniser les autorités politiques afin qu'elles commencent à donner la priorité à la crise des MNT et à y répondre. Comme indiqué ci-dessus, un certain nombre de réunions de haut niveau des Nations Unies et, plus récemment, les ODD ont inscrit les MNT et la santé mentale à l'ordre du jour mondial. Le Groupe de travail inter-institutions des Nations Unies pour prévenir et combattre les MNT (UNIATF) a été créé à la suite de la première réunion de haut niveau en 2011. L'UNIATF est supervisé par l'OMS et soutient le Plan d'action mondial pour prévenir et contrôler les MNT 2013-2020, ainsi que les cibles des ODD relatives aux MNT (OMS, 2015). L'UNIATF compte 41 membres, dont la Banque africaine de développement, l'Association des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Centre international de recherche sur le cancer, l'Organisation de coopération islamique, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), ONU Femmes, ONUSIDA, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), la Banque mondiale, l'OMS et l'Organisation mondiale du commerce (OMS, 2019).

En 2014, l'OMS a créé le Mécanisme mondial de coordination pour la prévention et le combat contre les MNT (GCM/NCD), qui est le premier et le seul instrument de l'OMS visant à faciliter l'engagement multipartite et la collaboration intersectorielle pour prévenir et combattre les MNT (OMS, 2018). Il réunit et met en relation diverses parties prenantes, y compris tous les États membres de l'OMS, les agences des Nations Unies et les acteurs non étatiques, notamment les entités du secteur privé compétentes, afin d'atteindre cinq objectifs : promouvoir et sensibiliser, diffuser les connaissances et les informations, encourager les innovations et

identifier les obstacles, faire progresser l'ASM et faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources (OMS, 2018).

Les autres actions et stratégies spécifiques aux MNT menées par l'OMS sont :

- La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), le premier traité négocié sous les auspices de l'OMS, qui se concentre à la fois sur la réduction de la demande et de l'offre de produits du tabac. La CCLAT est entrée en vigueur en 2005 lorsqu'elle a été ratifiée, acceptée ou approuvée par 40 États (OMS, 2005) ;
- La Stratégie mondiale, pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016-2030, qui propose une feuille de route pour mettre fin à tous les décès évitables de femmes, d'enfants et d'adolescents en l'espace d'une génération (OMS, 2015) ;
- La stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : Main-d'œuvre 2030, qui aborde de manière intégrée tous les aspects de la planification, de l'éducation, de la gestion, de la fidélisation, des incitations, des liens avec le personnel des services sociaux, afin de mener une action plus incisive et multisectorielle en faveur du personnel de santé, sur la base de nouvelles données et des meilleures pratiques (OMS, 2016).

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dispose d'une équipe chargée des MNT qui semble être très en sous-effectif et, bien que des informations sur les MNT soient fournies sur le site web sur la base des entretiens menés, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique n'a pas été réceptif à l'idée de collaborer ou de discuter de la coordination régionale.

Le principal organe intergouvernemental mondial exclusivement consacré à la promotion de l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes est

la Commission de la condition de la femme (CSF) (CSF, 2019). La 63e CSF a eu lieu début 2019 et s'est concentrée sur les systèmes de protection sociale, l'accès aux services publics et les infrastructures durables pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles (UNESCO, 2019). L'accent a été relativement peu mis sur la santé des femmes parlant des MNT, de couverture médicale universelle ou de surveillance des inégalités en matière de santé, bien que certains événements aient évoqué les difficultés rencontrées par les adolescentes et les jeunes filles (UNESCO, 2019). Des efforts supplémentaires doivent

être déployés pour que la santé devienne un thème plus central à la CSF, l'OMS étant l'un des principaux candidats pour faire avancer ce programme. La riposte de l'UA face aux MNT a été faible, les organismes sous-régionaux (CÉDÉAO, CEA, SADC, OOAS, NÉPAD) et les autres bureaux nationaux jouant un rôle beaucoup plus modeste qu'ils ne le devraient (Nyaaba, 2017). Par exemple, en 2015, les dirigeants africains ont adopté l'Agenda 2063, « la nouvelle vision à long terme du continent pour les 50 prochaines années » (UA, 2015), mais la santé et la nutrition ne sont mentionnées que de manière

Encadré : Les ODD et les MNT

- La diversité des ODD constitue un cadre important pour soutenir l'action multisectorielle nécessaire à la lutte contre les MNT, mais aussi une occasion de démontrer qu'en s'attaquant aux MNT, les gouvernements s'efforceront de réaliser d'autres ODD. Une publication récente dans le cadre du groupe de travail du Lancet sur les MNT et l'économie a indiqué que « [les] cibles et indicateurs des ODD forment un ensemble d'actions se renforçant mutuellement pour la durabilité. Identifier et mesurer les interactions entre les ODD et leurs cibles est un préalable essentiel à la création d'alliances et à la volonté politique d'agir dans tous les secteurs » (Nugent, 2018). Par exemple, l'objectif 3.4 des MNT est directement lié à neuf autres objectifs (voir la figure 5), à savoir les ODD 1 (réduire la pauvreté), 2 (faim zéro), 3 (santé et bien-être), 4 (éducation), 5 (égalité entre les sexes), 8 (travail décent et croissance économique), 10 (réduction des inégalités), 11 (villes et communautés durables) et 12 (production et consommation durables) (Nugent, 2018).

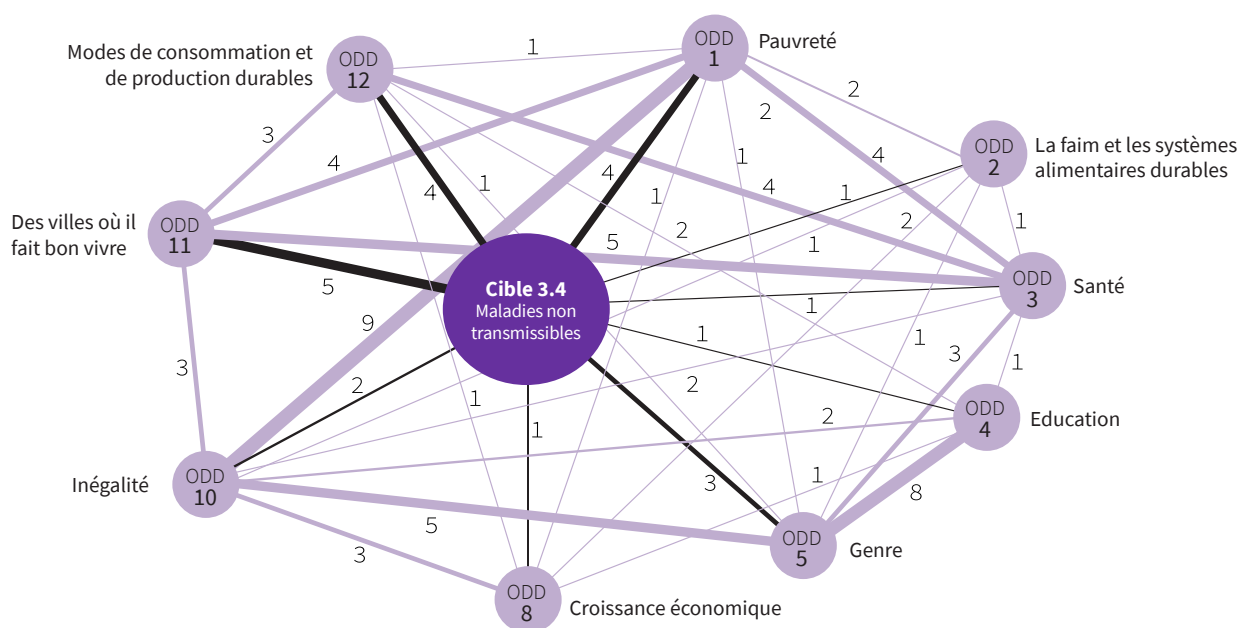


Figure 5: Liens entre neuf ODD et la cible 3.4 des MNT (Nugent, 2018 adapté de LeBlanc, 2015)

générale. En outre, l'Agence du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NÉPAD) de l'UA, qui a pour mandat de soutenir un certain nombre d'initiatives ayant une incidence directe sur la santé de la population et les MNT, ne s'est pas explicitement engagée à contribuer à la réduction des facteurs de risque liés aux MNT sur l'ensemble du continent et n'a pas défini d'actions à cet effet (NEÉPAD, 2017).

4.4 Organisations de la société civile et organisations non gouvernementales

Une poignée d'organisations de la société civile (OSC) et d'ONG ont participé à des actions de sensibilisation importantes, tant au niveau mondial que national. Leurs efforts ont abouti à une grande partie des avancées actuelles en matière d'engagements politiques en faveur des MNT, d'élaboration de politiques pertinentes et, dans certains cas, d'actions directes pour combattre les MNT sur le continent (Heller, 2019 et Juma, 2018). En dépit de ces progrès, la réponse de la société civile est relativement récente

et reste largement fragmentée et faible, les groupes se concentrant souvent sur des maladies ou des facteurs de risque spécifiques, et s'étendant rarement au-delà du secteur de la santé (Heller, 2019).

Les ONG internationales qui abordent les MNT en Afrique comprennent l'Alliance sur les MNT, AMREF Health Africa, JPIEGO, Partners In Health (PIH), PATH, Hospice Africa, Fondation africaine pour la santé mentale, StrongMinds, Age Action Alliance, Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé et Young Professionals Chronic Disease Network.

L'Alliance sur les MNT a été de loin la plus active à faire avancer le programme sur les MNT au niveau mondial. Fondée en 2009, l'Alliance sur les MNT se compose d'un réseau mondial de plus de 2 000 organisations dans 170 pays, dont des ONG mondiales et nationales, des associations scientifiques et professionnelles, des institutions universitaires et de recherche, des entités du secteur privé ainsi que des personnes dévouées (Alliance sur les MNT, 2016). L'Alliance sur les MNT a quatre piliers stratégiques sur lesquels

Encadré : Groupe de travail sur les femmes et les MNT

Lancé en 2011, le groupe de travail sur les femmes et les MNT réunit quatorze organisations de santé mondiales issues des communautés de la santé des femmes et des MNT afin de répondre au fardeau unique et croissant des maladies non transmissibles sur les femmes dans les pays à faible et moyen revenu en mobilisant le leadership, en élargissant l'expertise technique et en diffusant des données probantes pour éclairer l'élaboration des politiques, la planification et les services (Groupe de travail sur les femmes et les MNT 2019). Depuis 2011, le groupe de travail a organisé et soutenu toute une série d'événements et des panels pour sensibiliser la communauté sanitaire mondiale et renforcer sa capacité à s'attaquer au fardeau croissant des MNT sur les femmes (Groupe de travail sur les femmes et les MNT 2019). L'événement le plus récent que le Groupe de travail a coparrainé était un événement en marge de la 63e session de la Commission sur le statut des femmes. Cet événement a mis en lumière la contribution de l'accès à un large éventail de services publics, d'infrastructures durables et de régimes de protection sociale à la réalisation de l'égalité entre les sexes et à l'autonomisation des femmes et des filles (Groupe de travail sur les femmes et les MNT 2019). Le Groupe de travail soutient également la campagne NCD+, qui encourage les personnes de tous âges, de toutes nations et de toutes formations professionnelles à utiliser les réseaux sociaux de manière créative pour sensibiliser et inspirer à l'action en faveur des MNT à l'échelle mondiale (Groupe de travail sur les femmes et les MNT 2019). Le groupe de travail est actuellement coprésidé par le PIH.

elle se concentre actuellement, à savoir le plaidoyer, la responsabilité, l'échange de connaissances et le renforcement des capacités (Alliance sur les MNT, 2016). L'Alliance sur les MNT est également membre du Groupe de travail sur les femmes et les MNT et s'est engagée à soutenir les objectifs de Every Woman Every Child (EWEC), un mouvement mondial mobilisant et intensifiant l'action internationale et nationale en faveur de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (Alliance sur les MNT, 2016 ; EWEC, 2015). L'EWEC vise les pouvoirs publics, les Nations Unies, les organisations multilatérales, le secteur privé et la société civile pour relever les principaux défis sanitaires auxquels sont confrontés les femmes, les enfants et les adolescents (EWEC, 2015). L'Alliance sur les MNT s'engage également avec Women Deliver, une organisation mondiale de premier plan qui défend la santé, les droits et le bien-être des femmes et des filles, en mettant en commun des voix et des intérêts divers pour faire progresser la santé de la mère, la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes (Women Deliver, 2019). Plus récemment, l'Alliance sur les MNT a publié un rapport intitulé « Assurer une vie saine et le bien-être des femmes et des filles » qui décrit certaines des dimensions genre des MNT et présente un certain nombre de recommandations pour améliorer la santé et le bien-être des filles et des femmes (Alliance sur les MNT, 2019).

Un large éventail d'organisations nationales de la société civile et d'ONG s'occupent des MNT au niveau local et régional, notamment les alliances nationales et régionales sur les MNT constituées d'alliances entre les acteurs et actrices locaux en matière de MNT. À travers l'Afrique, il existe au moins 14 alliances nationales et trois alliances régionales : le Consortium pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne (CNCD-Africa), l'Alliance sur les MNT en Afrique de l'Est (EANCDA) et l'Alliance sur les MNT en Méditerranée orientale (EM-NCDA), qui comprend huit pays d'Afrique du Nord (Algérie, Djibouti, Égypte, Maroc, Tunisie, Soudan, Soudan du Sud et Somalie). La constitution de ces alliances, leurs domaines

d'intervention, les groupes cibles, les activités et les modèles de financement sont déterminés au niveau local et sont très variés.

Deux exercices de cartographie ont été entrepris par l'alliance mondiale sur les MNT afin de comprendre l'état actuel de la réponse face aux MNT parmi les OSC en ASS et d'identifier les opportunités et les défis pour soutenir le travail des OSC sur la prévention et le combat contre les MNT (Alliance sur les MNT, 2017 ; Alliance sur les MNT, 2019). Un exercice de cartographie s'est concentré sur la région Afrique de l'OMS et le second a consisté en un effort proactif de collecte d'informations auprès des pays francophones d'ASS (Alliance sur les MNT, 2017 ; Alliance sur les MNT, 2019). Plus de 80 OSC différentes travaillant dans 30 pays différents ont répondu, la plupart des réponses provenant d'organisations au Kenya, au Nigeria, au Rwanda, en Afrique du Sud, en Tanzanie, au Cameroun, au Togo et au Mali (Alliance sur les MNT, 2017 ; Alliance sur les MNT, 2019). Dans leur majorité, les organisations étaient actives depuis un à cinq ans et travaillaient au niveau national, ciblant principalement le grand public, puis les groupes concernés par les MNT (Alliance sur les MNT, 2017 ; Alliance sur les MNT, 2019). Moins de 10 organisations travaillaient spécifiquement sur les femmes et les MNT (Alliance sur les MNT, 2017 ; Alliance sur les MNT, 2019). Les organisations des pays francophones se sont principalement concentrées sur le diabète, puis sur les MCV, la mauvaise alimentation et les cancers (Alliance sur les MNT, 2019). Tandis que les OSC de l'enquête de l'OMS AFRO se sont focalisées sur les cancers, le tabac, le diabète, la mauvaise alimentation et les MCV (Alliance sur les MNT, 2017). Les principaux domaines prioritaires pour les OSC étaient la sensibilisation/éducation, la réduction de l'exposition aux facteurs de risque et l'amélioration du diagnostic/détection précoce (Alliance sur les MNT, 2017 ; Alliance sur les MNT). La section 6 analyse plus en détail ces réponses ainsi que les réponses aux entretiens et à l'enquête en ligne menés auprès des organisations africaines dirigées par des femmes pour ce rapport.

Encadré : Quelques exemples de la réponse des OSC aux MNT sur le continent

- Le Soul City Institute for Social Justice (SCI), une organisation féministe intersectionnelle en Afrique du Sud, a plaidé pour la réglementation de l'exposition à l'alcool et a soutenu un projet de loi interdisant la publicité pour l'alcool (SCI, 2019). La mission de SCI est de s'assurer que les jeunes femmes et les jeunes filles bénéficient d'une égalité réelle, avec un accès aux ressources et aux opportunités pertinentes. SCI a développé un modèle de changement social qui combine les campagnes médiatiques populaires et les médias sociaux en prime time avec la mobilisation sociale et le plaidoyer politique pour créer un environnement favorable aux approches individuelles et collectives visant à réaliser les droits garantis par la Constitution (SCI, 2019).
- Le Conseil national contre le tabagisme en Afrique du Sud, fondé en 1976, a joué un rôle important dans le lobbying auprès du gouvernement pour obtenir une législation visant à contrôler le tabagisme (NCASSA, 2019). Il a joué un rôle actif dans la défense de la lutte contre le tabagisme et l'élaboration de politiques dans la région de la SADC, en Afrique et dans le monde (NCASSA, 2019). L'organisation conseille également les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer en gérant une ligne téléphonique gratuite accessible à tout moment pour recevoir une aide sur l'arrêt du tabagisme (NCASSA, 2019).
- Environmental Rights Action (ERA), fondée en 1993, défend les questions environnementales, sociales et de droits de l'homme les plus urgentes au Nigeria (ERA, 2019). En partenariat avec le Nigerian Tobacco Control Research Group et la campagne Tobacco-Free Kids, l'ERA a mis en place Tobacco Control Nigeria. Ensemble, ils ont plaidé en faveur de l'adoption de la loi de 2015 sur la réglementation du tabac, qui est un instrument juridique complet, conforme à la CCLAT, portant sur toutes les « meilleures options » d'interventions en matière de tabac ainsi que sur d'autres mesures relatives à la réduction de la demande et de l'offre de tabac, y compris l'interdiction de fumer dans les espaces publics au Nigeria (Oladepo, 2018). Une analyse de l'adoption de la loi a conclu que « les facteurs déterminants qui ont contribué à l'adoption de la loi ont été la pression de la société civile et d'autres parties prenantes, et la volonté du président de laisser une marque de réussite à la fin de son mandat ». (Oladepo, 2018).
- Women Coalition Against Cancer (WOCACA) au Malawi est une organisation dirigée par des femmes, créée pour contribuer à la prévention et à la lutte contre le cancer en autonomisant les femmes, les hommes et les enfants par l'éducation, la formation, la recherche, le plaidoyer, le lobbying, la mobilisation, la mise en réseau dans les zones semi-urbaines et rurales. WOCACA se concentre également sur les MNT de manière plus générale et donne la priorité à un traitement intégral des femmes. Il travaille actuellement dans huit districts du Malawi et s'est fait le champion du dépistage précoce et de la détection du cancer du col de l'utérus.

4.5 Associations professionnelles et syndicats

La majorité des associations professionnelles impliquées dans la lutte contre les MNT sont présentes au niveau national et sont formées par des membres d'une profession médicale particulière, par exemple des infirmières, des psychiatres, des radiologues ou des cardiologues. Le nombre d'organisations et leurs rôles diffèrent selon le pays et le système de santé. Ils peuvent être impliqués dans la réglementation, l'octroi de licences, les questions éthiques, la définition de normes, y compris les directives cliniques, et la représentation des intérêts de la profession. Au vu de ces responsabilités, les associations professionnelles médicales sont des

acteurs essentiels pour la réforme des soins de santé. Comme indiqué plus haut, la lutte contre le fardeau des MNT nécessite une réponse multisectorielle.

Il est donc impératif que des organismes professionnels extérieurs au secteur de la santé soient impliqués, par exemple les associations nationales d'enseignants, les associations de petits agriculteurs et les associations de femmes. Les recherches menées dans le cadre de ce rapport n'ont pas permis de trouver d'exemples de collaboration multisectorielle entre professionnels dans la lutte contre les MNT.

Encadré : Société panafricaine de cardiologie

La Société panafricaine de cardiologie (PASCAR) est une organisation de médecins africains impliqués dans la prévention et le traitement des MCV. Elle est en activité depuis 2004 (bien que créée dans les années 1980) (Dzudie 2019, PASCAR, 2019). Le PASCAR établit des relations de travail avec d'autres organisations et services en Afrique ayant des mandats et des objectifs similaires. Un noyau d'individus engagés et possédant une connaissance extraordinaire de l'environnement cardiovasculaire africain a été réuni dans des structures régionales (Afrique du Nord, de l'Est, du Sud et de l'Ouest) au sein d'un Conseil d'administration (PASCAR, 2019). Le conseil d'administration a pour mission d'identifier les questions clés, de réfléchir à des solutions novatrices et de concevoir des programmes appropriés pour lutter contre les maladies cardiovasculaires sur le continent. En outre, la PASCAR a créé des groupes de travail composés de représentants des principaux acteurs des sous-spécialités cardiovasculaires tels que la cardiologie interventionnelle, la modification des risques liés au mode de vie et les professionnels des laboratoires de cathétérisme (PASCAR, 2019). Le groupe de travail de la PASCAR sur la prévention est encore relativement jeune par rapport à d'autres groupes, et il est conscient que la prévention efficace des MCV et la prévention de la plupart des MNT se rejoignent. Jusqu'à présent, les activités ont été classées par ordre de priorité en fonction des niveaux de prévention et des niveaux de soins auxquels la prévention est destinée. Par ailleurs, outre la prévention chez les adultes, le groupe de travail se penche sur la prévention chez les jeunes. Jusqu'à présent, un seul projet, actuellement en cours de planification, est spécifiquement axé sur les femmes. C'est un aspect que le groupe de travail souhaite développer et souhaite interagir avec les forums internationaux et les études de recherche collaborative consacrées aux MCV chez les femmes.



« Les MNT chez les femmes restent un domaine qui mérite beaucoup plus d'attention »

Dr Kemi Tibazarwa (Groupe de travail de la PASCAR sur la prévention)



4.6 Institutions académiques et institutions de recherche

Le rôle des institutions universitaires dans la réponse à la crise des MNT est multiple : tout d'abord, il leur incombe de former des professionnels de la santé de grande qualité compte tenu de la pénurie alarmante sur le continent ; ensuite, elles doivent collaborer pour créer une expertise et une solide base de données probantes aux niveaux local, régional et national sur les risques liés aux MNT, la charge de morbidité, ainsi que les stratégies de prévention et de lutte contre les MNT.

Il sera impossible de gérer le fardeau actuel et futur des MNT sans un personnel de santé abondant, bien formé, bien rémunéré, doté de ressources suffisantes, soutenu et respecté. L'Alliance mondiale pour les personnels de santé estime que l'Afrique a besoin de plus de 1,5 million de professionnels de la santé, dont des infirmières, des sages-femmes et des médecins (OMS, 2016).

Les infirmières, en particulier, constituent l'épine dorsale du personnel de santé et constituent le groupe le plus important du personnel de santé, assumant différents rôles dans différentes circonstances allant des soins personnels aux responsabilités de gestion (APPG, 2016). En outre, les infirmières sont majoritairement des femmes. Investir dans les soins infirmiers aura donc un triple impact : améliorer la santé de la population, promouvoir l'égalité des sexes et soutenir la croissance économique (APPG, 2016).

Les facultés de santé publique, de sciences de la

santé ou de médecine de certaines universités publiques et privées du continent enseignent et mènent des recherches sur les MNT (Mullan, 2011 ; McKee, 2012). Toutefois, la recherche au niveau doctoral est souvent limitée à quelques pays et implique généralement une combinaison de formation diplômante dans des universités africaines et mondiales (Mullan, 2011 ; McKee, 2012). Il existe une nette disparité dans les fonds alloués à la science, les capacités de recherche et les ressources entre les instituts des pays à revenu élevé et la plupart des instituts des pays à revenu moyen ou faible du continent (McKee 2012). Bien qu'elle représente 25 % de la charge mondiale de morbidité, l'Afrique ne comptait en 2016 que pour 1,1 % des investissements mondiaux dans la recherche et le développement et seulement 2 % des produits de recherche dans le monde (Simpkin, 2019 ; UNESCO, 2015). En dépit de l'engagement pris par les pays membres de l'Union africaine d'investir au moins 1 % de leur PIB dans la recherche en 2007, la plupart des pays n'allouaient que 0,4 % de leur budget à la recherche en 2015 (Simpkin, 2019).

Même en Afrique, il existe des disparités dans les capacités de recherche. Par exemple, les centres de recherche universitaires consacrés aux MNT comprennent des institutions universitaires dans une poignée de pays, dont l'Afrique du Sud, le Cameroun, l'Égypte, la Gambie, le Ghana, le Kenya, le Maroc, le Nigeria, l'Ouganda, la Tanzanie et la

Tunisie (Mullan, 2011 ; McKee, 2012 ; Simpkin, 2019 ; UNESCO, 2015).

L'une des principales institutions panafricaines de recherche est le Centre africain de recherche sur la population et la santé (APHRC), dont le siège se trouve à Nairobi, au Kenya, et qui dispose d'un bureau à Dakar, au Sénégal. Le centre mène des recherches de grande qualité, axées sur les politiques, sur la population, la santé, l'éducation, l'urbanisation et les questions de développement connexes dans toute l'Afrique (APHRC, 2019). L'APHRC a mené des travaux sur la cooccurrence des facteurs de risque des MNT dans les populations des bidonvilles urbains et travaille actuellement avec des partenaires sur le projet de l'Alliance pour les données longitudinales sur les maladies non transmissibles en Afrique (ANDLA) afin de générer des données de grande taille pour aider à comprendre les MNT et le rôle de l'infection en Afrique (APHRC, 2019).

Parmi les autres groupes mondiaux de recherche ayant participé activement à la lutte contre les MNT, on peut citer la revue Lancet, qui a mené plusieurs initiatives majeures visant à obtenir les meilleures données probantes pour informer les politiques de santé et d'autres acteurs afin de réduire la charge

mondiale des MNT. Il s'agit notamment du groupe de travail du Lancet sur les MNT et l'économie, qui vise à produire des données probantes sur les arguments économiques en faveur des MNT afin d'aider les ministères de la Santé, les ministères des Finances et d'autres (Lancet, 2018).

4.7 Entreprises commerciales

La plupart des entreprises commerciales impliquées dans la lutte contre les MNT sont de l'industrie pharmaceutique. Il s'agit notamment de GlaxoSmithKline (GSK), Novartis, Pfizer, Roche et AstraZeneca. Ci-dessous quelques exemples d'initiatives menées par des acteurs du secteur pharmaceutique en réponse à la crise des MNT :

- En 2014, GSK a créé le programme Africa NCD Open Lab qui s'inscrit dans le cadre d'une série d'investissements stratégiques en Afrique subsaharienne (GSK, 2014). Africa NCD Open Lab vise à créer un réseau de recherche novateur qui permettra aux scientifiques de GSK de collaborer avec des chercheurs de toute l'Afrique sur des recherches épidémiologiques, génétiques et interventionnelles de grande qualité, à partir de son centre situé dans les installations de R&D de GSK, à Stevenage, au Royaume-Uni (GSK, 2014).

Encadré : Première conférence africaine de recherche sur les MNT

En 2017, l'Alliance sur les MNT d'Afrique de l'Est, en partenariat avec le Centre africain de recherche sur la population et la santé, a organisé une conférence de trois jours à Nairobi, au Kenya, intitulée « Première conférence africaine de recherche sur les maladies non transmissibles 2017 : Partage des preuves et identification des priorités de recherche » (Juma, 2019). Elle a réuni plus de 150 participants et chercheurs de divers secteurs, notamment du monde universitaire, de la société civile, des pouvoirs publics (ministres de la santé), des ONG internationales, de l'OMS, des prestataires de soins de santé et des praticiens de la médecine allopathique et alternative, du secteur privé et des groupes de soutien aux patients (Juma, 2019). Le Kenya, l'Afrique du Sud, le Nigeria, le Cameroun, l'Ouganda, la Tanzanie, le Rwanda, le Burundi, le Malawi, la Belgique, les États-Unis et le Canada étaient représentés (Juma, 2019). La conférence a abordé des sujets tels que : l'action multisectorielle dans la prévention des MNT en Afrique, les initiatives de prévention et de lutte contre les MNT en Afrique subsaharienne, les priorités de recherche sur les MNT et les réseaux de collaboration pour l'Afrique. En revanche, les questions de genre n'ont pas occupé une place importante (Juma, 2019).

L'objectif est d'aider à développer l'expertise locale, en créant une nouvelle génération d'experts africains en MNT, tout en insufflant une profonde « réflexion africaine » au sein du centre de GSK (GSK, 2014). GSK a engagé 4 millions de dollars dans cette initiative qui se concentre sur les cancers, les MCV, le diabète et les maladies respiratoires au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, au Malawi, au Nigeria, au Sénégal, en Afrique du Sud, en Tanzanie, en Gambie et en Ouganda (GSK, 2014). GSK a également annoncé une collaboration supplémentaire de 5 millions de livres sterling avec les centres de recherche médicale du Royaume-Uni et d'Afrique du Sud dans le cadre de ce programme (GSK, 2014).

- En 2016, AstraZeneca, en collaboration avec le Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR), a lancé le programme « Healthy Heart Africa », un ambitieux partenariat mondial public-privé pour lutter contre le fardeau du VIH et de l'hypertension en Afrique (AstraZeneca, 2019). Le partenariat investira conjointement jusqu'à 10 millions de dollars sur cinq ans pour intégrer les services d'hypertension dans les plateformes VIH existantes en Afrique afin d'améliorer l'accès aux soins pour le VIH et l'hypertension (AstraZeneca, 2019).
- En 2016, Pfizer avait plus de 30 programmes en cours de développement pour lutter contre les MNT. Certains de ces programmes se concentraient sur des maladies spécifiques comme le cancer et les MCV, tandis que d'autres s'attaquaient aux lacunes des systèmes de soins de santé qui affectaient les populations fortement victimes des MNT (Pfizer, 2016).

Access Accelerated

Access Accelerated est une collaboration intersectorielle unique qui vise à réduire les obstacles à la prévention, au traitement et aux soins pour les MNT dans les pays à revenu faible et intermédiaire au travers du renforcement des systèmes de santé et de leur alignement sur les objectifs et les priorités de la couverture médicale universelle (AA, 2019). Grâce à Access Accelerated, 24 sociétés biopharmaceutiques mondiales se sont réunies en partenariat avec des pays, la société civile, des institutions multilatérales et des ONG pour soutenir le dialogue intersectoriel et favoriser la mise en œuvre et l'action sur le terrain pour traiter les MNT (AA, 2019). Il s'agit notamment de la Banque mondiale, de l'Alliance sur les MNT, de PATH, de la Fédération internationale de l'industrie pharmaceutique et de l'Union internationale de lutte contre le cancer (AA, 2019). Access Accelerated a des programmes en cours dans plus de 35 pays d'Afrique (AA, 2019). Toutefois, peu de ces programmes sont spécifiquement destinés aux femmes. Une initiative au Kenya, le programme Roche Breast Cancer National Access, a impliqué Roche et le ministère kényan de la santé qui ont cofinancé le traitement du cancer du sein pour un groupe de femmes touchées (AA, 2019). En outre, Roche a financé la formation de cinq infirmières en oncologie, a fourni à plus de 80 chirurgiens des préceptorats en chirurgie pour améliorer les techniques de biopsie, en plus de fournir deux appareils de diagnostic pour permettre une meilleure conformité aux protocoles de dépistage et de diagnostic et une harmonisation des tests (AA, 2019).



Il sera impossible de gérer le fardeau actuel et futur des MNT sans un personnel de santé abondant, bien formé, bien rémunéré, doté de ressources suffisantes, soutenu et respecté.



4.8 Organisations philanthropiques et autres initiatives

Parmi les organisations philanthropiques qui soutiennent des projets de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles en Afrique, citons la Fondation Novartis, Medtronic Philanthropy, Bloomberg Philanthropies, la Fondation Bill & Melinda Gates, le Helmsley Charitable Trust et le Medical Research Council Global Challenges Fund. Le financement philanthropique tend à se concentrer sur des groupes de maladies spécifiques et moins sur le renforcement des systèmes de santé.

Parmi les autres initiatives, citons le récent partenariat « Defeat NCD Partnership », créé en 2018, qui est un partenariat « public-privé-populaire » ancré dans les Nations Unies et principalement axé sur la lutte contre les maladies non transmissibles

dans les pays à revenu faible et intermédiaire, en commençant par l'hypertension et le diabète (DNCDP, 2019). Le partenariat est également censé offrir un nouveau mécanisme de financement de la lutte contre les MNT.

Opportunités et défis pour les organisations de femmes africaines

5

Il y a eu récemment un effort pour engager et coordonner plus activement la réponse des OSC locales à la prévention et à la lutte contre les MNT. Comme mentionné dans la section précédente, plusieurs travaux ont été consacrés à la cartographie des OSC en Afrique en réponse à la crise des MNT — en explorant la portée de leur travail, les domaines d'action, les opportunités et les obstacles auxquels elles sont confrontées en travaillant sur les MNT, et en recommandant des moyens pour mieux les soutenir. Cependant, la plupart de ces travaux n'ont pas porté sur les organisations dirigées par des femmes sur le continent. Parallèlement, il existe peu de données sur le travail qu'elles mènent pour s'attaquer aux MNT. Cette section décrit les résultats d'une enquête en ligne menée dans le cadre de ce rapport sur les organisations de femmes africaines. Elle décrit, en outre, les réponses et les informations recueillies lors d'entretiens approfondis. Cette section se termine par l'exploration des défis et des opportunités pour les organisations de femmes africaines dans leur réponse à la crise des MNT.

5.1 Réponses à l'enquête en ligne

Nous avons recueilli 77 réponses à l'enquête en ligne, les répondants basés étant de 22 pays différents (fig. 6). Les organisations ont pour la plupart déclaré travailler dans un seul pays, seule une OSC a déclaré travailler dans plusieurs pays (Burundi, RDC et Tanzanie). Aucune réponse n'a été reçue des pays d'Afrique du Nord ou des pays lusophones du continent. **Soixante-huit pour cent des organisations ayant répondu ont déclaré travailler sur des MNT.** Parmi les 25 organisations ne travaillant pas actuellement sur les MNT, la majorité (72 %) ont déclaré qu'elles envisageraient d'intégrer une composante MNT dans leur travail et 24 % ont déclaré qu'elles pourraient l'envisager ; une seule organisation a déclaré qu'elle n'envisagerait pas d'intégrer les MNT dans son travail.

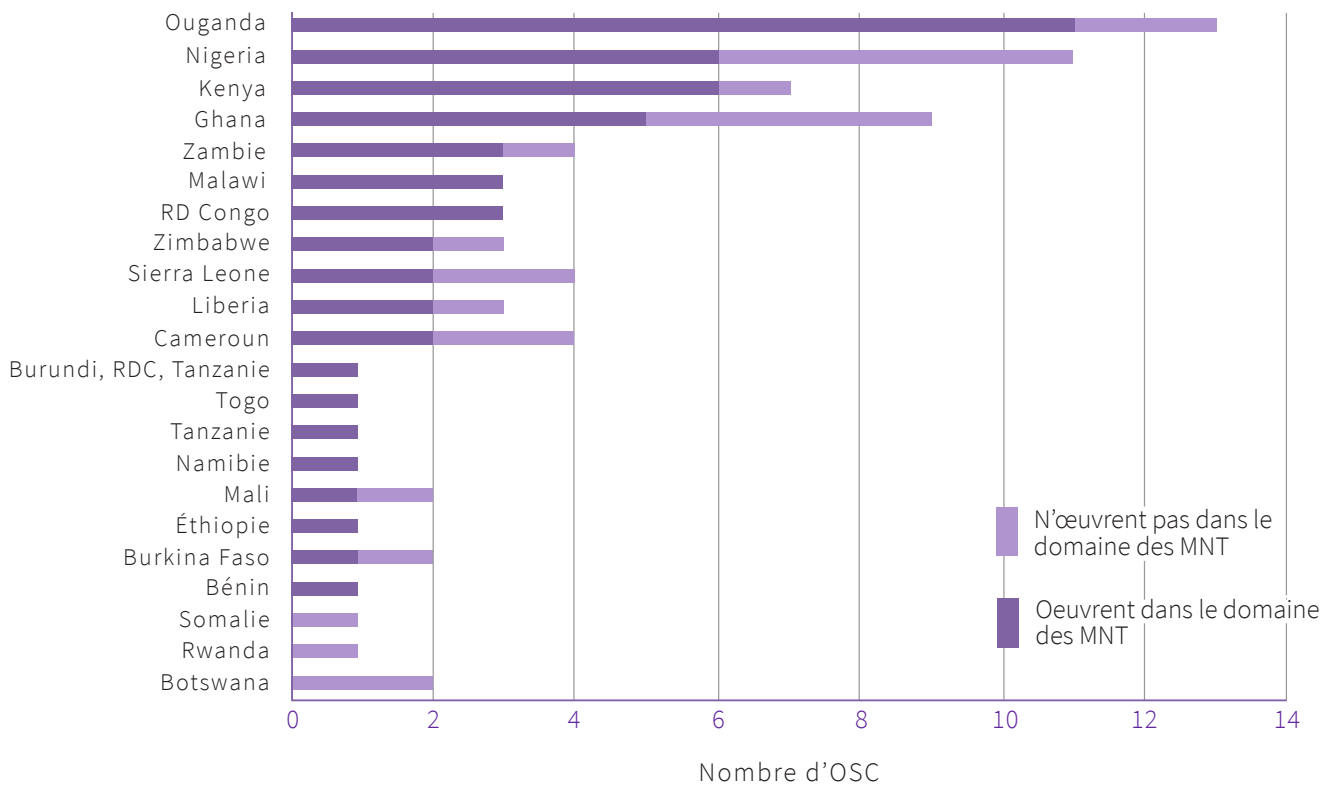


Figure 6: Nombre d'organisations dirigées par des femmes ayant répondu à l'enquête en ligne, par pays, 2019

Priorités des travaux relatifs aux MNT

Parmi les 53 organisations travaillant déjà sur les MNT, la plupart ont mentionné travailler sur les MNT au sens large. Parmi celles qui ont spécifiquement mentionné un groupe de maladies, le cancer était le domaine le plus fréquemment cité, suivi du diabète, de la santé mentale et des maladies cardiovasculaires (fig. 7). La grande majorité des OSC (plus de 80 %) ont indiqué que la sensibilisation ou la conscientisation des femmes, des jeunes filles et des communautés était le principal type d'intervention utilisé pour combattre les MNT (fig. 8). Les organisations ont indiqué avoir diffusé des informations sur la prévention, la détection, ainsi que la gestion des MNT.

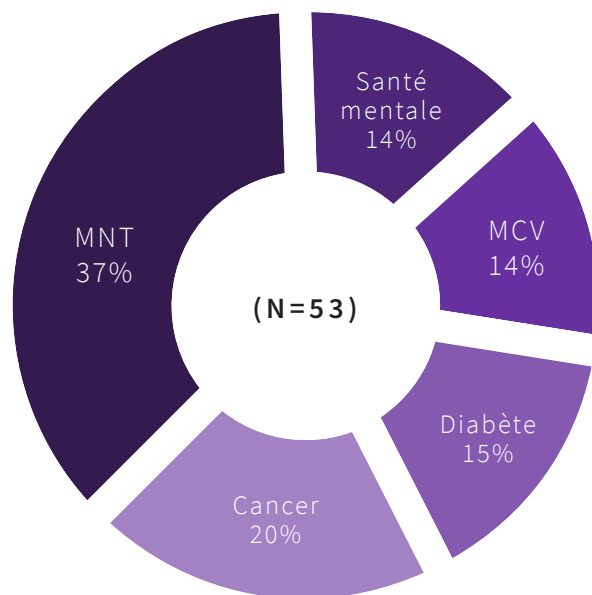


Figure 7: Domaine d'intérêt spécifique mentionné par les organisations de femmes africaines travaillant sur les MNT, 2019

« Nous fournissons une éducation et une formation sur la prévention des cancers du sein, du col de l’utérus et d’autres cancers en encourageant des habitudes alimentaires saines, l’exercice physique, un comportement sexuel responsable ainsi que la gestion, si un cancer était diagnostiqué. » — Réseau régional d’initiatives pour les femmes sourdes (Kenya)

« Nous réalisons des activités de mobilisation communautaire, d’éducation, de sensibilisation, d’information et d’orientation pour les cas de cancers et de troubles mentaux potentiels. » — Initiative de soutien et d’autonomisation de la santé communautaire (Nigeria)

« Nous sensibilisons les populations rurales sur les comportements à adopter pour prévenir les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, etc.. » — CJ2D AYESSI (Bénin)

Au nombre des autres activités liées aux MNT figurent l’orientation des personnes vers les services appropriés (23 %), le dépistage, les tests et une assistance socio-psychologique (21 %), le plaidoyer (13 %), le renforcement des capacités (4 %), la création de partenariats (4 %) et la recherche (2 %). Douze organisations ont également déclaré avoir intégré des programmes de lutte contre les MNT dans leur travail sur les maladies infectieuses, par exemple en sensibilisant les femmes séropositives sur les risques liés aux MNT.

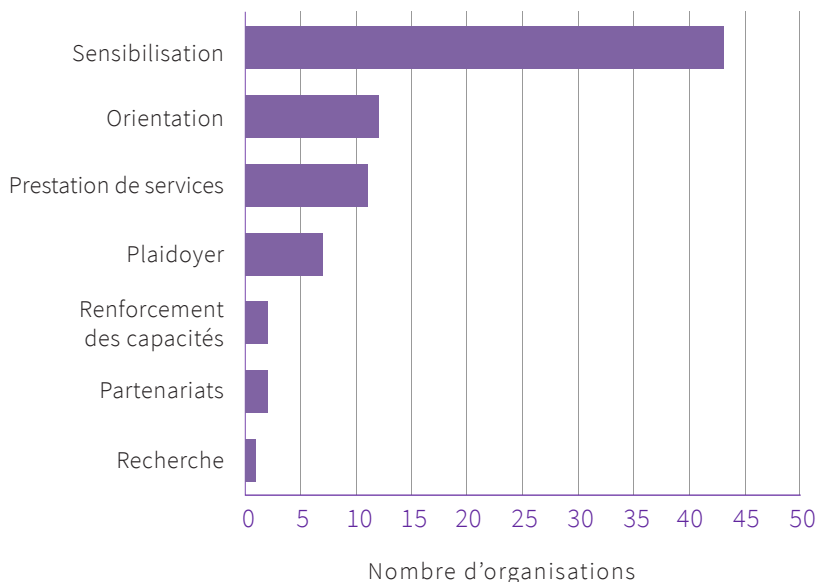


Figure 8: Type d’activités liées aux MNT déclarées par les organisations de femmes africaines, 2019

« L’organisation travaille avec des personnes séropositives susceptibles de contracter des MNT tels que des cancers et elles doivent être sensibilisées aux symptômes et aux moyens de prévenir les MNT, notamment par le biais d’une alimentation équilibrée et d’exercices physiques ainsi que par l’accès à des soins médicaux, dès que possible si nécessaire. » — Solidarity Community Care Organisation (Namibie)

« Nous intégrons des tests de dépistage du diabète et de l’hypertension artérielle dans nos campagnes de dépistage du VIH. » — Association des femmes médecins du Cameroun (Cameroun)

Une organisation en Tanzanie a explicitement mentionné l'offre de soins palliatifs pour les personnes souffrant de MNT chroniques. C'est un domaine largement négligé dans la réponse aux MNT en Afrique, malgré un appel à améliorer la qualité de vie et à soulager la souffrance des personnes atteintes de maladies incurables. **Les soins palliatifs et de survie sont des thèmes également ressortis de plusieurs entretiens avec des personnes travaillant au Kenya, au Burkina Faso, en Ouganda et au Cameroun, qui ont déclaré avoir mis l'accent sur ce domaine.**

Priorités des OSC dirigées par des femmes

Plus de 30 OSC ont déclaré que la sensibilisation des femmes et des filles sur les MNT était une priorité pour les organisations dirigées par des femmes

qui travaillent sur la question. Il s'agit notamment de sensibiliser les femmes en leur fournissant des informations sur les moyens de prévention contre les MNT et les facteurs de risque connus, de les sensibiliser à des modes de vie sains, y compris une bonne alimentation, le changement d'attitudes et de comportements par des campagnes, ainsi que de leur fournir des informations sur la détection des maladies et les endroits où elles peuvent accéder au dépistage et au soutien médical (fig. 9).

L'amélioration de l'accès aux services a été la deuxième priorité la plus évoquée, qui consistait notamment à permettre aux femmes et aux jeunes filles d'accéder au dépistage, aux tests et au traitement contre les MNT. Les autres priorités fréquemment citées sont le plaidoyer, l'autonomisation économique des femmes et le soutien psychosocial aux femmes.

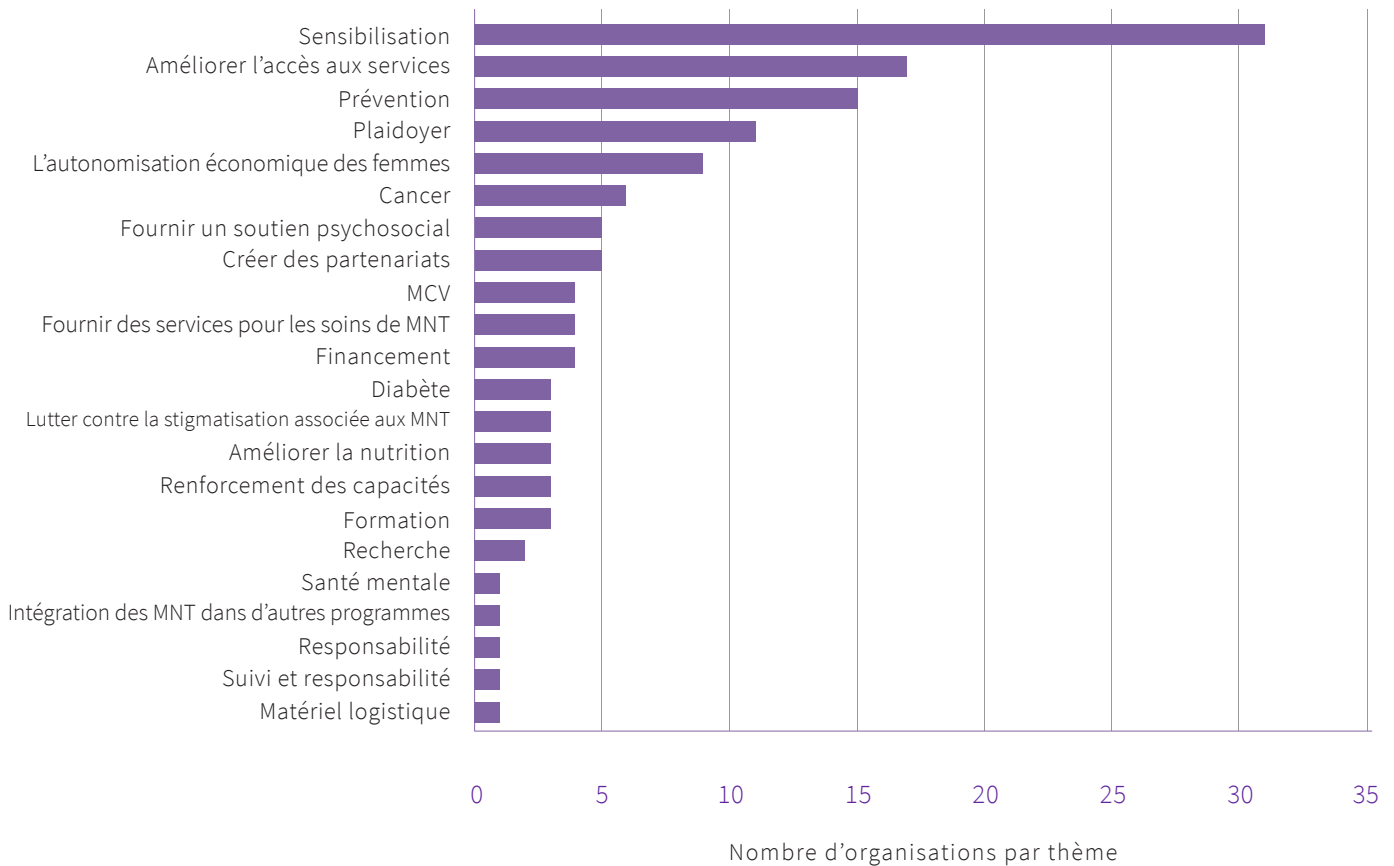


Figure 9 : Domaines prioritaires pour les organisations de femmes africaines travaillant sur les MNT, 2019

Les trois principaux domaines d'action prioritaires des organisations de femmes africaines sont les suivants : 1. Sensibilisation des communautés pour que les femmes puissent identifier la maladie, comment la prévenir, etc. 2. Services de soutien curatif/médicamenteux. 3. Soutien financier pour renforcer leur valeur nutritionnelle.” — Women’s Action for Human Dignity (Sierra Leone)

“1. Accroître la priorité accordée aux MNT par des actions de sensibilisation ; 2. Renforcer les capacités nationales, la gouvernance, l’action multisectorielle et les partenariats ; 3. Réduire les principaux facteurs de risque réversibles, tels que le tabagisme, la consommation nocive d’alcool, les régimes alimentaires malsains et l’inactivité physique au Liberia”.
— United Youth for Peace, Education, Transparency and Development in Liberia (Liberia)

“1. Sensibiliser les communautés sur les MNT (par exemple les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies respiratoires chroniques, la santé mentale) ; 2. Plaidoyer en faveur de politiques visant à combattre les MNT ; 3. Appui financier aux organisations de femmes pour aborder et améliorer l’accès aux MNT.” — Maboshe Memorial Centre (Zambie)

Autres priorités mentionnées : la recherche, la création de partenariats et de réseaux, l’intégration des MNT dans d’autres programmes et le suivi pour responsabiliser les parties prenantes et autres groupes.

“Responsabilité : — Le processus cyclique de suivi, d’examen et de mesures correctives. Une force cruciale pour le changement politique et programmatique et une clé pour suivre les progrès des MNT. Il s’agit par exemple de suivre l’action nationale et les progrès des gouvernements et du secteur privé par rapport aux engagements pris.” — STEMA Women’s Development Group (Kenya)

5.2 Autres opportunités et défis

Nous explorons ci-dessous les opportunités et les défis pour les organisations de femmes africaines en matière d’engagement dans la prévention et la lutte contre les MNT, sur la base des réponses à l’enquête en ligne ainsi que des entretiens approfondis.

Défis

Le principal défi auquel sont confrontées les organisations dirigées par des femmes pour s’engager dans les MNT est le financement. Près de 50 organisations ont relevé que le manque de financement et celui des activités portant spécifiquement sur les MNT a constitué un défi majeur (figure 10). Le manque d’expertise/de connaissances en matière de prévention et de lutte contre les MNT au sein des organisations est



« Il est encore difficile de saisir pourquoi nous devons travailler ensemble. »

Dr Ibtihal Fadhil (Fondatrice et présidente de l'Alliance sur les MNT en Méditerranée orientale)



le deuxième défi le plus souvent cité, suivi par le manque de personnel pour coordonner le travail lié aux MNT. Ces deux thèmes étaient des défis majeurs également identifiés par des groupes ne travaillant pas actuellement sur les MNT. Le manque de sensibilisation des communautés aux facteurs de risque, aux symptômes et à la gestion des MNT a également été cité comme un défi. En outre, des obstacles socioculturels liés aux systèmes de croyances locaux ont été signalés. Les autres défis cités sont : le manque de soins de santé, l'absence de priorité politique accordée aux MNT, le manque de coordination, les barrières socioculturelles, y compris la stigmatisation associée à certaines MNT, et le manque de recherches et de preuves pertinentes au niveau local sur les MNT.

Selon les personnes interrogées au cours des nombreux entretiens menés, bien que les organisations communautaires offrent des services de dépistage et d'orientation pour certaines MNT, **un obstacle majeur est le manque de services et de traitements disponibles, accessibles, abordables et de bonne qualité fournis par le secteur public.** Un manque considérable d'investissement dans les soins de santé primaires a été cité comme un obstacle majeur. Il est clair que les communautés et les femmes en particulier ont besoin d'appui pour exiger des autorités qu'elles respectent leur droit à des soins de santé de bonne qualité.

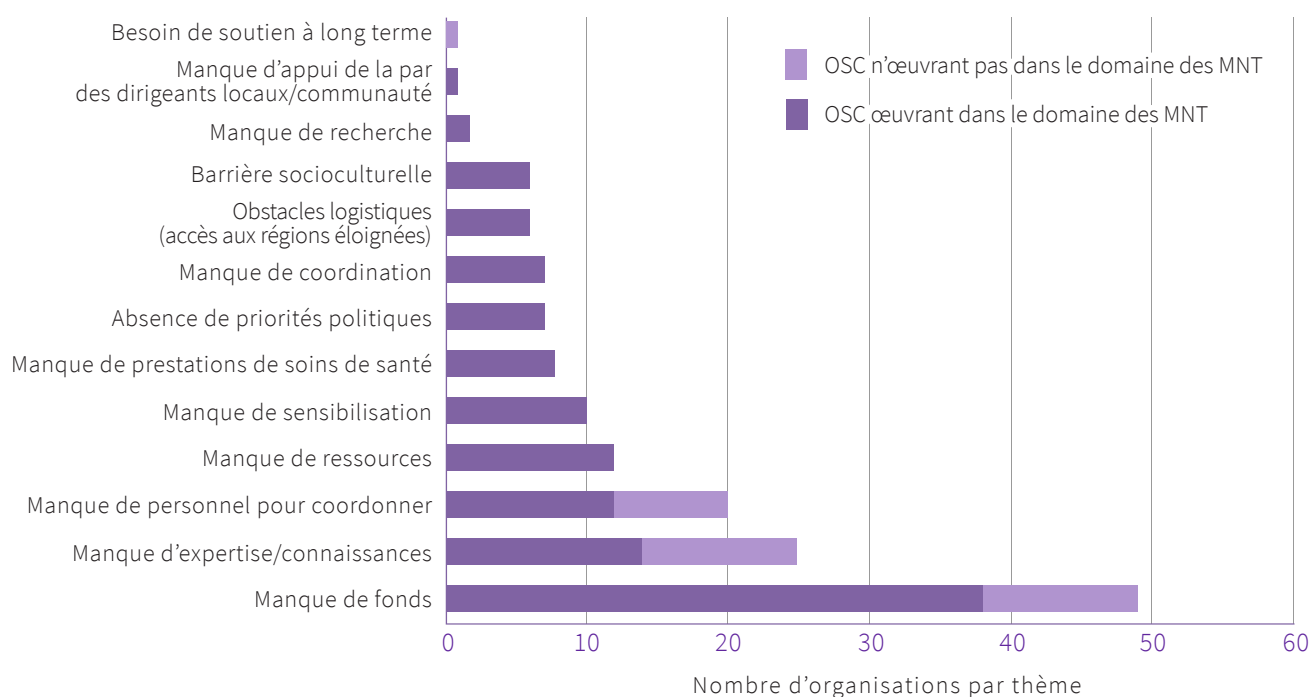


Figure 10: Les défis liés au domaine des MNT signalés par les organisations de femmes africaines travaillant sur les MNT, 2019

La création d'un vaste réseau et une meilleure coordination entre les organisations dirigées par des femmes ont également été citées comme un défi. Par exemple, bien que les organisations au Soudan n'aient pas répondu à l'enquête en ligne, dans une interview avec le Dr Fadhil, elle a mentionné une forte présence des organisations dirigées par des femmes dans le pays. Tant dans les réponses à l'enquête en ligne que dans les entretiens menés, il a été relevé que la fragmentation, et parfois même la réticence à travailler ensemble, restaient un défi pour les groupes travaillant sur les MNT.

Autres défis évoqués dans les entretiens :

- La négligence des femmes au-delà des âges de la procréation, en particulier les personnes âgées qui ont une incidence beaucoup plus élevée de MNT ;
- La faible priorité accordée à la santé mentale ; la santé mentale est rarement considérée comme une première réponse malgré les preuves montrant que les femmes ayant une bonne santé mentale sont mieux équipées pour s'occuper d'elles-mêmes et de leur communauté ;
- Obstacles liés à l'opérationnalisation des résultats de la recherche ;
- La présentation des MNT comme une question technique ;
- La riposte de l'industrie, en particulier des sociétés de tabac et d'alcool.

« Les femmes qui ne sont pas en âge de procréer ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin, malgré l'incidence élevée des MNT. » Comment faire le lien entre ce groupe démographique, les services et les groupes de femmes ?

– Dr Vicki Pinkney-Atkinson (Directrice, Alliance sud-africaine sur les MNT)

« Les politiques sans ressources, c'est de la poésie. »

– Mr Wondu Bekele

« La santé est considérée comme relevant du médecin. Nous devons changer le récit en “ C'est ma santé et je dois en être responsable”. »

– Dr Catherine Karekezi (Alliance sur les MNT au Kenya)

« Il n'existe pas un organisme chargé de réunir les parties prenantes de la santé mentale. Par exemple, pour une Conférence mondiale sur la santé mentale. »

– Kari Frame (StrongMinds)

Opportunités

Plusieurs opportunités ont été identifiées pour les organisations dirigées par des femmes africaines afin de répondre au fardeau croissant des MNT ; elles sont brièvement décrites ci-dessous.

Capacité à toucher et à renforcer les capacités des communautés locales : Beaucoup d'organisations dirigées par des femmes ont des liens directs avec les individus et les communautés. Cela les place dans une situation idéale non seulement pour sensibiliser sur les risques, la prévention et la gestion des MNT, mais aussi pour travailler avec les communautés afin d'adapter les réponses au contexte local. De nombreuses personnes interrogées ont déclaré que les femmes avaient « soif » d'éducation à la santé et d'amélioration de leur vie. Les organisations dirigées par des femmes jouent également un rôle important dans le renforcement des capacités des communautés à surveiller et à demander des comptes aux gouvernements.

Établir un lien direct entre les communautés et les décideurs politiques : En rapport avec le point ci-dessus, de nombreuses OSC travaillent directement avec les communautés locales et les prestataires de soins de santé ainsi qu'avec les agences gouvernementales dans le cadre de leur travail de sensibilisation. Cela place les OSC dans une position privilégiée pour parler directement des problèmes qui touchent les femmes et les filles, en défendant les causes qui les touchent le plus. Les autorités devraient tirer parti de cette caractéristique unique des OSC, en travaillant en étroite collaboration avec elles à tous les niveaux, de l'élaboration de la politique sur les MNT jusqu'à sa mise en œuvre.

Développer l'action multisectorielle et la solidarité : La grande diversité des facteurs de risque et des déterminants associés aux MNT offre une occasion unique de renforcer la solidarité entre les OSC dans différents secteurs. En outre, les preuves actuelles de la corrélation entre les problèmes sanitaires, sociaux et économiques constituent un puissant catalyseur pour l'action collective. Cette unité est nécessaire même au-delà des MNT, car le soutien et la solidarité collectifs transversaux renforcent les efforts et améliorent les chances de succès.

Soins et soutien holistiques pour les femmes et les filles : L'éventail des facteurs de risque des MNT et des soins nécessaires pour gérer ces maladies permet aux organisations de travailler à la prise en charge holistique et à l'autonomisation des femmes. Bien qu'il s'agisse également d'un défi, cette caractéristique offre à la société et aux prestataires de services une excellente occasion de prendre en compte et de traiter la santé et le bien-être des femmes de manière plus complète, personnelle et ininterrompue.

Engager les jeunes : Dans plusieurs pays du continent, les jeunes constituent la majorité de la population. Par ailleurs, c'est souvent au cours de cette période de formation que se créent les habitudes de vie. Au fur et à mesure que cette cohorte vieillit, ils deviendront à leur tour les couches de la population les plus touchées par les MNT et affecteront la prochaine génération lorsqu'ils deviendront parents. Les jeunes constituent donc un groupe important sur lequel il faut travailler activement dans la réponse aux MNT.

Éminentes femmes africaines championnes pour les MNT : Il est essentiel de faire mieux connaître les MNT pour maintenir le soutien existant, mais aussi pour susciter de nouveaux appuis, en particulier en faveur des MNT et de l'autonomisation des femmes. La mise en place d'un réseau d'éminentes championnes panafricaines qui se prononcent sur les MNT permettra de sensibiliser les femmes et les filles du continent, mais aussi de tirer parti des réseaux politiques, économiques et sociaux nationaux et internationaux pour faire avancer le programme des MNT dans un souci d'équité entre les sexes.

Parmi les autres opportunités mentionnées, on peut citer :

- Une énergie et un engagement élevés des organisations dirigées par des femmes ;
- Un besoin en ressource minimum pour un impact important ;
- Une collaboration avec les médias.

Recommandations

6

Sur la base des études entreprises pour ce rapport, nous présentons ci-dessous une série de recommandations sur les moyens de soutenir un engagement plus important des organisations de femmes africaines sur les liens entre les MNT et les droits de la femme.

1. Mobiliser et accroître le soutien financier pour les travaux en cours et prévus sous la direction des organisations de femmes africaines qui se concentrent sur la prévention et la lutte contre les MNT.

- Augmenter les dotations budgétaires pour la prévention et la lutte contre les MNT, en particulier les fonds destinés aux organisations dirigées par des femmes sur le continent.
- Plaider en faveur d'un soutien accru des donateurs sur les MNT par le biais des réseaux et des plateformes de donateurs existants.
- Encourager les demandes provenant de pays où les organisations dirigées par des femmes sont moins actives dans la lutte contre les MNT.

2. Renforcer les capacités des organisations africaines dirigées par des femmes qui travaillent actuellement ou prévoient de travailler sur les MNT.

- Exploiter efficacement les travaux existants sur les MNT menés par les organisations dirigées par des femmes sur le continent.
- Développer des outils et des formations spécifiques au contexte pour aider les organisations dirigées par des femmes à combler les lacunes dans la réponse multisectorielle aux MNT, y compris la planification des stratégies et des campagnes, le plaidoyer, les techniques de recherche et la compétence juridique.
- Partager les leçons tirées de plaidoyers sur d'autres questions ayant fait leurs preuves.

3. Faciliter l'accès et la création d'informations relatives à la prévention et à la lutte contre les MNT pour les organisations africaines dirigées par des femmes travaillant actuellement sur les MNT ainsi que pour celles qui ne travaillent pas encore directement sur les MNT.

- Regrouper et diffuser les ressources et les outils existants, en se concentrant particulièrement sur les documents utiles dans le cadre d'une réponse multisectorielle menée par des femmes face aux MNT en Afrique.
- Soutenir l'élaboration d'informations techniques pertinentes au niveau local, des orientations sur les politiques adéquates, du matériel de plaidoyer et de communication, notamment ceux qui établissent un lien entre les droits et l'autonomisation des femmes et la réponse aux MNT.
- Contribuer à changer le récit autour des MNT et des droits de la femme africaine par le biais de blogs et d'analyses de femmes africaines.

4. Soutenir la formation de coalitions/partenariats multisectoriels avec d'autres organisations dirigées par des femmes dans le domaine de la santé ou d'autres domaines, sur le plan national, régional et local.

- Identifier des points de convergence entre les MNT et explorer des moyens d'intégrer les actions y afférentes aux questions prioritaires.
- Identifier les domaines de convergence avec les MNT et explorer les moyens d'intégrer l'action en faveur des MNT dans d'autres domaines d'intérêt.
- Financer des partenariats ou des programmes multisectoriels dirigés par des femmes pour combler le fossé entre les MNT et d'autres questions.

5. Instaurer un leadership féministe africain pour s'attaquer de manière holistique aux MNT et renforcer l'autonomie des femmes sur le continent.

- Intégrer l'analyse des MNT comme une préoccupation des droits de la femme dans les espaces de construction de mouvements existants.
- Produire des analyses féministes relatives aux MNT en Afrique et les partager avec des réseaux plus larges.

Références

7

Abrahams, Z., McHiza, Z., and Steyn, N.P. (2011) Diet and mortality rates in Sub-Saharan Africa: Stages in the nutrition transition. *BMC Public Health*, 11.

Access Accelerated (AA). (2019). Consulté sur : <https://accessaccelerated.org>

Union Africaine (UA). (2001). Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes. OAU/SPS/ABUJA/3. African Union, Abuja.

Union Africaine (UA). (2015). Agenda 2063 : L'Afrique que nous voulons. Tiré de : https://au.int/sites/default/files/documents/36204-doc-agenda2063_popular_version_en.pdf

Fonds africain pour le développement de la femme (AWDF). (2017). Façonner l'avenir de l'Afrique : Direction stratégique du FADEA 2017- 2021. AWDF, Accra.

Groupe parlementaire multipartite sur la santé mondiale (APPG). (2016). Triple impact : comment le développement des soins infirmiers améliorera la santé, favorisera l'égalité des sexes et soutiendra la croissance économique. APPG on Global Health, Londres.

Amuna, P. et Zotor, F.B. (2008). Epidemiological and nutrition transition in developing countries : impact on human health and development. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67, 82-90.

Centre de recherche sur la population et la santé en Afrique (APHRC). (2019). Consulté sur : <https://aphrc.org/>

AstraZeneca. (2019). Healthy Heart Africa : Investing for the Future. Consulté sur : <https://www.astrazeneca.com/sustainability/access-to-healthcare/healthy-heart-africa.html>

Blecher, E. et Ross, H. (2013). Tobacco use in Africa : Tobacco control through prevention (Lutte antitabac par la prévention). Société américaine du cancer. Consulté sur : <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/en/reports/tobacco-use-in-africa-tobacco-control-through=prevention.pdf>

- Bosu, W.K., Reilly, S.T., Aheto, J.M.K., Zucchelli, E. (2019) Hypertension chez les personnes âgées en Afrique : Une revue systématique et une méta-analyse. *PLoS ONE*, 14 (4), e0214934.
- Casper, C. et Fitzmaurice, C. (2016). Cancers liés à l'infection : prioriser un contributeur important et éliminable au fardeau mondial du cancer. *Lancet Global Health*, 4(9), PE580-E581.
- Chiang, C., et al. (2013). Obstacles à l'utilisation des services de santé de base chez les femmes dans les zones rurales du sud de l'Égypte (Haute Égypte). *Nagoya Journal of Medical Science*, 75(3-4), 225-231.
- Commission sur le statut des femmes (CSW). (2019) Commission sur le statut des femmes. CSW. Consulté sur : <http://www.unwomen.org/en/csw>
- Defeat NCD Partnership (DNCDP). (2019). Consulté sur : <https://defeat-ncd.org/>
- Deininger, K., et al. (2011). Intérêt croissant pour les terres agricoles au niveau mondial : peut-on en tirer des avantages durables et équitables? *Agriculture and Rural Development*. Washington, DC.
- Dzudie, D., et al (2018). Roadmap to achieve 25% hypertension control in Africa by 2025. *Global Heart*, 13, 1, 45-59.
- Environmental Rights Action (ERA). (2019). Consulté sur : <http://erafoen.org>
- Every Woman Every Child (EWEC). (2015) Bureau exécutif du Secrétaire général des Nations unies. ONU, Genève. Consulté sur : <http://www.everywomaneverychild.org>
- Programme des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). (2011). La situation de l'alimentation et de l'agriculture, 2010-2011 : Les femmes dans l'agriculture : combler l'écart entre les sexes. Consulté sur <http://www.fao.org/docrep/013/i2050e/i2050e.pdf>
- George, J., et al. (2015). How does cardiovascular disease first present in women and men ? Incidence de 12 maladies cardiovasculaires dans une cohorte contemporaine de 1937360 personnes. *Circulation*, 132 : 1320-8.
- Gill, G. (2014). Le diabète en Afrique - Puzzles et défis. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 18(3) : 249-251.
- GlaxoSmithKline (GSK). (2014) Communiqué de presse : GSK s'associe à des conseils de recherche au Royaume-Uni et en Afrique du Sud pour lutter contre les maladies non transmissibles en Afrique. Consulté sur : <https://www.gsk.com/en-gb/media/press-releases/gsk-joins-with-research-councils-in-uk-and-south-africa-to-tackle-non-communicable-diseases-in-africa/>
- Goedecke, J. H. et al. (2017). Diabète sucré de type 2 chez les femmes africaines. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 123 : 87-96.
- Heller, O., et al. (2019). The process of prioritization of non-communicable diseases in the global health policy arena. *Health Policy and Planning*, czz043.
- Herath, H., et al. (2017). Gestational diabetes mellitus and risk of type 2 diabetes 10 years after the index pregnancy in Sri Lankan women-A community based retrospective cohort study. *PloS One*, 12(6) : e0179647.
- Holmes, M. D., et al. (2010). Les maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne : The Case for Cohort Studies . *PLoS Med*, 7(5) : e1000244.
- Huxley, R. R., et Woodward, M. (2011). Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men : a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet*, 378 : 1297-305.
- Ijsselmuiden, C.B., et al. (2007) Mapping Africa's advanced public health education capacity : the AfriHealth project. *Bulletin de l'OMS*, 85 (12) : 914-22.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2018). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017 (Résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017). Seattle, WA. Consulté sur : <http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>
- International Association of Public Health Institutes (IAPHI). (2019). Nos membres. IAPHI. Consulté sur : <http://www.ianphi.org/membercountries/index.html>

Fédération internationale du diabète (FID). (2017). Atlas du diabète de la FID, 8e édition. Tableau récapitulatif des pays. Consulté sur : <https://www.diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>

Jakpor, P. (2012). Nigeria: how British American Tobacco undermines the WHO FCTC through agricultural initiatives : invited commentary. ((Nigeria : comment British American Tobacco sape la CCLAT de l'OMS par des initiatives agricoles). *Tobacco Control*, 21(2) : 220.

Jenkins, C. R., et al (2017). Improving the Management of COPD in Women (Améliorer la gestion de la BPCO chez les femmes). *Chest*, 151, 3, 686-696.

Juma, K., et al. (2019). First Africa non-communicable disease research conference 2017 : sharing evidence and identifying research priorities. *J Glob Health*, 8(2) : 020301.

Juma, P. A., et al. (2018). Multi-sectoral action in non-communicable disease prevention policy development in five African countries (Action multisectorielle dans l'élaboration de politiques de prévention des maladies non transmissibles dans cinq pays africains). *BMC Public Health*, 18 : 953.

The Lancet Taskforce on NCDs and economics (Lancet). (2018). Consulté sur le site : <https://www.thelancet.com/series/Taskforce-NCDs-and-economics>

Le Blanc, D. (2015). Vers l'intégration enfin ? Les objectifs de développement durable en tant que réseau d'objectifs. *Sustain Dev*, 23 : 176-187

Leening, M. J., et al. (2014). Sex differences in lifetime risk and first manifestation of cardiovascular disease : prospective population based cohort study. *BMJ*, 349, g5992, 19.

Lutter, C. K. et Lutter, R. (2012). Dénutrition, mortalité et santé tout au long de la vie du fœtus et de la petite enfance. *Science*, 337(6101) 1495-1499.

Maas, A. H. et Appelman, Y. E. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands Heart Journal*, 18 (12) : 598-602.

Mafunda, J., et autres (2006) Emerging non-communicable disease epidemic in Africa : preventive measures from the WHO Regional Office for Africa (Épidémie de maladies non transmissibles émergentes en Afrique : mesures préventives du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique). *Ethn Dis*, 16 (2) : 521-6.

Make Every Woman Count (MEWC). (2018). Décennie de la femme africaine 2010-2020 : Participation des femmes à la prise de décision et au leadership. MEWC. Consulté sur le site : http://iknowpolitics.org/sites/default/files/awd_womensparticipationindecision-makingleadership_2018.pdf

Marco, L. J., et autres (2012). Risque de maladie cardiovasculaire chez les enfants de femmes diabétiques : L'impact de l'environnement intra-utérin. *Recherche expérimentale sur le diabète*, 565 160.

Marquez, P. V., Farrington, J. L. (2013). Le défi des maladies non transmissibles et des accidents de la route en Afrique subsaharienne. An Overview. Banque mondiale, Washington, DC.

McKee, M. et autres (2012). Là où il n'y a pas de recherche en santé : Que peut-on faire pour combler les lacunes mondiales de la recherche en santé ? *PLoS Medicine*, 9, 4.

Moran, A., et autres (2013). The epidemiology of cardiovascular diseases in sub-Saharan Africa : the Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors 2010 Study. *Prog Cardiovasc Dis*, 56 (3) : 234-9.

Mullan, F., et autres (2011). Les écoles de médecine en Afrique subsaharienne. *The Lancet*, 377 : 1113-1121.

Conseil national contre le tabagisme en Afrique du Sud (NCASSA). (2019). Consulté sur : <https://www.againstsmoking.co.za/>

Alliance sur les MNT (2018). Façonner les systèmes de santé de l'avenir : Études de cas et recommandations pour les soins intégrés des maladies non transmissibles. Alliance sur les MNT. Consulté sur : https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/ShapingTheHealthSystemsOfTheFuture_FINAL_WEB_0.pdf

- Alliance sur les MNT. (2016). Plan stratégique de l'Alliance sur les MNT 2016-2020 : Des engagements mondiaux à l'action nationale et régionale en matière de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles. Alliance sur les MNT. Genève.
- Alliance sur les MNT. (2017). Cartographie des organisations de la société civile en faveur des MNT dans la région africaine de l'OMS. Alliance sur les MNT, Genève.
- Alliance sur les MNT. (2019). Assurer une vie saine et le bien-être des femmes et des filles. Alliance sur les MNT, Genève. Consulté sur : https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Women%26NCDsBrief_WEB_0.pdf
- Alliance sur les MNT. (2019). Cartographie des organisations de la société civile dans les MNT en Afrique subsaharienne francophone. Alliance sur les MNT, Genève.
- Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). (2017). Rapport annuel basé sur les résultats : Accélérer la mise en œuvre du programme de développement de l'Afrique. NEPAD. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.nepad.org/publication/annual-report-2017>
- Nugent, R., et al. (2018). Investir dans la prévention et la gestion des maladies non transmissibles pour faire progresser les objectifs de développement durable. *Lancet*, 391 : P2029-2035.
- Nugent, R., et Feigl, A. (2010) Where have all the donors gone ? Rares sont les financements des donateurs pour les maladies non transmissibles. Document de travail du Center for Global Development, 228.
- Nyaaba, G. N., et al. (2017). Tracer les progrès de l'Afrique vers la mise en œuvre du plan d'action mondial contre les maladies non transmissibles 2013-2020 : une synthèse des rapports des profils de pays de l'OMS. *BMC Public Health*, 17 : 297.
- Obot, I.S. (2006) Alcohol use and related problems in sub-Saharan Africa. *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 5(1) : 17-28.
- Oladepo, O., et autres (2018). Analyse des politiques de lutte contre le tabagisme au Nigeria : développement historique et application de l'action multisectorielle. *BMC Public Health*, 18 : 959.
- Oosterhoff, P. et Igonya, E. K. (2015). Constitutions, réformes et accès aux services de lutte contre le VIH pour les femmes dans les milieux à faibles ressources à Nairobi, Kenya. Institut d'études du développement, rapport de preuve numéro 137.
- Société panafricaine de cardiologie (PASCAR). (2019). Consulté sur : <http://www.pascar.org/>
- Peters, S. A., Huxley, R. R., Woodward, M. (2014). Diabetes as a risk factor for stroke in women compared with men : a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts, including 775,385 individuals and 12,539 strokes. *Lancet*, 383 : 1973-80.
- Peters, S. A., Huxley, R. R., Woodward, M. (2014). Diabetes as risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men : a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts including 858,507 individuals and 28,203 coronary events. *Diabetologia*, 57 : 1542-51.
- Peters, S. A. E., et al. (2016). La santé des femmes : un nouveau programme mondial. *BMJ Global Health*. Pfizer. (2016). Pfizer 2016 Annual review : Partenariat pour lutter contre les maladies non transmissibles. Consulté sur : https://www.pfizer.com/files/investors/financial_reports/annual_reports/2016/partnering-to-tackle-non-communicable-diseases-ncds/index.html
- Riha, J., et al. (2014). Urbanité et facteurs de risque liés au mode de vie pour les maladies cardiométaboliques en Ouganda rural : une étude transversale. *PLoS Medicine*, 29 (11) : 7.
- Roth, R.A., et al. (2017). Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *Journal of the American College of Cardiology*, 70 (1) : 1-25.
- Schneider, M., et autres (2009). Poverty and non-communicable diseases in South Africa (Pauvreté et maladies non transmissibles en Afrique du Sud). *Scandinavian Journal of Public Health*, 37 : 176-186.

Shaw, I. J., et al. (2009). Women and ischemic heart disease : evolving knowledge (Les femmes et les cardiopathies ischémiques : l'évolution des connaissances). *Journal of the American College of Cardiology*, 54 (17) : 1561-75.

Sheps, D. S., et al. (2001). Sex differences in chest pain in patients with documented coronary artery disease and exercise-induced ischemia : results from the PiMi study. *American Heart Journal*, 142(5) : 864-71.

Simpkin, V., Namubiru-Mwaura, E., Clarke, L., et autres (2019). Investir dans la R&D en matière de santé : où en sommes-nous, qu'est-ce qui nous limite et comment progresser en Afrique. *BMJ Global Health*, 4 : e001047.

Soul City Institute for Social Justice (SCI). (2019) Consulté sur : <https://www.soulcity.org.za/>

Steyn, K. et Damasceno, A. (2006). Lifestyle and related risk factors for chronic diseases, in *Disease and mortality in sub-Saharan Africa*, 2nd edition. Banque mondiale : Washington, D.C., 247-65.

Groupe de travail sur les femmes et les maladies non transmissibles. (2019). Consulté à l'adresse suivante : <https://www.womenandncds.org>

Conseil économique et social des Nations unies (CESNU). (2019). Commission de la condition de la femme Soixante-troisième session. E/CN.6/2019/L.3. ONU, New York.

Institut de statistique de l'UNESCO. (2015). Investissements mondiaux dans la R&D. Fiche d'information n° 36 de l'ISU. Consulté sur : <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs36-global-investments-in-rd-2015-en.pdf>

ONUSIDA. (2013). Abuja +12 Façonner l'avenir de la santé en Afrique. Disponible sur : http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2524_Abuja_report_en.pdf

Nations unies (ONU). (2011). Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. A/66/L.1. Nations unies, New York.

Organisation des Nations Unies (ONU). (2014). Document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur l'examen et l'évaluation d'ensemble des progrès accomplis dans la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. A/68/L.53. Nations unies, New York.

Organisation des Nations Unies (ONU). (2015). Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. A/70/L.1. Nations unies, New York.

Organisation des Nations unies (ONU). (2018). Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. A/73/L.2. Nations unies, New York.

Division de statistique des Nations unies (UNSD). (2019) Codes standard de pays ou de zones à usage statistique. Régions géographiques. Consulté à l'adresse suivante : <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>

Van de Vijver, S., et autres (2013). Status report on hypertension in Africa--consultative review for the 6th Session of the African Union Conference of Ministers of Health on NCD's. *The Pan African Medical Journal*, 16 : 38. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS AFRO). (2011). Suivi de la commercialisation de l'alcool en Afrique : Résultats pour la Gambie, le Ghana, le Nigeria et l'Ouganda. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique : Brazzaville.

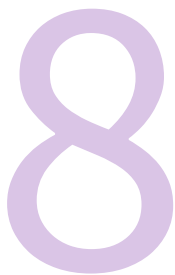
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique : Brazzaville. (2016). Rapport sur l'état des principaux facteurs de risque sanitaire pour les maladies non transmissibles. Région africaine de l'OMS, 2015. Consulté sur le site : https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/15264_who_afr-situation-ncds-15-12-2016-for-web_0.pdf

Women Deliver. (2019) À propos de nous. Les femmes donnent la vie. Consulté sur : <https://womendeliver.org/our-work/>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2000). Santé mentale des femmes : Un examen fondé sur des données probantes. OMS, Genève.

- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2011). Profils de pays sur les maladies non transmissibles 2011. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). 65e Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions. WHA65/2012/REC/1, OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2013) Plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2013-2020. OMS, Genève. Consulté à l'adresse suivante : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2014). Profils de pays pour les maladies non transmissibles, 2014. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2015). Suivi de l'évolution des maladies non transmissibles en 2015. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2015). Mandat de l'équipe spéciale inter-agences des Nations unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016). Exigences en matière de personnel de santé pour la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2017) Suivi de l'évolution des maladies non transmissibles, 2017. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2018). Profils de pays sur les maladies non transmissibles 2018. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2018). Sauver des vies, dépenser moins : une réponse stratégique aux maladies non transmissibles. OMS, Genève. Consulté à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2019). Groupe de travail inter-agences des Nations unies sur les maladies non transmissibles. OMS, Genève. Consulté sur : <https://www.who.int/ncds/un-task-force/en/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2019). Genre et santé mentale des femmes. OMS, Genève. Consulté sur : https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/
- Organisation mondiale de la santé. (2005). Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2015). Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016-2030. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2016). Estimations de la santé mondiale en 2015 : Décès par cause, âge, sexe, par pays et par région, 2000-2015. Consulté sur https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
- Organisation mondiale de la santé. (2016). Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : Effectifs 2030. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2018). Mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles : rapport final : Groupe de travail de l'OMS sur les MCG et les MNT sur l'alignement de la coopération internationale sur les plans nationaux de MNT (groupe de travail 3.2, 2016-2017). Organisation mondiale de la santé. Consulté sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312273>
- Young, F., et autres (2009). Un examen de la comorbidité entre les maladies infectieuses et chroniques en Afrique subsaharienne : TB et diabète sucré, VIH et syndrome métabolique, et l'impact de la mondialisation. *Global Health*, 5 : 9.

Annexes



Annexe 1 : Questionnaire d'enquête en ligne

Dans le cadre de l'élaboration de son plan stratégique, Fonds africain pour le développement de la Femme (AWDF) a commandé une analyse des tendances futures, « Perspectives d'Avenir pour l'Afrique : Tendances pour les Femmes à l'Horizon 2030 » qui indique que les maladies non transmissibles (MNT) augmentent rapidement en termes de charge de morbidité et deviennent les principales causes de décès en Afrique. En considération des dimensions de genre de l'exposition au facteur de risque et de l'accès aux services, l'AWDF commande actuellement une cartographie pour évaluer l'état des réponses aux MNT fondées sur les droits et l'organisation communautaire et leur impact sur les femmes africaines. Cette enquête fait partie de la cartographie et permet de connaître les organisations de femmes africaines qui œuvrent dans le domaine de la prévention et la réponse aux MNT. L'enquête a aussi pour but d'explorer les possibilités d'intensifier

l'engagement sur les liens entre les MNT et les droits des femmes par les organisations de femmes africaines. Pour toute question, prendre contact avec Johanna Riha, la consultante responsable de cette étude (johanna.riha@gmail.com).

1. Quel est le nom de votre organisation ?
2. Dans quel(s) pays votre organisation travaille-t-elle ?
3. Votre travail implique-t-il une approche de genre dans la prévention ou le contrôle des maladies non transmissibles (par exemple, les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies respiratoires chroniques, la santé mentale) ?

votre numéro de téléphone.

Organisations œuvrant dans le domaine des MNT

Cette section doit être complétée par les organisations qui travaillent déjà dans des domaines liés à l'égalité des genres et à la prévention ou au contrôle des maladies non transmissibles (par exemple, les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies respiratoires chroniques, la santé mentale).

4. Expliquez brièvement le travail que votre organisation effectue en matière de prévention ou de gestion des MNT.
- 5a. D'après vous, quels sont les trois principaux domaines d'action prioritaires des organisations de femmes africaines en matière de prévention et de lutte contre les MNT ?
- 6a. Quels sont les trois principaux défis auxquels votre organisation est confrontée dans le domaine de la prévention et de la gestion des MNT ?
- 7a. Quelles sont les trois principales opportunités pour les organisations de femmes africaines œuvrant dans le domaine de la prévention et la réponse aux MNT ?
- 8a. Quels sont, d'après vous, les trois principaux moyens de soutenir l'intensification de l'engagement des organisations de femmes africaines en ce qui concerne les liens entre les MNT et les droits des femmes ?
- 9a. Veuillez indiquer les donateurs que vous connaissez et qui financent déjà ou seraient prêts à financer des travaux sur les MNT et les droits des femmes en Afrique.
- 10a. Acceptez-vous qu'on communique avec vous pour obtenir d'autres renseignements ? Si oui, veuillez indiquer votre nom, votre adresse électronique et

Organisations ne travaillant pas actuellement sur les MNT

Cette section doit être remplie par les organisations qui ne travaillent PAS dans des domaines liés à l'égalité des sexes et à la prévention ou au contrôle des maladies non transmissibles (par exemple, les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies respiratoires chroniques, la santé mentale).

- 5b. Existe-t-il des liens potentiels entre votre plaidoyer en faveur de l'égalité des genres et la prévention et la lutte contre les MNT ? Si oui, veuillez expliquer.
- 6b. Envisageriez-vous d'intégrer une composante MNT dans votre travail ?
- 7b. Quels sont les défis à l'intégration de la prévention ou la gestion des MNT dans le portefeuille de votre organisation ?
- 8b. Quels sont, d'après vous, les trois principaux moyens de soutenir un engagement accru des organisations de femmes africaines sur les liens entre les MNT et les droits des femmes ?
- 9b. Veuillez énumérer les donateurs que vous connaissez et qui financent déjà ou seraient prêts à financer des travaux sur les MNT et les droits des femmes en Afrique.
- 10b. Acceptez-vous qu'on communique avec vous pour obtenir d'autres renseignements ? Si oui, veuillez indiquer votre nom, votre adresse

électronique et votre numéro de téléphone.

Annexe 2 : Guide d'entretien et liste des personnes interviewées

Guide d'entretien

Introduction

Dans le cadre de l'élaboration de son plan stratégique, le Fonds africain pour le développement de la Femme (AWDF) a commandé une analyse des tendances futures, « Perspectives d'Avenir pour l'Afrique : Tendances pour les Femmes à l'Horizon 2030 ». Il ressort des conclusions de cette étude que les maladies non transmissibles (MNT) augmentent rapidement en termes de charge de morbidité et deviennent les principales causes de décès en Afrique. Étant donné les dimensions de genre de l'exposition aux facteurs de risque et de l'accès aux services, l'AWDF commande actuellement une cartographie pour évaluer l'état des réponses aux MNT fondées sur les droits et l'organisation communautaire et leur impact sur les femmes africaines. Cet entretien fait partie de la cartographie et vise à mettre en lumière les organisations de femmes africaines qui œuvrent déjà dans le domaine de la prévention et la réponse aux MNT, et à explorer les possibilités de soutenir un plus grand engagement sur les liens entre les MNT et les droits des femmes par les organisations de femmes africaines. Pour toute question, prendre contact avec Johanna Riha, la consultante responsable de cette étude (johanna.riha@gmail.com).

Contexte

1. Quel est le nom de votre organisation ?
2. Dans quel(s) pays votre organisation travaille-t-elle ?
3. Expliquez brièvement les activités de votre organisation en matière de prévention ou de gestion des MNT.
4. Depuis combien d'années votre organisation travaille-t-elle dans le domaine des MNT ou de leurs facteurs de risque ?
5. Quels sont les publics cibles de votre travail ?
6. Sur quelles maladies/facteurs de risque votre organisation se concentre-t-elle principalement ?
7. Quels sont un ou deux exemples de stratégies de votre organisation qui ont abouti à des résultats spécifiques pour les groupes cibles de votre travail ?

Les MNT en tant que question relative aux droits des femmes

8. Quelles sont les questions liées aux MNT dans votre pays auxquelles la société civile a réagi jusqu'à présent ?
9. Quels sont les domaines négligés, mais qui sont importants pour une action précoce dans la lutte contre les maladies non transmissibles dans votre pays ?
10. Qui travaille de manière active sur les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, maladies respiratoires chroniques et santé mentale) dans votre pays ?
11. Pensez-vous que les questions et les problèmes liés au genre concernant la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles sont traités dans votre pays ?
12. D'après vous, quelles sont les principales lacunes dans la réponse des organisations de femmes africaines aux maladies non transmissibles dans votre pays ?
13. Quels sont les trois principaux défis auxquels les organisations de femmes africaines sont confrontées dans leur travail sur les MNT ?

14. Quelles pourraient être les solutions pour combler les lacunes dans la réponse des organisations de femmes africaines aux MNT dans votre pays?
15. Quelles sont les trois principales opportunités pour les organisations de femmes africaines travaillant sur la prévention et la réponse aux MNT?
16. Quels sont, d'après vous, les trois principaux domaines d'action prioritaires des organisations de femmes africaines en matière de prévention et de réponse aux MNT?
17. Selon vous, quels sont les trois principaux moyens de soutenir un engagement accru des organisations de femmes africaines en matière de liens entre les MNT et les droits des femmes?
18. Veuillez indiquer les donateurs que vous connaissez et qui financent déjà ou seraient prêts à financer des travaux sur les MNT et les droits des femmes en Afrique.

Liste des personnes interviewées

Name	Area of focus	Country	Organization
Ginette Bonou	MNT	Bénin	CJ2D AYESSI
Roland Tossou	MNT	Bénin	Directrice exécutive ONG La Fraîche Rosée; Présidente de l'Académie de la Jeune Élite du Bénin
Sylvie Paley	Cancer	Burkina Faso	Action Contre le Cancer Infantile Bobo Dioulasso
Kenfack Fulbert	Soins palliatifs	Cameroun	Présidente de l'Association Santo Domingo-SEG Cameroun
Philomène Mukendi	Cancer	RDR	Les Anges du Ciel
Wagida Anwar	Campagne antitabac durant la grossesse	Égypte	Professeur au département de médecine communautaire, Université Ain Shams, Égypte
Wondu Bekele	Cancer	Éthiopie	Fondatrice et directrice générale, Consortium d'Associations éthiopiennes sur les MNT et Société éthiopienne du cancer Mathiwos Wondu
Catherine Karekezi	MNT; diabète	Kenya	Directrice médical, Centre de gestion et d'information sur le diabète au Kenya; Alliance MNT Kenya
Maud Mwakasungula	Cancer and MNT	Malawi	Directrice exécutive, Coalition des femmes contre le cancer (WOCACA), Malawi
Ricky Lu	Services de santé maternelle et l'intégration des MNT	Plusieurs	Directrice du planning familial, de la santé reproductive, et des programmes de prévention du cancer du col de l'utérus à Jhpiego Membre du groupe de pilotage « Femmes et MNT » de l'Institut George/OMS
Jack Fischer	NCDs and Mental Health	Plusieurs	Responsable technique, Mécanisme mondial de coordination sur les MNT (MCG/MNT), Organisation mondiale de la santé
Maia Olsen	MNT	Plusieurs	Gestionnaire de programme, Synergies MNT, Partners In Health
Cristina Parsons Perez; Priya Kanayson; Lucy Westerman	MNT et santé mentale	Plusieurs	Directrice du développement des capacités; responsable des politiques et du plaidoyer; responsable des politiques et des campagnes, Alliance sur les MNT
Ibtihal Fadhil	MNT	Plusieurs	Présidente, Alliance sur les MNT, région de la Méditerranée orientale
Diana Agabi		Nigeria	ABANTU pour le développement
Vicki Pinkney-Atkinson	MNT	Afrique du Sud	Directrice de l'Alliance sud-africaine sur les MNT
Kemi Tibazarwa	MCV	Tanzanie	Présidente, Task Force sur la prévention des maladies cardiovasculaires, Société panafricaine de cardiologie (PASCAR)
Eva Magambo	Cancer	Ouganda	Conseil des femmes de la division de Nakawa
Kari Frame	Santé mentale	Ouganda et Zambie	Directrice du programme international, StrongMinds

Annexe 3 : Estimations brutes et ajustées selon l'âge de la prévalence et de la mortalité pour les maladies cardiovasculaires chez les femmes par pays, Afrique, 2017 (IHME 2018)

Pays	Année	Sexe	Maladie	Prévalence brute (nombre de cas prévalents)	Prévalence tandardisée par âge (cas pour 100 000)	Nombre brut de décès	Taux de mortalité standardisé par âge (décès pour 100 000)
Algérie	2017	Femme	MCV	1 178 654	6 959	38 339	276
Angola	2017	Femme	MCV	389 226	5 420	10 586	258
Bénin	2017	Femme	MCV	166 002	5 280	5 049	243
Botswana	2017	Femme	MCV	50 662	5 998	1 583	248
Burkina Faso	2017	Femme	MCV	312 908	5 326	9 381	247
Burundi	2017	Femme	MCV	153 782	5 636	4 497	301
Cameroun	2017	Femme	MCV	394 955	5 312	11 424	245
Cap-Vert	2017	Femme	MCV	15 718	6 272	440	159
République centrafricaine	2017	Femme	MCV	68 562	5 201	3 539	425
Tchad	2017	Femme	MCV	190 046	5 574	6 220	297
Comores	2017	Femme	MCV	15 134	5 587	517	255
Congo	2017	Femme	MCV	84 115	5 616	3 770	381
Côte d'Ivoire	2017	Femme	MCV	359 232	5 777	11 512	302
République démocratique du Congo	2017	Femme	MCV	1 173 187	5 279	45 133	319
Djibouti	2017	Femme	MCV	18 092	5 631	417	229
Égypte	2017	Femme	MCV	2 309 925	7 496	82 007	395
Guinée équatoriale	2017	Femme	MCV	17 523	5 328	382	195
Érythrée	2017	Femme	MCV	87 746	5 122	2 843	300
Éthiopie	2017	Femme	MCV	1 334 069	5 054	26 520	177
Gabon	2017	Femme	MCV	34 296	5 616	1 036	221
Ghana	2017	Femme	MCV	610 525	6 100	22 137	326
Guinée	2017	Femme	MCV	184 785	5 474	8 227	351
Guinée-Bissau	2017	Femme	MCV	26 798	5 554	1 154	381
Kenya	2017	Femme	MCV	793 541	5 586	16 858	191
Lesotho	2017	Femme	MCV	44 368	5 825	2 336	387
Liberia	2017	Femme	MCV	70 834	5 693	2 272	293
Libye	2017	Femme	MCV	184 335	7 350	6 007	315
Madagascar	2017	Femme	MCV	422 104	5 984	16 785	407
Malawi	2017	Femme	MCV	301 068	5 802	7 265	192
Mali	2017	Femme	MCV	273 453	5 276	9 935	302
Mauritanie	2017	Femme	MCV	67 125	5 624	2 177	259

Maurice	2017	Femme	MCV	53 402	6 200	1 498	177
Maroc	2017	Femme	MCV	1 202 914	7 331	58 291	416
Mozambique	2017	Femme	MCV	484 874	5 950	13 562	284
Namibie	2017	Femme	MCV	50 575	5 662	1 438	192
Niger	2017	Femme	MCV	261 556	5 232	7 700	265
Nigeria	2017	Femme	MCV	3 007 684	5 425	62 804	185
Rwanda	2017	Femme	MCV	204 196	5 114	4 699	188
Sao Tomé et Príncipe	2017	Femme	MCV	4 083	6 322	133	277
Sénégal	2017	Femme	MCV	249 441	5 679	7 998	252
Seychelles	2017	Femme	MCV	3 265	5 922	112	197
Sierra Leone	2017	Femme	MCV	131 258	6 066	5 170	355
Somalie	2017	Femme	MCV	240 930	5 599	9 131	371
Afrique du Sud	2017	Femme	MCV	1 562 333	6 019	41 348	175
Soudan du Sud	2017	Femme	MCV	131 385	5 455	3 588	278
Soudan	2017	Femme	MCV	731 876	7 118	29 417	397
Swaziland	2017	Femme	MCV	22 208	5 986	759	298
Tanzanie	2017	Femme	MCV	863 046	5 440	20 993	197
Gambie	2017	Femme	MCV	34 944	5 753	1 368	322
Togo	2017	Femme	MCV	131 220	5 612	3 871	258
Tunisie	2017	Femme	MCV	399 222	6 404	14 732	263
Ouganda	2017	Femme	MCV	552 854	5 434	10 986	189
Zambie	2017	Femme	MCV	245 311	5 531	5 542	209
Zimbabwe	2017	Femme	MCV	270 951	5 774	9 893	319

Note : MCV = maladies cardiovasculaires. Les 10 pays ayant les chiffres les plus élevés sont mis en évidence en rouge.

Source : Étude sur la charge mondiale de morbidité 2017. Résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017 (GBD 2017). Seattle, États-Unis : l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation (IHME), 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Pour les conditions d'utilisation, veuillez consulter le site <http://www.healthdata.org/about/terms-and-conditions>.

Annexe 4 : Estimations brutes et ajustées selon l'âge de la prévalence et de la mortalité du diabète chez les femmes par pays, Afrique, 2017 (IHME 2018)

Pays	Année	Sexe	Maladie	Prévalence brute (nombre de cas prévalents)	Prévalence tandardisée par âge (cas pour 100 000)	Nombre brut de décès	Taux de mortalité standardisé par âge (décès pour 100 000)
Algérie	2017	Femme	DS	1 591 082	8 676	3 147	21
Angola	2017	Femme	DS	663 873	8 383	1 435	30
Bénin	2017	Femme	DS	203 902	6 091	617	28
Botswana	2017	Femme	DS	83 578	9 168	427	63
Burkina Faso	2017	Femme	DS	306 336	4 887	1 238	30
Burundi	2017	Femme	DS	146 055	5 331	591	36
Cameroun	2017	Femme	DS	420 778	5 274	1 825	36
Cap-Vert	2017	Femme	DS	13 725	5 419	54	20
République centrafricaine	2017	Femme	DS	122 202	8 566	380	40
Tchad	2017	Femme	DS	198 781	5 519	685	31
Comores	2017	Femme	DS	16 942	6 149	78	36
Congo	2017	Femme	DS	156 617	9 441	555	50
Côte d'Ivoire	2017	Femme	DS	397 703	5 746	1 446	35
République démocratique du Congo	2017	Femme	DS	1 968 851	8 291	4 392	29
Djibouti	2017	Femme	DS	20 193	5 796	83	40
Égypte	2017	Femme	DS	3 112 657	8 790	6 287	23
Guinée équatoriale	2017	Femme	DS	36 102	9 876	76	34
Érythrée	2017	Femme	DS	95 751	5 559	462	43
Éthiopie	2017	Femme	DS	1 080 969	4 059	4 778	29
Gabon	2017	Femme	DS	57 767	8 879	175	35
Ghana	2017	Femme	DS	626 452	5 802	2 277	31
Guinée	2017	Femme	DS	176 021	5 054	938	38
Guinée-Bissau	2017	Femme	DS	33 439	6 257	139	43
Kenya	2017	Femme	DS	740 779	5 119	2 405	25
Lesotho	2017	Femme	DS	76 290	9 667	644	97
Liberia	2017	Femme	DS	85 877	6 342	300	36
Libye	2017	Femme	DS	311 221	10 920	850	42
Madagascar	2017	Femme	DS	371 756	5 207	1 457	33
Malawi	2017	Femme	DS	301 780	5 828	1 086	28
Mali	2017	Femme	DS	301 936	5 620	1 155	33
Mauritanie	2017	Femme	DS	80 905	6 465	325	37

Maurice	2017	Femme	DS	115 894	13 325	827	93
Maroc	2017	Femme	DS	1 613 174	9 317	5 527	37
Mozambique	2017	Femme	DS	440 183	5 407	1 750	33
Namibie	2017	Femme	DS	72 359	7 842	272	35
Niger	2017	Femme	DS	262 525	5 089	881	28
Nigeria	2017	Femme	DS	2 337 408	3 899	6 664	18
Rwanda	2017	Femme	DS	181 308	4 460	766	28
Sao Tomé et Príncipe	2017	Femme	DS	3 316	4 845	6	12
Sénégal	2017	Femme	DS	310 014	6 607	1 253	37
Seychelles	2017	Femme	DS	5 053	9 015	10	18
Sierra Leone	2017	Femme	DS	129 002	5 607	573	37
Somalie	2017	Femme	DS	245 641	5 778	1 285	47
Afrique du Sud	2017	Femme	DS	2 037 215	7 597	12 764	52
Soudan du Sud	2017	Femme	DS	139 239	5 720	550	39
Soudan	2017	Femme	DS	800 022	7 065	1 806	23
Swaziland	2017	Femme	DS	49 153	12 312	308	105
Tanzanie	2017	Femme	DS	705 482	4 481	3 373	30
Gambie	2017	Femme	DS	35 364	5 623	163	36
Togo	2017	Femme	DS	120 618	4 793	423	26
Tunisie	2017	Femme	DS	435 226	6 762	1 054	18
Ouganda	2017	Femme	DS	493 209	4 939	1 638	26
Zambie	2017	Femme	DS	244 510	5 423	1 013	36
Zimbabwe	2017	Femme	DS	434 391	9 022	1 822	53

Note : DS = Diabète sucré. Les 10 pays ayant les chiffres les plus élevés sont mis en évidence en rouge.

Source : Étude sur la charge mondiale de morbidité 2017. Résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017 (GBD 2017). Seattle, États-Unis : l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation (IHME), 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Pour les conditions d'utilisation, veuillez consulter le site <http://www.healthdata.org/about/terms-and-conditions>.

Annexe 5 : Estimations brutes et ajustées selon l'âge de la prévalence et de la mortalité liée au cancer chez les femmes par pays, Afrique, 2017 (IHME 2018)

Pays	Année	Sexe	Maladie	Prévalence brute (nombre de cas prévalents)	Prévalence standardisée par âge (cas pour 100 000)	Nombre brut de décès	Taux de mortalité standardisé par âge (décès pour 100 000)
Algérie	2017	Femme	Néoplasmes	128 391	668	9 935	60
Angola	2017	Femme	Néoplasmes	45 778	535	6 010	96
Bénin	2017	Femme	Néoplasmes	16 081	476	2 553	98
Botswana	2017	Femme	Néoplasmes	5 723	614	765	100
Burkina Faso	2017	Femme	Néoplasmes	38 185	573	5 692	113
Burundi	2017	Femme	Néoplasmes	15 368	514	2 343	104
Cameroun	2017	Femme	Néoplasmes	41 028	511	6 390	104
Cap-Vert	2017	Femme	Néoplasmes	1 356	545	236	92
République centrafricaine	2017	Femme	Néoplasmes	8 932	589	1 455	122
Tchad	2017	Femme	Néoplasmes	18 169	480	2 924	108
Comores	2017	Femme	Néoplasmes	1 939	673	308	121
Congo	2017	Femme	Néoplasmes	13 235	745	1 817	134
Côte d'Ivoire	2017	Femme	Néoplasmes	27 577	402	4 162	79
République démocratique du Congo	2017	Femme	Néoplasmes	126 541	506	18 757	97
Djibouti	2017	Femme	Néoplasmes	2 526	661	349	123
Égypte	2017	Femme	Néoplasmes	217 276	565	17 678	58
Guinée équatoriale	2017	Femme	Néoplasmes	2 246	604	262	95
Érythrée	2017	Femme	Néoplasmes	13 847	746	2 161	150
Éthiopie	2017	Femme	Néoplasmes	146 618	517	21 247	98
Gabon	2017	Femme	Néoplasmes	3 746	573	538	97
Ghana	2017	Femme	Néoplasmes	62 940	568	8 923	101
Guinée	2017	Femme	Néoplasmes	22 427	619	3 645	127
Guinée-Bissau	2017	Femme	Néoplasmes	3 117	571	497	124
Kenya	2017	Femme	Néoplasmes	66 057	442	10 056	85
Lesotho	2017	Femme	Néoplasmes	4 741	607	880	126
Liberia	2017	Femme	Néoplasmes	6 523	475	989	99
Libye	2017	Femme	Néoplasmes	32 296	1 068	2 334	98
Madagascar	2017	Femme	Néoplasmes	44 549	559	6 394	105
Malawi	2017	Femme	Néoplasmes	30 179	542	4 841	104
Mali	2017	Femme	Néoplasmes	27 484	471	4 312	97
Mauritanie	2017	Femme	Néoplasmes	7 033	565	1 081	106

Maurice	2017	Femme	Néoplasmes	8 068	946	690	78
Maroc	2017	Femme	Néoplasmes	141 573	791	11 204	68
Mozambique	2017	Femme	Néoplasmes	52 714	600	7 751	120
Namibie	2017	Femme	Néoplasmes	5 560	608	758	90
Niger	2017	Femme	Néoplasmes	23 649	435	3 733	94
Nigeria	2017	Femme	Néoplasmes	417 875	668	49 380	102
Rwanda	2017	Femme	Néoplasmes	22 792	523	3 360	95
Sao Tomé et Príncipe	2017	Femme	Néoplasmes	470	665	64	110
Sénégal	2017	Femme	Néoplasmes	23 285	495	3 915	101
Seychelles	2017	Femme	Néoplasmes	694	1 212	65	115
Sierra Leone	2017	Femme	Néoplasmes	12 416	531	1 953	109
Somalie	2017	Femme	Néoplasmes	29 215	622	4 873	134
Afrique du Sud	2017	Femme	Néoplasmes	167 139	612	22 928	90
Soudan du Sud	2017	Femme	Néoplasmes	16 436	581	2 355	116
Soudan	2017	Femme	Néoplasmes	59 384	458	6 258	66
Swaziland	2017	Femme	Néoplasmes	2 380	608	364	113
Tanzanie	2017	Femme	Néoplasmes	95 783	544	13 934	99
Gambie	2017	Femme	Néoplasmes	2 627	420	465	91
Togo	2017	Femme	Néoplasmes	12 136	466	1 833	91
Tunisie	2017	Femme	Néoplasmes	49 573	771	3 598	59
Ouganda	2017	Femme	Néoplasmes	59 639	549	9 366	108
Zambie	2017	Femme	Néoplasmes	29 364	600	4 366	117
Zimbabwe	2017	Femme	Néoplasmes	29 996	621	5 574	139

Note : Les 10 pays ayant les chiffres les plus élevés sont surlignés en rouge.

Source : Étude sur la charge mondiale de morbidité 2017. Résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017 (GBD 2017). Seattle, États-Unis : l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation (IHME), 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Pour les conditions d'utilisation, veuillez consulter le site <http://www.healthdata.org/about/terms-and-conditions>.

Annexe 6 : Estimations brutes et ajustées selon l'âge de la prévalence et de la mortalité liées aux maladies respiratoires chroniques chez les femmes par pays, Afrique, 2017 (IHME 2018)

Pays	Année	Sexe	Maladie	Prévalence brute (nombre de cas prévalents)	Prévalence standardisée par âge (cas pour 100 000)	Nombre brut de décès	Taux de mortalité standardisé par âge (décès pour 100 000)
Algérie	2017	Femme	MRC	1 703 493	8 934	2 148	15
Angola	2017	Femme	MRC	1 035 093	8 341	2 055	43
Bénin	2017	Femme	MRC	286 904	6 400	1 009	45
Botswana	2017	Femme	MRC	82 072	8 443	230	34
Burkina Faso	2017	Femme	MRC	585 521	6 733	1 261	28
Burundi	2017	Femme	MRC	293 154	6 303	758	43
Cameroun	2017	Femme	MRC	658 132	6 326	2 473	49
Cap-Vert	2017	Femme	MRC	12 579	4 806	47	17
République centrafricaine	2017	Femme	MRC	157 581	8 289	635	72
Tchad	2017	Femme	MRC	323 338	6 198	1 059	46
Comores	2017	Femme	MRC	21 928	6 510	63	28
Congo	2017	Femme	MRC	181 939	8 632	671	65
Côte d'Ivoire	2017	Femme	MRC	650 163	6 843	1 510	35
République démocratique du Congo	2017	Femme	MRC	2 455 805	7 456	9 364	62
Djibouti	2017	Femme	MRC	26 687	5 923	53	24
Égypte	2017	Femme	MRC	4 386 792	10 508	6 892	29
Guinée équatoriale	2017	Femme	MRC	42 876	8 211	89	42
Érythrée	2017	Femme	MRC	149 138	5 911	470	41
Éthiopie	2017	Femme	MRC	2 481 315	5 628	4 511	26
Gabon	2017	Femme	MRC	65 590	8 259	131	27
Ghana	2017	Femme	MRC	719 828	5 874	1 866	25
Guinée	2017	Femme	MRC	337 906	7 053	1 282	51
Guinée-Bissau	2017	Femme	MRC	44 632	6 346	176	53
Kenya	2017	Femme	MRC	1 109 477	5 485	3 220	33
Lesotho	2017	Femme	MRC	75 726	9 209	458	72
Liberia	2017	Femme	MRC	108 915	5 961	300	35
Libye	2017	Femme	MRC	264 194	8 579	437	22
Madagascar	2017	Femme	MRC	824 925	7 482	3 008	62
Malawi	2017	Femme	MRC	551 373	7 048	1 091	26
Mali	2017	Femme	MRC	493 070	6 849	2 134	58
Mauritanie	2017	Femme	MRC	116 021	6 872	299	33
Maurice	2017	Femme	MRC	53 832	7 769	203	24

Maroc	2017	Femme	MRC	1 411 224	8 141	2 828	20
Mozambique	2017	Femme	MRC	871 308	6 472	1 590	29
Namibie	2017	Femme	MRC	80 952	8 118	230	30
Niger	2017	Femme	MRC	494 713	6 279	1 416	43
Nigeria	2017	Femme	MRC	4 638 006	5 799	9 394	24
Rwanda	2017	Femme	MRC	467 858	7 928	1 053	36
Sao Tomé et Príncipe	2017	Femme	MRC	5 496	6 748	38	76
Sénégal	2017	Femme	MRC	338 088	5 767	1 198	35
Seychelles	2017	Femme	MRC	3 539	7 042	10	18
Sierra Leone	2017	Femme	MRC	193 859	6 473	700	45
Somalie	2017	Femme	MRC	418 678	6 001	1 333	45
Afrique du Sud	2017	Femme	MRC	1 891 190	7 068	7 673	32
Soudan du Sud	2017	Femme	MRC	286 723	6 966	665	41
Soudan	2017	Femme	MRC	1 438 840	8 733	2 222	30
Swaziland	2017	Femme	MRC	37 679	8 359	121	44
Tanzanie	2017	Femme	MRC	1 934 463	7 605	3 144	25
Gambie	2017	Femme	MRC	51 292	6 169	197	44
Togo	2017	Femme	MRC	203 608	6 431	631	38
Tunisie	2017	Femme	MRC	416 116	7 001	825	15
Ouganda	2017	Femme	MRC	1 078 559	6 320	2 052	30
Zambie	2017	Femme	MRC	438 612	6 096	1 000	32
Zimbabwe	2017	Femme	MRC	444 914	8 161	1 588	48

Note : CRD = Maladies respiratoires chroniques. Les 10 pays ayant les chiffres les plus élevés sont mis en évidence en rouge.

Source : Étude sur la charge mondiale de morbidité 2017. Résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017 (GBD 2017). Seattle, États-Unis : l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation (IHME), 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Pour les conditions d'utilisation, veuillez consulter le site <http://www.healthdata.org/about/terms-and-conditions>.

Annexe 7 : Estimations brutes et ajustées selon l'âge de la prévalence et de la mortalité liées aux maladies neurologiques chez les femmes par pays, Afrique, 2017 (IHME 2018)

Année	Anne	Sexe	Maladie	Prévalence brute (nombre de cas prévalents)	Prévalence standardisée par âge (cas pour 100 000)	Nombre brut de décès	Taux de mortalité standardisé par âge (décès pour 100 000)
Algérie	2017	Femme	TN	8 922 080	43 927	5 306	42
Angola	2017	Femme	TN	5 053 751	40 509	1 355	45
Bénin	2017	Femme	TN	2 358 534	45 053	941	55
Botswana	2017	Femme	TN	472 814	40 356	265	47
Burkina Faso	2017	Femme	TN	4 330 291	45 470	1 563	54
Burundi	2017	Femme	TN	1 606 784	33 987	534	49
Cameroun	2017	Femme	TN	5 756 593	45 495	2 034	58
Cap-Vert	2017	Femme	TN	125 680	45 507	127	41
République centrafricaine	2017	Femme	TN	872 562	40 457	264	48
Tchad	2017	Femme	TN	2 862 499	45 460	916	56
Comores	2017	Femme	TN	117 931	33 997	86	53
Congo	2017	Femme	TN	951 736	40 536	398	59
Côte d'Ivoire	2017	Femme	TN	4 968 577	45 479	1 506	56
République démocratique du Congo	2017	Femme	TN	14 418 489	40 451	5 050	48
Djibouti	2017	Femme	TN	172 574	34 037	71	54
Égypte	2017	Femme	TN	20 243 483	45 246	6 446	46
Guinée équatoriale	2017	Femme	TN	230 912	40 538	72	47
Érythrée	2017	Femme	TN	921 555	33 967	432	68
Éthiopie	2017	Femme	TN	13 839 906	30 662	5 495	44
Gabon	2017	Femme	TN	348 056	40 544	192	46
Ghana	2017	Femme	TN	6 771 701	45 481	2 316	46
Guinée	2017	Femme	TN	2 469 690	45 458	1 255	64
Guinée-Bissau	2017	Femme	TN	389 313	45 478	128	64
Kenya	2017	Femme	TN	7 919 176	35 185	3 401	48
Lesotho	2017	Femme	TN	394 143	40 342	288	61
Liberia	2017	Femme	TN	978 904	45 544	313	53
Libye	2017	Femme	TN	1 505 289	43 891	1 008	63
Madagascar	2017	Femme	TN	3 910 491	34 023	1 312	44
Malawi	2017	Femme	TN	2 678 364	33 981	1 525	44
Mali	2017	Femme	TN	3 938 030	45 413	1 320	56
Mauritanie	2017	Femme	TN	826 559	45 525	400	58
Maurice	2017	Femme	TN	277 924	39 269	361	44

Maroc	2017	Femme	TN	8 016 179	43 913	6 148	51
Mozambique	2017	Femme	TN	4 727 403	34 089	1 990	55
Namibie	2017	Femme	TN	472 299	40 345	331	47
Niger	2017	Femme	TN	3 970 145	45 422	1 034	53
Nigeria	2017	Femme	TN	43 442 947	46 158	17 887	59
Rwanda	2017	Femme	TN	2 001 881	34 002	950	47
Sao Tome and PriTNipe	2017	Femme	TN	43 085	45 482	21	50
Sénégal	2017	Femme	TN	3 026 162	45 474	1 426	56
Seychelles	2017	Femme	TN	19 816	39 246	27	47
Sierra Leone	2017	Femme	TN	1 639 676	45 513	618	56
Somalie	2017	Femme	TN	2 379 175	33 947	967	59
Afrique du Sud	2017	Femme	TN	11 933 860	41 575	9 292	42
Soudan du Sud	2017	Femme	TN	1 417 742	33 983	537	51
Soudan	2017	Femme	TN	7 804 468	43 907	2 639	42
Swaziland	2017	Femme	TN	223 296	40 304	98	54
Tanzanie	2017	Femme	TN	7 703 921	31 403	4 566	48
Gambie	2017	Femme	TN	448 758	45 437	217	60
Togo	2017	Femme	TN	1 628 161	45 461	519	50
Tunisie	2017	Femme	TN	2 686 686	43 935	2 538	47
Ouganda	2017	Femme	TN	5 796 815	34 057	2 009	42
Zambie	2017	Femme	TN	2 973 453	38 590	1 190	55
Zimbabwe	2017	Femme	TN	2 824 921	40 308	1 090	54

Note : TN = Troubles neurologiques. Les 10 pays ayant les chiffres les plus élevés sont mis en évidence en rouge.

Source : Étude sur la charge mondiale de morbidité 2017. Résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017 (GBD 2017). Seattle, États-Unis : l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation (IHME), 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Pour les conditions d'utilisation, veuillez consulter le site <http://www.healthdata.org/about/terms-and-conditions>.

Annexe 7b : Estimations brutes et ajustées selon l'âge de la prévalence et AVCI pour les conditions de santé mentale chez les femmes par pays, Afrique, 2017 (IHME 2018)

Pays	Année	Sexe	Maladie	Prévalence brute (nombre de cas prévalents)	Prévalence standardisée par âge (cas pour 100 000)	Nombre brut de décès	Taux AVCI standardisé par âge (AVCI pour 100 000)
Algérie	2017	Femme	SM	2 905 389	14 282	385 162	1 878
Angola	2017	Femme	SM	1 507 674	12 166	202 569	1 686
Bénin	2017	Femme	SM	593 420	11 544	76 488	1 561
Botswana	2017	Femme	SM	134 671	11 754	18 378	1 608
Burkina Faso	2017	Femme	SM	1 094 262	11 611	140 411	1 563
Burundi	2017	Femme	SM	619 944	13 095	76 774	1 709
Cameroun	2017	Femme	SM	1 423 760	11 560	186 875	1 586
Cap-Vert	2017	Femme	SM	31 389	11 522	4 395	1 623
République centrafricaine	2017	Femme	SM	268 597	12 436	35 018	1 662
Tchad	2017	Femme	SM	745 969	12 002	95 251	1 640
Comores	2017	Femme	SM	42 656	12 389	5 491	1 621
Congo	2017	Femme	SM	279 789	12 090	37 934	1 662
Côte d'Ivoire	2017	Femme	SM	1 195 035	11 196	153 526	1 494
République démocratique du Congo	2017	Femme	SM	4 387 477	12 237	564 418	1 625
Djibouti	2017	Femme	SM	61 666	12 586	8 158	1 687
Égypte	2017	Femme	SM	6 565 102	14 425	805 146	1 787
Guinée équatoriale	2017	Femme	SM	68 394	12 174	9 500	1 721
Érythrée	2017	Femme	SM	345 464	12 905	43 970	1 695
Éthiopie	2017	Femme	SM	5 756 114	12 920	724 687	1 701
Gabon	2017	Femme	SM	101 145	11 917	13 872	1 648
Ghana	2017	Femme	SM	1 613 056	11 029	212 561	1 482
Guinée	2017	Femme	SM	615 882	11 542	79 668	1 564
Guinée-Bissau	2017	Femme	SM	96 771	11 596	12 589	1 575
Kenya	2017	Femme	SM	2 747 535	12 395	353 198	1 642
Lesotho	2017	Femme	SM	130 618	13 599	18 703	1 968
Liberia	2017	Femme	SM	262 078	12 582	34 799	1 742
Libye	2017	Femme	SM	497 158	14 436	65 728	1 891
Madagascar	2017	Femme	SM	1 457 204	12 800	185 064	1 690
Malawi	2017	Femme	SM	974 862	12 414	121 059	1 601
Mali	2017	Femme	SM	955 609	11 011	117 641	1 432
Mauritanie	2017	Femme	SM	194 396	10 800	24 670	1 421
Maurice	2017	Femme	SM	82 537	11 360	11 046	1 517

Maroc	2017	Femme	SM	2 969 478	16 293	419 413	2 287
Mozambique	2017	Femme	SM	1 761 329	12 834	221 094	1 684
Namibie	2017	Femme	SM	129 699	11 179	16 900	1 474
Niger	2017	Femme	SM	1 052 473	11 856	128 837	1 566
Nigeria	2017	Femme	SM	10 898 355	11 859	1 463 099	1 665
Rwanda	2017	Femme	SM	750 725	12 894	98 627	1 741
Sao Tomé et Príncipe	2017	Femme	SM	10 340	11 052	1 353	1 487
Sénégal	2017	Femme	SM	728 418	11 094	93 739	1 480
Seychelles	2017	Femme	SM	5 422	10 585	703	1 368
Sierra Leone	2017	Femme	SM	412 163	11 695	53 465	1 584
Somalie	2017	Femme	SM	932 759	13 243	115 091	1 725
Afrique du Sud	2017	Femme	SM	3 504 970	12 329	472 122	1 655
Soudan du Sud	2017	Femme	SM	521 308	12 698	66 484	1 683
Soudan	2017	Femme	SM	2 938 400	15 845	343 891	1 914
Swaziland	2017	Femme	SM	64 044	11 743	8 519	1 584
Tanzanie	2017	Femme	SM	3 055 039	12 652	395 062	1 696
Gambie	2017	Femme	SM	120 935	12 684	16 603	1 821
Togo	2017	Femme	SM	403 828	11 524	52 853	1 556
Tunisie	2017	Femme	SM	898 600	14 784	119 788	1 943
Ouganda	2017	Femme	SM	2 266 949	13 614	305 196	1 922
Zambie	2017	Femme	SM	936 261	12 341	118 441	1 624
Zimbabwe	2017	Femme	SM	730 684	10 494	90 437	1 339

Note : AVCI = année de vie corrigée du facteur invalidité (la somme des années de vie potentielle perdues en raison d'une mortalité prématurée et des années de vie productive perdues en raison d'une incapacité) ; SM = états de santé mentale. Les 10 pays ayant les chiffres les plus élevés sont mis en évidence en rouge.

Source : Étude sur la charge mondiale de morbidité 2017. Résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2017 (GBD 2017). Seattle, États-Unis : l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation (IHME), 2018. Disponible à l'adresse suivante : <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Pour les conditions d'utilisation, veuillez consulter le site <http://www.healthdata.org/about/terms-and-conditions>.

Annexe 8 : Liste des acteurs dans le domaine des MNT en Afrique

Organisation	Type	Siège	Site web
Institut national de la santé publique (Algérie)	1	Algérie	http://www.insp.dz
Institut national de santé publique (Angola)	1	Angola	http://www.ianphi.org/membercountries/memberinformation/angola.html
Institut national de la santé publique (Burundi)	1	Burundi	http://www.insp.bi/
Département du contrôle des maladies	1	Cameroun	http://www.minsante.gov.cm/site/minsante.php?lang=e
Centre de recherche pour le développement international	1	Canada	https://www.idrc.ca/
Institut national de santé publique (Cap-Vert)	1	Cap-Vert	www.insp.gov.cv
Institut national de santé publique (Côte d'Ivoire)	1	Côte d'Ivoire	http://www.ianphi.org/membercountries/memberinformation/cotedivoire.html
Institut éthiopien de santé publique	1	Éthiopie	http://ephi.gov.et
Service de santé du Ghana	1	Ghana	http://www.ghanahealthservice.org
Institut national de santé publique (Guinée)	1	Guinée	http://www.ianphi.org/membercountries/memberinformation/Guinée.html
Institut national de santé publique (Guinée-Bissau)	1	Guinée Bissau	http://www.ianphi.org/membercountries/memberinformation/Guinéebissau.html
Institut de recherche médicale du Kenya	1	Kenya	www.kemri.org
Institut national de santé publique du Kenya	1	Kenya	http://www.ianphi.org/membercountries/memberinformation/kenya.html
Institut national de santé publique du Liberia	1	Liberia	www.nationalphil.org
Centre national de contrôle des maladies	1	Libye	http://www.nidcc.org.ly/tem2.htm
Institut de surveillance de la santé et des maladies	1	Madagascar	http://www.ianphi.org/membercountries/memberinformation/madagascar.html
Institut de santé publique du Malawi	1	Malawi	http://malawipublichealth.org/
Direction de l'épidémiologie et des maladies de contrôle (MoH)	1	Maroc	http://www.ianphi.org/membercountries/memberinformation/Maroc.html
Institut national d'hygiène (Maroc)	1	Maroc	http://inh.ma/
Institut national de santé du Mozambique	1	Mozambique	http://www.misau.gov.mz/
Agence nationale de développement des soins de santé primaires	1	Nigeria	http://www.nphcda.gov.ng/
Centre nigérian de contrôle des maladies	1	Nigeria	https://ncdc.gov.ng/
Institut nigérian de recherche médicale	1	Nigeria	www.nimr.gov.ng
Centre biomédical, Institut du VIH/SIDA, Prévention et contrôle des maladies	1	Rwanda	www.rbc.gov.rw
Agence nationale de santé publique de Sierra Leone	1	Sierra Leone	http://health.org.sl

Institut national de santé Laboratoire national de santé publique	1	Somalie	www.nih.gov.so
Institut national des maladies transmissibles	1	Afrique du Sud	www.nicd.ac.za
Institut de santé publique du Soudan	1	Soudan	www.phi.edu.sd
Institut national de la recherche médicale	1	Tanzanie	www.nimr.or.tz
Institut national d'hygiène (Togo)	1	Togo	http://www.inhtogo.tg/
Institut national de santé	1	Tunisie	www.insp.rns.tn/
Institut national de santé publique de l'Ouganda	1	Ouganda	http://www.ianphi.org/membercountries/memberinformation/uganda.html
Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR)	1	États-Unis d'Amérique	https://www.pepfar.gov/
Centres américains de contrôle et de prévention des maladies	1	États-Unis d'Amérique	https://www.cdc.gov/
Institut national de santé publique (Zambie)	1	Zambie	www.znphi.co.zm
CDC Afrique	2	Éthiopie	www.africacdc.org
Banque mondiale	2	États-Unis d'Amérique	https://www.worldbank.org
Commission de la condition de la femme	2		http://www.unwomen.org/en/csw
Mécanisme mondial de coordination pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles	2		https://www.who.int/ncds/gcm/en/
Le groupe de travail inter institutions des Nations unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles	2		https://www.who.int/ncds/un-task-force/en/
ONU Femmes	2		www.unwomen.org/
Mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles	2		https://www.who.int/activities/gcm
Institut mémorial Noguchi pour la recherche médicale	3	Ghana	www.noguchimedres.org
Centre de recherche sur la population et la santé en Afrique	3	Kenya	https://aphrc.org/
Alliance pour accélérer l'excellence scientifique en Afrique	3	Kenya	www.aesa.ac.ke
Institut Pasteur du Maroc	3	Maroc	www.pasteur.ma
Société africaine de génétique humaine	3	Afrique du Sud	https://www.afshg.org/
Consortium Hérité et santé humaine en Afrique (H3Africa)	3	Afrique du Sud	https://h3africa.org/
INDEPTH Network	3	Afrique du Sud	http://www.indepth-network.org/
Institut de santé Ifakara	3	Tanzanie	http://ihi.or.tz/
Institut de recherche sur les virus en Ouganda	3	Ouganda	http://www.uvri.go.ug/
Réseau africain des registres du cancer	3	Royaume-Uni	https://afcrn.org
Initiative de Harvard pour l'équité mondiale (HGEI)	3		https://hgei.harvard.edu/

Réseau des académies africaines des sciences	3		www.nasaconline.org
Conseil de la population	3		https://www.popcouncil.org/about
L'Institut George pour la santé mondiale	3		https://www.georgeinstitute.org.uk/
Fonds de crédit médical africain	4		https://thegiin.org/medical-credit-fund
Partenariat pour vaincre les MNT	4		https://defeat-ncd.org/
Fondation Novartis	5	Suisse	https://www.novartisfoundation.org
Fondation Bill & Melinda Gates	5	États-Unis d'Amérique	gatesfoundation.org
Bloomberg Philanthropies	5	États-Unis d'Amérique	https://www.bloomberg.org
Doris Duke Charitable Foundation	5	États-Unis d'Amérique	https://www.ddcf.org/
Medtronic Philanthropy	5	États-Unis d'Amérique	https://www.medtronic.com/uk-en/about/foundation.html
The Bush Institute	5	États-Unis d'Amérique	https://www.bushcenter.org/explore-our-work/taking-action/partnership-to-end-aids-and-cervical-cancer.html
Helmsley Charitable Trust	5		https://helmsleytrust.org/
Fédération internationale du diabète	6	Belgique	https://www.idf.org
Réseau international pour le traitement et la recherche sur le cancer	6	Belgique	http://www.inctr.org/
Alliance sur les MNT Burundi	6	Burundi	https://ncdalliance.org/burundi-ncd-alliance-bncda
HealthBridge	6	Canada	www.healthbridge.ca
Fondation des maladies du cœur	6	Canada	https://www.heartandstroke.ca/
Égypte Santé	6	Égypte	http://www.Égyptehealth.net
Alliance sur les MNT Éthiopie	6	Éthiopie	http://mathiwos.org/
Breast Care International	6	Ghana	https://www.breastcareinternational.org/
Académie africaine des sciences	6	Kenya	https://aasciences.ac.ke
Institut africain pour la santé et le développement	6	Kenya	https://aih dint.org/
Fondation africaine pour la santé mentale	6	Kenya	https://www.africamentalhealthfoundation.org/ ; https://africamentalhealthresearchandtrainingfoundation.org/
Alliance sur les MNT Kenya	6	Kenya	https://ncdak.org/
Alliance sur les MNT Malawi	6	Malawi	https://ncdalliance.org/what-we-do/capacity-development/list-of-national-regional-ncd-alliances
Coalition des femmes contre le cancer	6	Malawi	https://www.uicc.org/membership/women-coalition-against-cancer-malawi-wocaca
Alliance sur les MNT Mozambique	6	Mozambique	https://ncdalliance.org/news-events/news/mozambique%E2%80%99s-ncd-alliance-launched
Action en faveur des droits environnementaux	6	Nigeria	http://erafoen.org/ ; http://tobaccocontrol.ng/

Alliance sur les MNT Nigeria	6	Nigeria	https://ncdalliance.org/news-events/news/creating-an-ncd-civil-society-action-plan-for-nigeria
Alliance sur les MNT Rwanda	6	Rwanda	https://ncdalliance.org/news-events/news/launch-of-the-rwanda-non-communicable-disease-alliance
Organisation des soins palliatifs et des hospices du Rwanda	6	Rwanda	http://www.rpcho14.org/
Alliance contre le cancer (Afrique du Sud)	6	Afrique du Sud	https://www.canceralliance.co.za
Association sud-africaine de lutte contre le cancer	6	Afrique du Sud	https://www.cansa.org.za/
Réseau mondial de pairs en santé mentale	6	Afrique du Sud	https://www.gmhpn.org/
Institut de la ville de l'âme pour la justice sociale	6	Afrique du Sud	www.soulcity.org.za
Alliance sur les MNT en Afrique du Sud	6	Afrique du Sud	https://www.sancda.org.za/
Alliance pour la politique en matière d'alcool en Afrique australe	6	Afrique du Sud	http://saapa.net/
Le Conseil national contre le tabagisme (Afrique du Sud)	6	Afrique du Sud	www.againstsmoking.co.za
Alliance pour la convention-cadre/Alliance pour la lutte antitabac	6	Suisse	https://www.fctc.org/
Alliance sur les MNT	6	Suisse	https://ncdalliance.org
Union internationale pour la lutte contre le cancer	6	Suisse	https://www.uicc.org
Fédération mondiale du cœur	6	Suisse	https://www.world-heart-federation.org ; https://www.world-heart-federation.org/whf-african-summit/
Alliance sur les MNT Tanzanie (TANCDA)	6	Tanzanie	http://www.tancda.or.tz/
Alliance sur les maladies non transmissibles en Ouganda (UNCDA)	6	Ouganda	https://ncdalliance.org/uganda-ncd-alliance
Age Action Alliance	6	Royaume-Uni	www.ageactionalliance.org
Health Action Partnership International	6	Royaume-Uni	www.hapi.org.uk
Hospice Africa	6	Royaume-Uni	www.hospice-africa.org.uk
Arogya World	6	États-Unis d'Amérique	http://arogyaworld.org/
FHI 360	6	États-Unis d'Amérique	https://www.fhi360.org/
Jhpiego	6	États-Unis d'Amérique	https://www.jhpiego.org/
Sciences de la gestion pour la santé	6	États-Unis d'Amérique	https://www.msh.org/
Partenaires dans le domaine de la santé	6	États-Unis d'Amérique	https://www.pih.org/
PATH	6	États-Unis d'Amérique	https://www.path.org/ ; https://www.path.org/programs/noncommunicable-diseases/
PSI	6	États-Unis d'Amérique	https://www.pih.org/

StrongMinds	6	États-Unis d'Amérique	https://strongminds.org
Alliance sur les MNT de Zambie	6	Zambie	https://ncdalliance.org/what-we-do/capacity-development/list-of-national-regional-ncd-alliances
Alliance sur les MNT Zanzibar (Z-NCDA)	6	Zanzibar	https://zncda.wordpress.com/
AMREF Santé Afrique	6		https://amref.org
Consortium pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne	6		https://www.iuhpe.org/index.php/en/non-communicable-diseases-ncds/building-the-case-for-ncds-in-africa
Association du diabète - Ghana	6		https://www.idf.org/our-network/regions-members/africa/members/11-ghana.html?layout=details&mid=126
Alliance sur les MNT d'Afrique de l'Est	6		https://ncdalliance.org/resources/the-east-africa-ncd-charter ; https://ncdalliance.org/news-events/news/east-african-ncd-alliance-convenes-to-set-workplan-priorities-in-uganda
Alliance sur les MNT de la Méditerranée orientale	6		https://www.emrncda.org/
Alliance mondiale contre les maladies respiratoires chroniques	6		https://gard-breathefreely.org/
Observatoire mondial du cancer	6		https://gco.iarc.fr/
Incubateur de plaidoyer pour la santé mondiale	6		https://advocacyincubator.org/
Initiative mondiale contre l'asthme	6		https://ginasthma.org
Initiative mondiale pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques	6		https://goldcopd.org/
Alliance internationale des femmes	6		https://womenalliance.org/
Mouvement pour la santé mentale mondiale	6		http://www.globalmentalhealth.org/
Groupe de travail sur les femmes et les MNT	6		https://www.womenandncds.org/
Women Deliver	6		https://womendeliver.org/
Réseau des jeunes professionnels sur les maladies chroniques	6		http://www.ncdaction.org/
Access Accelerated	7	Suisse	www.accessaccelerated.org
Roche	7	Suisse	https://www.roche.com ; https://www.roche.com/sustainability/access-to-healthcare/cancer-care-partnerships-kenya.htm
GSK	7	Royaume-Uni	https://www.gsk.com
Pfizer	7	États-Unis d'Amérique	https://www.pfizer.com ; https://www.pfizer.com/files/investors/financial_reports/annual_reports/2016/partnering-to-tackle-non-communicable-diseases-ncds/index.html
AstraZeneca	7		https://www.astrazeneca.com/sustainability/access-to-healthcare/young-health-programme.html
Eli Lilly and Company	7		https://www.lilly.com

Novo Nordisk	7		https://www.novonordisk.com
Société internationale des infirmières en oncologie	8	Canada	www.isncc.org
Organisation panafricaine de thoracologie	8	Afrique du Sud	panafricanthoracic.org/
Société panafricaine de cardiologie	8	Afrique du Sud	www.pascar.org
Académie américaine de pédiatrie	8		https://www.aap.org/en-us/Pages/Default.aspx
Association internationale des instituts nationaux de santé publique	8		www.ianphi.org/
Le Forum des sociétés pulmonaires internationales	8		https://www.firsnet.org/
Fonds danois pour la société civile	9	Danemark	https://www.cisu.dk/the-civil-society-fund/overview
Agence danoise pour le développement international	9	Danemark	http://um.dk/en/danida-en/
Conseil de la recherche médicale	9	Royaume-Uni	https://mrc.ukri.org/
Wellcome Trust	9	Royaume-Uni	https://wellcome.ac.uk/
Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé	6 and 8	France et Canada	https://www.iuhpe.org/index.php/en/non-communicable-diseases-ncds/building-the-case-for-ncds-in-africa
Fédération mondiale contre l'obésité	6 and 8	Royaume-Uni	https://www.worldobesity.org/
Association américaine du cœur	6 and 8	États-Unis d'Amérique	https://www.heart.org/
Société américaine du cancer	6 and 8		https://www.cancer.org/

Note : Type d'organisation

1. Gouvernements nationaux
2. entités des Nations unies et organisations intergouvernementales
3. Institutions académiques
4. Partenariats public-privé
5. Organisations philanthropiques
6. Société civile mondiale et organisations non gouvernementales
7. Industrie privée
8. Associations professionnelles
9. Donateur et donatrice

Crédit photo

Photographie de couverture: AWDF

Page 3: Jordan Rowland, unsplash.com

Page 7 image: AWDF

Page 9: Annie Spratt, unsplash.com

Page 10: Dazzle Jam, pexels.com

Page 15: Omotayo Tajudeen, pexels.com

Page 17: Blue Ox Studio, pexels.com

Page 19: Annie Spratt, unsplash.com

Page 23: Brett Sayles, pexels.com

Page 23: Brett Sayles, pexels.com

Page 24: Annie Spratt, unsplash.com

Page 36: Muhammadtaha Ibrahim Ma'aji, pexels.com

Page 38: Francisco Venancio, unsplash.com

Page 45: Annie Spratt, unsplash.com



awdf@awdf.org www.awdf.org