

République du Bénin

Ministère de la Santé

Programme National de Lutte contre les Maladies
Non Transmissibles

**PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LUTTE CONTRE
LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2019-2023**

Novembre 2018

SOMMAIRE

PREFACE	3
SIGLES ET ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
I. GENERALITES SUR LE BENIN	6
I.1 Caractéristiques générales	6
I.2 Situation économique, sociale et culturelle	6
I.3 Profil sanitaire.....	7
I.4 Organisation du système de santé du Bénin.....	7
II. ANALYSE DE LA SITUATION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	8
II.1 Situation des MNT dans le monde	8
II.2 Situation des MNT en Afrique.....	9
II.3 Analyse de la situation des Maladies Non Transmissibles au Bénin.....	10
III. PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MNT	20
III.1 Mission du Ministère de la santé	20
III.2 Vision du Ministère	20
III.3 Objectifs.....	20
III.4 Cadre opérationnel de mise en œuvre.....	21
Cadre opérationnel de mise en œuvre et logique d'intervention	22
IV. Modalités de mise en œuvre du plan stratégique	40
IV.1 Approche multisectorielle	40
IV.2 Cadre institutionnel de mise en œuvre du Plan.....	40
IV.3 Organes d'exécution du Plan	41
V.4 Mobilisation des ressources	42
V.5 Suivi et Evaluation	43
CONCLUSION.....	45

PREFACE

Au Bénin comme dans la sous-région africaine, la charge des Maladies Non Transmissibles (MNT) et la menace que celles-ci représentent, constituent un problème de santé publique majeur qui entrave leur développement économique et social. C'est pourquoi, le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT), a élaboré plusieurs stratégies de lutte contre ces maladies.

Les maladies non transmissibles compromettent les progrès pour la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030, comportant la cible de réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles d'ici 2030.

Le présent plan stratégique intégré de lutte contre les MNT, se veut un cadre formel de référence des activités à mener par le PNLMNT de 2018 à 2022 pour la prévention des MNT en vue de garantir un accès équitable aux soins. Il traduit la volonté de l'Etat béninois de concrétiser les engagements pour la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable. La mise en œuvre des interventions qui y sont proposées permettra au Bénin de réduire la morbidité et la mortalité précoce dû aux MNT.

J'exhorte les Partenaires Techniques et Financiers et les différents acteurs du secteur de la santé à accompagner l'exécution effective et efficiente de ce plan qui contribuera à la réduction de la morbidité et à la mortalité liée aux Maladies Non Transmissibles.

Benjamin HOUNKPATIN
Ministre de la Santé

SIGLES ET ABREVIATIONS

AVC	: Accidents Vasculaires Cérébraux
BPCO	: Broncho Pneumopathies Chroniques Obstrucives
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CNEEP	: Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CNML/MNT	: Comité National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
CNHU- HKM	: Centre National Hospitalier et Universitaire- Hubert Koutoukou MAGA
DNSP	: Directeur National de la Santé Publique
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EEZS	: Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
FdR	: Facteurs de Risque
HOMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune.
HZ	: Hôpital de Zone
HTA	: Hyper Tension Artérielle
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
MCV	: Maladies Cardio-Vasculaires
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MRC	: Maladies Respiratoires Chroniques
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisations Non Gouvernementales
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLMNT	: Programme National de Lutte contre Maladies Non Transmissibles
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RAMU	: Régime Assurance Maladie Universelle
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire

INTRODUCTION

Les maladies non transmissibles (MNT) sont des maladies de longue durée évoluant de manière lente et insidieuse. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elles tuent chaque année plus de 36 millions de personnes. Près de 80 % de décès dus à ces maladies, soit 29 millions, surviennent dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires.

Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. On impute à ces quatre types d'affection 80 % de l'ensemble des décès dus aux MNT. L'évolution des modes de vie et le progrès technologique ont contribué à accroître en ce 21^{ème} siècle les facteurs de risques.

Ainsi, l'évolution rapide des facteurs de survenue des MNT constitue un véritable obstacle aux initiatives de réduction de la pauvreté dans ces pays, en obligeant les ménages à supporter les coûts exorbitants des soins.

Face à cette situation, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté en 2013 une résolution approuvant le Plan d'action de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles couvrant la période de 2013 à 2020. Ce plan prévoit un ensemble de mesures à mettre en œuvre pour contrôler les principaux facteurs de risque.

Pour prendre en compte toutes ces préoccupations de santé publique et dans le but d'assurer la prévention et la prise en charge correcte des Maladies Non Transmissibles, le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles a élaboré son 1^{er} plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles sur la période 2014-2018 dont la mise en œuvre arrive à son terme.

C'est dans ce cadre que s'inscrit l'élaboration du présent plan stratégique pour apporter les réponses nécessaires à l'amélioration de l'état de santé lié aux Maladies Non Transmissibles.

I. GENERALITES SUR LE BENIN

I.1 Caractéristiques générales

Située sur le golfe de Guinée, la République du Bénin est un Etat de la sous-région ouest africaine. Il est situé entre le 6^{ème} et le 12^{ème} degré de la latitude Nord. Il est limité au nord par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'océan Atlantique. Le Bénin couvre une superficie de 114.763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta).

Le Bénin a un relief peu accidenté qui se présente sous quatre formes principales que sont : (i) **La plaine côtière**, basse, sableuse, souvent marécageuse et jalonnée de lacs et de lagunes ; (ii) **Les plateaux** constitués des plateaux de terre de barre dont les plus importants sont ceux du Bas-Bénin (plateaux de Comè, Allada, Porto-Novo, Aplahoué, Abomey, Zagnanado, Pobè et Kétou) et le plateau de grès de Kandi. Ces plateaux sont entaillés par les vallées orientées nord-sud (Ouémé, Zou, Couffo) ; (iii) **La pénéplaine** cristalline qui occupe la plus grande partie du territoire avec de nombreuses collines orientées du nord au sud. Ce sont les collines de Bembèrèkè, de Kalalé, Nikki, Ouari-Marou, Agbassa, Bétérou, Bantè, Savè, Savalou, Dassa-Zoumè, Agouna et Gbadagba ; et la **Chaîne de l'Atacora** est localisée dans le nord-ouest du pays et se prolonge au Togo, au Ghana et au Niger.

Le Bénin a un climat chaud et humide à quatre saisons au sud du pays que sont une grande saison de pluies d'avril à juillet ; une petite saison sèche d'août à septembre ; une petite saison pluvieuse d'octobre à novembre et une grande saison sèche de décembre à mars.

Au nord, il y a deux saisons que sont une grande saison de pluies d'avril à juillet et une grande saison sèche de décembre à mars.

Avec une population de 10 008 749 habitants en 2013 (RGPH 4 2013), le Bénin a un indice synthétique de fécondité est de 4,9 (EDS 2011). La population du Bénin est estimée en 2018 à 11 496 140 habitants.

Le territoire national est découpé en 12 départements subdivisés à 77 communes dont 3 à statut particulier avec 546 arrondissements et 3747 villages et quartiers de ville.

I.2 Situation économique, sociale et culturelle

L'économie du Bénin est basée sur l'agriculture qui occupe plus de 56% de la population active. L'élevage et la pêche sont pratiqués de manière artisanale et couvrent environ 60% des besoins de la population. L'industrie locale est encore embryonnaire.

La balance commerciale est globalement déficitaire. Le Bénin est classé parmi les pays les moins avancés du monde.

La situation socio-culturelle du Bénin est caractérisée par une liberté religieuse et la prédominance de trois grands groupes de religions pratiquées par les populations : les religions chrétiennes, l'islam et les religions traditionnelles dominées par le Vodoun. Les pratiques traditionnelles sont encore très ancrées au sein de la population, entraînant un développement du syncrétisme religieux. Les us et coutumes, croyances et pratiques culturelles continuent d'influencer le comportement des populations. Certaines pratiques favorisent la stigmatisation et le développement de comportements néfastes à la santé.

I.3 Profil sanitaire

Le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par :

- Un inégal accès aux soins de santé en raison de la disparité dans la répartition des infrastructures et de l'insuffisance du personnel qualifié ;
- des comportements non favorables à la santé : alimentation déséquilibrée, sédentarité, tabagisme, consommation nocive d'alcool... (STEPS2008 & STEPS2015)
- un habitat souvent insalubre et un approvisionnement insuffisant en eau potable ;
- une insuffisance de structures de protection de l'environnement.

I.4 Organisation du système de santé du Bénin

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale et est calqué sur le découpage territorial. Il comprend trois niveaux.

- le niveau central ou national est administré directement par le Ministre de la Santé qui assure la mise en œuvre de la Politique Sanitaire définie par le gouvernement. Dans cette optique, il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle sa mise en œuvre. A ce niveau, on retrouve comme structures de soins le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM), le Centre National Hospitalier de Pneumo-physiologie (CNHPP), le Centre National de Psychiatrie (CNP), le Centre National de Gériatrie (CNG), non fonctionnel et le Centre Hospitalier Universitaire Mère et Enfant Lagune (CHU-MEL).
- le niveau intermédiaire ou départemental est administré par les Directeurs départementaux de santé qui doivent rendre compte au Ministre de la santé. Les activités sanitaires se font à ce niveau dans les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD). Au nombre de 12 à raison d'une par département, les directions départementales sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le ministère, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie. Elles sont aussi chargées

d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements. Le CHD constitue le centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zone ou par les centres de santé périphériques.

- le niveau périphérique ou opérationnel est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est destinée à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants. Une zone sanitaire couvre une (01) à quatre (04) communes selon le cas. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact. La zone sanitaire est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé avec comme organes de gestion, le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CoSa/ZS) et l'Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS).

II. ANALYSE DE LA SITUATION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Les maladies non transmissibles (MNT), également appelées maladies chroniques, ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont de longue durée et évoluent en général lentement. Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète.

II.1 Situation des MNT dans le monde

Au plan mondial, on note que¹ :

- les maladies non transmissibles (MNT) tuent chaque année 41 millions de personnes, ce qui représente 71% des décès dans le monde.
- chaque année, 15 millions de personnes, âgées entre 30 à 69 ans, meurent d'une maladie non transmissible; plus de 85% de ces décès « prématurés » surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- les maladies cardiovasculaires sont responsables du plus grand nombre des décès dus aux maladies non transmissibles, 17,9 millions par an, suivies des cancers (9 millions), des maladies respiratoires (3,9 millions) et du diabète (1,6 million).
- plus de 80% des décès « prématurés » dus aux maladies non transmissibles sont imputés à ces 4 groupes d'affection.
- le tabagisme, la sédentarité, l'usage nocif de l'alcool et une mauvaise alimentation augmentent le risque de mourir d'une maladie non transmissible.
- la détection, le dépistage et le traitement des maladies non transmissibles, de même que les soins palliatifs, sont des éléments essentiels de la riposte contre ces maladies.

¹ OMS, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> consulté le 30 décembre 2018.

Les maladies non transmissibles tendent à être de longue durée et résultent d'une association de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux.

Les principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète.

Elles ont un impact disproportionné dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui recensent plus des 3/4 des décès dus à ces maladies, soit 32 millions de morts (OMS, Cadre global de suivi des indicateurs et cibles pour la lutte contre les MNT, 2018). On associe souvent les MNT aux groupes plus âgés, mais les faits montrent que 15 millions des décès attribués aux maladies non transmissibles surviennent entre 30 et 69 ans. On estime que plus de 85% de ces décès « prématurés » sont enregistrés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les enfants, les adultes et les personnes âgées sont tous vulnérables aux facteurs de risque, qu'il s'agisse de la mauvaise alimentation, de la sédentarité, de l'exposition à la fumée du tabac ou des effets de l'usage nocif de l'alcool.

L'expansion de ces maladies est alimentée par des phénomènes tels que l'urbanisation rapide et non planifiée, la mondialisation des modes de vies défavorables à la santé et le vieillissement des populations. La mauvaise alimentation et la sédentarité peuvent se traduire au niveau individuel par une augmentation de la tension artérielle, de la glycémie, de la lipidémie et l'obésité.

Le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation et l'usage nocif de l'alcool sont tous des comportements qui augmentent le risque de maladies non transmissibles, mais ils peuvent être modifiés.

Dans les ODD, les maladies non transmissibles sont reconnues comme un défi majeur pour le développement durable. Les chefs d'États et de gouvernements se sont en effet engagés à monter des actions nationales ambitieuses pour réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux MNT grâce à la prévention et au traitement d'ici 2030 (cible 3.4 des ODD).

II.2 Situation des MNT en Afrique

L'Afrique confrontée à la menace des maladies non-transmissibles. En effet, selon les estimations de l'OMS, près de 4 millions d'Africains pourraient mourir de MNT d'ici à 2020. L'Afrique subit notamment le double fardeau de la malnutrition et de l'obésité.

La plupart de ces affections concernent les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer, les maladies respiratoires chroniques, avec comme effets huit facteurs de risque répertoriés par l'organisation.

Le fardeau des maladies non-transmissibles devient de plus en plus lourd dans la région Afrique et devrait prendre le dessus sur celui des maladies transmissibles d'ici à 2030. Les maladies les plus meurtrières dans la région Afrique selon l'OMS devraient être les maladies cardiovasculaires, les diabètes de type 2, les maladies obstructives respiratoires chroniques et le cancer.

Les quatre facteurs de risque identifiés sont l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie, ainsi que l'hypercholestérolémie.

L'usage nocif de l'alcool est un problème de santé publique. En Afrique, l'alcoolisme, va comme presque partout ailleurs avec le tabagisme. Selon l'OMS, un régime alimentaire malsain est l'un des principaux facteurs de risque modifiables de morbidité et de mortalité attribuables aux MNT, y compris les maladies cardiovasculaires, les diabètes de type 2 et le cancer.

Bien que les conséquences de régimes malsains soient plus importantes dans d'autres régions de l'OMS, la Région africaine, sujette à la fois à la malnutrition et à des régimes alimentaires malsains, subit un double fardeau.

L'inactivité physique est le quatrième facteur de risque de morbidité et de mortalité dans le domaine des MNT dans le monde. L'OMS spécifie que l'activité physique régulière favorise le bien-être psychologique, la santé des muscles et des os et réduit la tension artérielle chez les personnes souffrant d'hypertension

Mais dans plusieurs pays africains, de nombreuses personnes ne se livrent à aucune activité physique régulière.

Dans la moitié des pays de la Région africaine de l'OMS, au moins un adulte sur trois est hypertendu.

L'augmentation du cholestérol sanguin augmente aussi les risques de maladie cardiaque et d'accident vasculaire cérébral. Dans la Région africaine de l'OMS, on estime que près d'un quart des adultes ont un cholestérol sanguin élevé. C'est le taux le plus bas parmi toutes les régions de l'OMS.

II.3 Analyse de la situation des Maladies Non Transmissibles au Bénin

La situation des Maladies Non Transmissibles au Bénin est présentée ici à partir de la revue documentaire. A cela s'ajoutent les résultats des entretiens que nous eus avec un échantillon des personnes impliquées dans la lutte contre les MNT et les bénéficiaires sur leur perception des résultats obtenus.

La revue documentaire a consisté à recenser et à s'appropriier l'ensemble des documents indispensables pour une meilleure compréhension de l'objet de l'étude et surtout à mieux cerner les indicateurs du programme. Les principaux documents exploités sont :

- le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 ;
- le Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 ;
- le plan stratégique intégré de lutte contre les MNT 2014-2018 ;
- le Plan de réponse nationale aux Maladies non transmissibles 2017-2022 ;
- le plan d'action opérationnel en santé mentale incluant les troubles du comportement liés à la consommation de drogue ;
- le Plan Triennal de Lutte Contre les Cancers (2013-2015) ;
- la Politique Nationale de Santé Communautaire (2014-2025) ;
- le Plan Stratégique de Lutte Contre le Tabac (2016-2020) ;
- les rapports d'auto-évaluation 2016 et 2017 du programme ;
- les résultats de l'enquête pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles « STEPS 2008 » ;
- les résultats de l'enquête pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles « STEPS 2015 ».

II.3.1 Les Facteurs de risque

II.3.1.1 Lutte contre le tabagisme

Selon les résultats des enquêtes STEPS 2008 et 2015, la prévalence de la consommation de tabac a diminué passant de 8,7% à 5,0% chez les sujets âgés de 18 à 64 ans. Elle était significativement plus élevée chez les hommes (9,5%) que chez les femmes (0,5%). Entre 2008 et 2015, la consommation de tabac a diminué tant en milieu rural qu'en milieu urbain. En 2015, la proportion d'anciens fumeurs quotidiens de tabac (qui ne fumaient pas au moment de l'enquête) parmi l'ensemble des personnes interrogées était de 0,9%. Chez les hommes, cette proportion était de 1,7% et de 0,2% chez les femmes. La prévalence de la consommation de tabac a globalement diminué dans tous les départements sauf dans le littoral qui avait la plus faible prévalence en 2008.

Les personnes interviewées estiment globalement que les résultats ont été moyennement atteints dans le domaine de la lutte contre la consommation du tabac. Ils évoquent comme raison une insuffisance de la mise en œuvre des actions. Les stratégies mises en place quoiqu'insuffisantes ont néanmoins permis d'atteindre la population cible.

L'accompagnement de l'Etat n'est pas encore total. En effet, la loi règlementant la production, la commercialisation et l'usage des produits du tabac, ses dérivés et assimilés promulguée en 2017 est partiellement appliquée car les décrets

d'applications ne sont pas encore signés. Les mesures de réduction de l'offre des produits du tabac sont en cours, on peut noter l'augmentation des taxes sur les produits du tabac dans la loi des finances 2019 conformément aux directives de la CEDEAO et de l'UEMOA. Le phénomène se développe sous d'autres formes avec la consommation de la chicha. Pour ceux qui sont déjà fumeurs, la dépendance ne facilite pas le recul du phénomène à leur niveau.

Néanmoins, les actions mises en œuvre ont permis de sensibiliser de nombreux jeunes qui étaient de potentiels fumeurs. Il urge la création des centres d'écoute, de conseil et de sevrage tabagique pour aider les fumeurs qui veulent arrêter dans nos départements. L'avertissement sanitaire graphique sur les paquets de cigarettes et assimilés, l'instauration d'une ligne verte STOP Tabac et l'effectivité des espaces 100% sans tabac sont les prochaines étapes de la lutte antitabac au Bénin.

II.3.1.2 Amélioration de la santé mentale et lutte contre les troubles liés à une consommation de drogues

La situation de la santé mentale au Bénin est caractérisée par :

- le manque de structures de prise en charge une faible accessibilité,
- une pénurie des personnels spécialistes,
- une forte prévalence des troubles avec une faible capacité des acteurs de soins à assurer la prise en charge adéquate des patients.

Il existe peu d'informations sur les troubles de la santé mentale liés à la consommation de drogues. Les troubles mentaux secondaires à la prise de drogue surviennent de façon récurrente dans les communautés et les acteurs de la société civile et les forces de l'ordre sont les premiers maillons de soins, lorsque les troubles mentaux deviennent responsables de troubles à l'ordre publique.

Les partenaires de la société civile dans le domaine de la santé mentale devraient être actifs, car représentant des opportunités d'élever le niveau d'offre de services. La qualité de l'offre de service ne respecte pas encore les normes de plus, l'évaluation et la supervision des services offerts ne sont pas planifiées.

L'engagement institutionnel est davantage nécessaire pour le développement d'un service de qualité.

II.3.1.3 Lutte contre l'alcoolisme

En 2008, la proportion de la consommation nocive d'alcool parmi les consommateurs d'alcool était de 2,9%. En 2015, cet indicateur est passé à 2,1%. Elle était plus élevée chez les hommes 2,7% que chez les femmes 0,9% et la tranche d'âge de 30 à 44 ans était la plus touchée. La prévalence de la consommation nocive d'alcool a globalement augmenté dans tous les départements. L'augmentation n'était significative que dans les départements du Zou, du Littoral et de la Donga.

La proportion de la consommation intermédiaire d'alcool était de 2,7% parmi les consommateurs. Contrairement au précédent, elle était plus élevée chez les femmes 3,9% que chez les hommes 2,1%².

Les personnes interviewées au cours de l'évaluation estiment que l'impact n'est pas négligeable même s'il reste beaucoup à faire dans le domaine. L'alcool disponible sur le marché provient de la production locale et de l'importation frauduleuse et/ou légale. Cette quantité d'alcool n'est pas totalement contrôlée et aucun dispositif ne permet d'en contrôler la qualité.

La conduite en état d'ivresse est règlementée par le Centre National de Sécurité Routière et la Police Républicaine. Le code du travail interdit la consommation de l'alcool sur les lieux de travail et l'exercice de la profession en état d'ivresse. Le contrôle de qualité de l'alcool produit localement, l'interdiction de la vente de l'alcool aux mineurs et la création des centres de désintoxication des alcooliques chroniques sont les défis majeurs à relever.

II.3.1.4 Alimentation déséquilibrée

La consommation de fruits et de légumes réduit le risque de maladies cardiovasculaires, de cancers de l'estomac et cancer colorectal. En 2015, la faible consommation de fruits et légumes s'est généralisée sans disparités à tous les départements. La tendance semble plus accentuée dans les départements qui affichaient une performance relativement bonne en 2008. Les fruits sont consommés en moyenne 2 à 3 jours par semaine. Le nombre de jours de consommation de fruits par semaine ne variait pas en fonction du sexe.

Les responsables et membres d'équipe d'encadrement interviewés pensent que les actions dans ce domaine ne sont suffisantes pour impacter les populations. La valorisation de produits locaux et notamment la promotion de la consommation des fruits et légumes demeurent les stratégies à intensifier.

Dans le domaine de la promotion de la pratique de l'exercice physique en faveur de la santé, la stratégie mise en œuvre est axée sur la réduction de la sédentarisation des populations. Les résultats de l'enquête STEPS 2015 révèlent qu'en moyenne, un individu consacre quotidiennement 150 minutes à des activités sédentaires. Cet indicateur est de 120 minutes pour les hommes et de 18 minutes pour les femmes. La consommation de sel a un impact négatif sur le fonctionnement du système cardio-vasculaire. Plus de 17% des individus ont affirmé ajouter du sel supplémentaire avant ou pendant le repas. Les mesures les plus évoquées par les participants pour le contrôle de la consommation de sels sont la limitation de la consommation des plats cuisinés salés (42,7%) et l'utilisation d'autres épices que le sel dans la préparation des repas (30,3%).

² STEPS 2015

La vérification des étiquettes des produits manufacturés sur leur teneur en sel (11,6%), la consommation de substitut de sels de sodium (8,6%), l'éviction des repas en dehors du domicile (12,6%) sont encore peu pratiqués.

II.3.1.5 Inactivité physique :

On note que 16% des adultes de 18-69 ans n'ont pas atteint les recommandations d'activité physique pour la santé de l'OMS en 2015 (Réaliser au moins 150 minutes d'activité modérée ou équivalent par semaine). La plupart des personnes enquêtées lors de l'enquête STEPS (80,5%) n'avait aucune activité physique lors des loisirs. Un individu sur 3 n'avait aucune activité physique au travail, tandis-que les déplacements étaient l'activité la plus pourvoyeuse d'activité physique avec seulement 18,7% des individus n'ayant aucune activité physique lors des déplacements. L'inactivité physique lors des loisirs touche plus les femmes que les hommes.

En dépit de quelques initiatives qui méritent d'être encouragées, on ne note pas un engouement au sein de la population en ce qui concerne les activités sportives à cause de la méconnaissance de ses bienfaits. Beaucoup d'efforts restent à faire notamment dans le domaine de la sensibilisation pour permettre aux populations de cerner l'importance de la pratique de l'exercice physique en faveur de la santé.

II.3.1.6 Surcharge pondérale et Obésité

La situation de l'obésité s'est légèrement améliorée. En effet la prévalence de l'obésité a diminué entre 2008 et 2015 passant de 9,4% à 7,4%³.

Néanmoins, environ 7 personnes sur 10 ont un IMC normal. L'insuffisance pondérale, la surcharge pondérale et l'obésité concernent respectivement 8,5%, 14,4% et 4,7% des hommes. Plus d'une femme sur quatre est concernée par le surpoids (17%) et l'obésité (10%).

II.3.1.7 Hypercholestérolémie

En ce qui concerne le diagnostic du cholestérol élevé le dosage de la cholestérolémie n'a jamais été réalisé chez 99% des participants. Avec une Cholestérolémie totale moyenne de 150,7mg/l pour les sujets enquêtés lors de l'enquête STEPS, les antécédents de cholestérolémie élevée concernaient seulement 0,4% des participants.

³ Enquêtes STEPS 2008 et 2015

II.3.2 Les Maladies Non Transmissibles prioritaires

II.3.2.1 Les maladies cardio-vasculaires

Au Bénin, la prévalence de la tension artérielle élevée était de 27,5 % en 2008 dont 75% des sujets ignoraient leur état. Elle est de 21% en 2015⁴. Très peu de structures disposent actuellement de personnel et de matériels de prise en charge des maladies cardiovasculaires.

La situation des personnes n'ayant jamais mesuré leur tension artérielle n'a pas véritablement changé. Cet indicateur est de 68,2% en 2015 alors que qu'il est de 75% en 2008.

Les accidents vasculaires cérébraux constituent aujourd'hui la première cause d'hospitalisation en neurologie au CNHU-HKM et une cause majeure d'handicap chronique. Cette fréquence des maladies cardio-vasculaires dans les hôpitaux est la preuve que la lutte mérite d'être intensifiée.

Parmi les sujets diagnostiqués au cours de l'enquête STEPS, 17,4 % avaient pris un remède traditionnel ou à base d'herbes contre l'hypertension artérielle.

Selon les acteurs du système de santé cette fréquence des maladies cardio-vasculaires dans les hôpitaux montre que la lutte mérite d'être intensifiée. Ils estiment dans une large majorité que le suivi des cas reste encore mauvais compte tenu des moyens matériels et humains très limités.

II.3.2.1.1 Cancers

En raison du fait qu'il n'existe pas au Bénin un système de surveillance adaptée, peu de données sont disponibles sur la fréquence des cancers. Cependant grâce au registre, les cancers les plus fréquents au CNHU- HKM⁵ sont :

- chez la femme : le cancer du sein (32,5%), le cancer du col de l'utérus (16,8%) et les hémopathies (6,8%)
- chez l'homme : le cancer de la prostate (18,2%), les hémopathies (15,4%) et le cancer primitif du foie (13,9%) ;
- chez l'enfant : les hémopathies (38%), le néphroblastome (21,1%) et le rétinoblastome (16,9%).
- Dans les deux sexes : les cancers digestifs (2,14%).

Selon l'Agence Internationale de Recherche contre le Cancer, le nombre total de nouveaux cas tous type de cancers est de 8036 en 2018⁶ de tous les cancers confondus. Les cas les plus fréquents sont le cancer de sein qui représente 19% des cas et le cancer de prostate avec 16,4% des cas enregistrés. Le nombre de décès dû au cancers est de 5667 selon les mêmes sources.

⁴ OMS- Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2018.

⁵ Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT). Plan triennal de lutte contre les cancers 2013 – 2015. Cotonou. Juin 2012. p. 67.

⁶ http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

En dépit des sensibilisations sur les divers types de cancers, la perception des acteurs reste qu'il faut accentuer les actions auprès des populations pour leur permettre d'avoir des comportements sains pouvant aider à réduire le risque de cancers. La promotion du dépistage précoce mérite d'être renforcée pour améliorer les cas de succès dans la prise en charge. La lutte reste pour le moment parcellaire et mérite d'être renforcée.

Il n'existe pas de programme de dépistage et de centre spécialisé de prise en charge. De plus la radiothérapie n'est pas disponible au Bénin et les soins ne sont pas subventionnés.

II.3.2.1.2 Diabète

Au Bénin, Le diabète est mesuré par l'hyperglycémie dans les différentes enquêtes. Au niveau national, la prévalence du diabète était estimée à 1,1% en 2001 puis 2,6% en 2008 et à 12,4% en 2015. Elle est donc en constante augmentation depuis ces dernières années.

Cette fréquence de personnes sous traitement antidiabétique est plus de 10 fois inférieure à la prévalence des sujets atteints de diabète. On note une grande méconnaissance de ce facteur de risque au sein de la population. En effet, seulement 3,3% des personnes interrogées au cours de cette même enquête n'ont jamais fait mesurer leur niveau de glycémie.

Une population vieillissante, une urbanisation accélérée, les changements dans les habitudes alimentaires et une activité physique plus réduite sont les facteurs qui expliquent l'évolution du diabète notamment de type 2.

II.3.2.1.3 Maladies respiratoires chroniques : asthme et BPCO (broncho-pneumopathies chroniques obstructives)

La prévalence de l'asthme se situe autour de 7% chez les enfants de 10 à 14 ans en milieu scolaire à Cotonou (2005). Une étude préliminaire de l'impact de la fumée de biomasse chez les femmes exposées a rapporté une prévalence de la bronchite chronique à 10% et celle de la BPCO à 3,2% (2010). **Le Bénin ne dispose que de 05 médecins pneumologues exerçant actuellement à Cotonou, disponibles pour la prise en charge des maladies respiratoires chroniques.**

La pollution de l'air par les gaz d'échappement notamment dans nos grandes villes est l'un des principaux facteurs de risque des maladies respiratoires

L'intensification des actions de sensibilisation, le renforcement des capacités des agents et la disponibilité du matériel sont les actions nécessaires à la prise en charge intégrale des cas de Maladies Respiratoires Chroniques.

II.3.2.2 Les autres Maladies Non Transmissibles

II.3.2.2.1 Affections buccodentaires

Une enquête rétrospective organisée par le PNLMT avec l'appui de l'OMS en 2012, a permis de recueillir que 36.322 personnes auraient consulté pour les affections bucco-dentaires dans les hôpitaux publics de l'année 2008 à 2010.

En 2013, en milieu scolaire dans la commune de Ouidah dans le département de l'Atlantique 58,2% des élèves avaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire (plaque et tarte) et 49,7% avaient une carie dentaire. Au cours de l'enquête STEPS (2015), 5,6 % des personnes enquêtées avaient des dents en mauvais état.

Les infrastructures de soins bucco-dentaires ne couvrent pas l'ensemble du territoire. On note toujours une mauvaise accessibilité financière aux soins dentaires et une insuffisance du personnel qualifié. En effet, on compte 60 chirurgiens-dentistes en 2011 dont 14 exercent dans le secteur public, 05 dans le secteur confessionnel et 41 dans le secteur privé.

Le noma qui est une affection buccale liée aux conditions socio-économiques défavorables reste peu connu du personnel de santé et surtout des populations.

Il faudra donc accentuer la formation des agents de santé dans ce domaine pour faciliter les actions de communication et de sensibilisation par les canaux traditionnels.

II.3.2.2.2 Cécité et Déficiences visuelles

Une enquête de prévalence des vices de réfraction chez les élèves de 10 à 15 ans, réalisée en 2008 dans la zone sanitaire Djidja-Abomey-Agbangnizoun, a montré que 8% des garçons et 12% des filles présentent un vice de réfraction. La même étude a montré que 7,2% sont des vices hypermétropies et 2,2% sont des vices myopiques.

En 2010 le nombre de malades qui ont été opérés de cataracte est d'environ 4.000 dont environ 600 dans le secteur public. Le Bénin dispose de 14 médecins ophtalmologistes.

En 2013, en milieu scolaire dans la commune de Ouidah dans le département de l'Atlantique, la prévalence des troubles de réfraction oculaire est estimée à 13,7%. Selon le type d'amétropie, on note myopie 58%, hypermétropies 19% et astigmatisme 23%.

Selon les acteurs, très peu d'actions ont été menées dans ce domaine compte tenu des moyens très limités. Les actions de sensibilisation doivent être intensifiées pour la prévention des risques liées à ces affections.

II.3.2.2.3 Affections neurologiques

La prévalence de l'épilepsie varie de 10 à 40 % dans les différentes régions du Bénin de 1993 à 2009. L'enquête nationale réalisée en 2010 a révélé une prévalence de 8%. Au Bénin il n'y a pas de législation qui protège les personnes souffrant d'épilepsie. La prise en charge optimale nécessite souvent le recours à un Neurologue.

La prévalence de la démence en population générale à Cotonou en 2011 chez les personnes âgées de plus de 65 ans a été estimée à 3,7%. Cette prévalence était de 2,6% en population générale à Djidja en 2009.

Des difficultés existent et sont liées au fait dans certaines régions, des totems existent toujours dans les familles quant aux épilepsies. Ces maladies sont aussi considérées par ailleurs comme honteuses et ne font pas toujours objet de consultation dans les centres de santé. C'est pour cela que la sensibilisation mérite d'être renforcée au sein de la population par les canaux traditionnels de communication.

II.3.2.2.4 Traumatismes et Violences

Il existe deux catégories de traumatismes : les traumatismes physiques et les traumatismes psychiques. Les traumatismes physiques sont les dommages physiques causés à une personne lorsque son corps a été « soumis, de façon soudaine ou brève, à un niveau d'énergie intolérable ». Les traumatismes psychiques sont des événements survenant de façon imprévisible et brutale soumettant l'individu à une agression sur laquelle aucun contrôle n'est possible dans l'urgence de la situation.

Les traumatismes sont répartis en traumatismes intentionnels et non intentionnels ou accidents.

La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès. La nature des actes violents peut être : physique, sexuelle, psychologique, privations ou négligences.

La violence se divise en trois grandes catégories : la violence auto-infligée, la violence interpersonnelle, la violence collective.

Au Bénin, les accidents de la circulation sont la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans. Selon les données du Centre National de Sécurité Routière (CNSR), les accidents de la voie publique ont baissé entre 2015 et 2018.

Les accidents de la vie courante sont liés à des facteurs tels que le mauvais état des voies, le non-respect du code de la route, l'ignorance du code de la route, les inattentions.

Les acteurs du système de santé estiment la sensibilisation sur les routes demeurent pour réduire les risques par les acteurs de la route, il n'y a pas d'actions concrètes pour la prévention afin d'impacter davantage les populations. Cette situation est due à l'insuffisance de ressources aussi bien humaines que financières. Les mêmes causes expliquent la faible capacité de prise en charge des personnes se retrouvant dans ces cas. Les actions de sensibilisation existant devront être développées à l'endroit des populations pour limiter les risques liés

aux traumatismes et aux violences. Le renforcement des capacités humaines et matérielles facilitera également la prise en charge intégrale des concernés.

II.3.2.2.5 Drépanocytose

Au Bénin, en 2010 la prévalence de la drépanocytose a été estimée à 4,8%. Le dépistage systématique de la drépanocytose n'est pas une pratique courante, et le diagnostic est généralement effectué lorsque des complications graves surviennent. En outre, les laboratoires capables de faire un diagnostic précis sont peu nombreux et concentrés à Cotonou. Les professionnels de la santé dûment formés sont peu nombreux.

II.3.2.2.6 Troubles mentaux

La prévalence de la dépression en population générale au Bénin est de 5% en 2009. La fréquence des psychoses en consultation de psychiatrie est estimée à 25% environ.

Une enquête réalisée dans la zone sanitaire de Ouidah, Kpomassè et Tori-Bossito en 2013 au Bénin a montré une prévalence de 1,1% pour la schizophrénie, 30,1% pour les troubles anxieux et 29,7% pour les troubles de l'humeur.

Sur le plan des ressources humaines pour la prise en charge des troubles mentaux, le Bénin ne dispose que de ... médecins psychiatres en 2018.

II.3.2.2.7 Le vieillissement de la population

Au Bénin, la structure de la population met en évidence une population essentiellement jeune. Mais, compte tenu des progrès de la médecine, de l'amélioration du niveau d'instruction, de l'espérance de vie à la naissance qui s'améliore, on note l'allongement de la durée de vie. Ainsi, l'effectif des personnes âgées de 60 ans et plus⁷ est passé de 374 549 en 2002 à 382 587 en 2011 pour être estimé à 447 938 en 2018 sur une population totale de 11 496 140 habitants

Le Centre de Gérontologie de Ouidah n'est pas fonctionnel. Les actions de sensibilisation spécifique aux personnes de 3^{ème} âge devront être intensifiées et les infrastructures nécessaires à leur prise en charge intégrée mises en place pour faciliter les interventions.

⁷ INSAE, Projections démographiques sur la base de RGPH4,2013.

Malgré une faible mobilisation des ressources aussi bien humaines que financières nécessaires à la mise en œuvre du plan stratégique. Les activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Intégré de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles 2014-2018 ont permis :

- un renforcement du plateau technique des services de prise en charge des MNT au CNHU et aux niveaux périphériques ;
- une meilleure connaissance des facteurs de risque des MNT sur toute l'étendue du territoire nationale facilitant ainsi un l'organisation rigoureuse de la lutte ;
- une amélioration de l'accessibilité aux soins spécialisé notamment l'ophtalmologie, les affections bucco-dentaires, les affections neurologiques ;
- une accessibilité des consommables et médicaments au niveau des formations sanitaires ;
- la disponibilité d'un système de dépistage systématique des cancers ;
- une meilleure implication des Organisations de la Société Civile dans la lutte contre les MNT ;
- une meilleure implication des structures décentralisées dans la lutte contre les MNT.

III. PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MNT

III.1 Mission du Ministère de la santé

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes.

III.2 Vision du Ministère

« Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnel préventif, curatif, ré-adaptatif et palliatif de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population »

III.3 Objectifs

L'objectif général de ce plan stratégique est de renforcer et d'assurer la prévention et la prise en charge correcte des MNT.

De façon spécifique, il s'agira de

- Créer l'environnement favorable pouvant permettre de réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des MNT ;
- Renforcer le système de santé basé sur les soins de santé primaires et prenant

en compte la Couverture sanitaire universelle afin de prévenir et de combattre les MNT

- Intensifier la coopération internationale et la sensibilisation pour la lutte contre les MNT ;
- Renforcer les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT au Bénin;

III.4 Cadre opérationnel de mise en œuvre

Le cadre opérationnel de mise en œuvre se présente dans le tableau ci-après :

Cadre opérationnel de mise en œuvre et logique d'intervention

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
Promotion de la lutte antitabac			
Promotion de la lutte antitabac	Réduire la prévalence du tabagisme	Communication pour un changement de comportement	1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur la lutte anti-tabac
			2. Organiser un atelier de formation des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance sur la lutte anti-tabac
			3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation
	Assurer la PEC des consommateurs de tabac	Intégration du sevrage tabagique dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	1. Former 50 médecins sur le sevrage tabagique
2. Former 150 agents de santé sur le sevrage tabagique ;			
			3. Doter 50 formations sanitaires de matériels pour le sevrage tabagique (patch de nicotine et protocole de sevrage)
Amélioration de la santé mentale et Promotion de la lutte contre les troubles liés à une consommation de drogues			
Promotion de la lutte contre les troubles liés à une consommation de drogues et amélioration de la santé mentale	Réduire la prévalence des troubles mentaux et des troubles liés à consommation de drogues	Renforcement du cadre institutionnel	1. Faire l'état des lieux des textes réglementaires et législatifs existants sur la santé mentale et les troubles ou comportements liés à la consommation de substances psycho-actives
			2. Elaborer/Réviser les textes réglementaires et législatifs sur la santé mentale et les troubles ou comportements liés à la consommation de substances psycho-actives
			3. Faire voter par le parlement la loi sur la santé mentale et les troubles ou comportements liés à la consommation de substances psycho-actives
			4. Faire prendre les textes d'application sur la santé mentale et sur les troubles du comportement liés à la consommation de substances psycho-actives
			5. Vulgariser les textes
			6. Tenir un cadre de concertation annuel du comité multisectoriel
			7. Elaborer des outils de communication sur les troubles mentaux (brochures, téléfilms, affiches murales, boîtes à images, dépliants..)

			8. Multiplier les outils de communication sur les troubles mentaux (brochures, téléfilms, affiches murales, boîtes à images, dépliants..)
		Communication pour un changement de comportement	<p>1. Réaliser une expérience pilote sur la base du "Lions Quest" de promotion de la santé mentale dans deux écoles et dans deux collèges par département</p> <p>2. Susciter la création d'association d'utilisateur de service de santé mentale dans chaque département</p> <p>3. Organiser des campagnes médias de sensibilisation sur la prévention des troubles mentaux et les méfaits de la consommation de substances psycho-actives</p>
Améliorer la prise en charge des troubles liés à la consommation de drogues à tous les niveaux		Amélioration de l'accès aux services de PEC des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de drogues	<p>1. Rendre disponible un service de santé mentale dans 04 CHD (Mono/Couffo, Zou/Collines, Ouémé/Plateau et Atacora/Donga);</p> <p>2. Construire et équiper une Unité de Soins aux Toxicomanes (UST) au CHU de Parakou;</p> <p>3. Doter 6 Services de Santé Mentale en équipements et matériels de diagnostic et de Prise en Charge;</p> <p>4. Rendre disponibles les médicaments dans les Services de Santé Mentale;</p> <p>5. Former en une session de 5 jours , 18 formateurs nationaux en mh GAP prenant en compte 12 trainers existants ;</p> <p>6. Former 200 praticiens de soins (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, psychologues, Assistants sociaux, Tradithérapeutes...) à la prise en charge des troubles mentaux, 100 agents par an à raison de 25 par session de 5 jours en prenant en compte les 68 agents déjà formés;</p> <p>7. Former 12 spécialistes (4 médecins et 8 paramédicaux) en santé mentale ;</p> <p>8. Former 2 médecins psychiatres en addictologie;</p> <p>9. Elaborer le document de normes et procédures de prise en charge des troubles mentaux (20 personnes en 2 sessions de 05 jours)</p> <p>10. Organiser un atelier de validation des documents de normes et procédures de prise en charge des troubles mentaux et de dépendances vis-à-vis des drogues (50 participants en 03 jours)</p> <p>11. Organiser un atelier de dissémination des documents de normes et procédures de prise en charge des troubles mentaux et de dépendances vis-à-vis des drogues (75 participants en 01 jour)</p>

		12. Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire.
		13. Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale.
Assurer la coordination, le suivi - évaluation et la recherche en santé mentale incluant la réduction de la demande de drogues	Coordination	1. Faire le plaidoyer pour le recrutement des psychiatres, des Techniciens Supérieurs en Santé Mentale et des Psychologues au profit du Ministère de la Santé
		2. Réserver une des 04 réunions du CNMSL/MNT au profit de la santé mentale et usage des drogues;
	Suivi-évaluation	1. Elaborer les outils de collecte de données en complément à ceux existant (Wendu, mhGAP et Assist)
		2. Elaborer les guides et fiches de supervision des RC
		3. Organiser 05 supervisions semestrielles de 05 jours par équipe (02 groupes de master trainers) à l'intention des formateurs
		4. Organiser des supervisions trimestrielles de 05 jours à l'intention des praticiens
		5. Inscrire 10 praticiens pour le démarrage du e-learning par le RAFT;
		6. Former les relais communautaires existants sur la problématique de la santé mentale et les outils de communication dans trois Zones Sanitaires par an.
		7. Elaborer les guides et fiches de supervision des praticiens
		8. Multiplier les outils de collecte de données et de supervision
		9. Former les acteurs à tous les niveaux sur les outils de collecte de données;
		10. Définir les indicateurs relatifs à la santé mentale et usage de drogues
		11. Intégrer les indicateurs relatifs à la santé mentale dans le SNIGS
		12. Organiser le contrôle de qualité de collecte active de données
13. Organiser la rétro-information sur les données collectées une fois par an		
Recherche	1. Organiser une enquête nationale sur les troubles mentaux et la consommation des drogues	
	2. Mener une étude sur la schizophrénie en milieu hospitalier	

Promotion de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool

Promotion de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool	Réduire la prévalence de la consommation nocive de l'alcool de 2,1 à 1,5% en 2021	Communication pour un changement de comportement	1. Organiser un atelier de formation/recyclage des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance sur la lutte contre la consommation nocive d'alcool ; 2. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation.
	Assurer la PEC des sujets ayant une consommation nocive d'alcool	Intégration de la prévention, du traitement et de la prise en charge des problèmes de santé liés à la consommation nocive d'alcool dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	1. Former 50 médecins sur la prévention, le traitement et la prise en charge des problèmes de santé liés à la consommation nocive d'alcool ;
			2. Former 150 agents de santé sur la prévention, le traitement et la prise en charge des problèmes de santé liés à la consommation nocive d'alcool ;
			3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de sites de désintoxication
Promotion d'une alimentation saine et équilibrée et de l'exercice physique en faveur de la santé			
Promotion de l'accès de tous à une alimentation de qualité	Promouvoir un régime alimentaire équilibré	Adoption de mesures favorisant une alimentation équilibrée	1. Proposer un projet de texte pour rendre obligatoire le respect des règles nutritionnelles dans les cantines scolaires, universitaires, administratives, et dans les lieux de restauration publics.
			2. Diffuser sous toutes formes le guide alimentaire du Bénin (spots, plaquettes, calendriers, affiches, etc.)
			3. Faire adopter une loi qui règlemente l'apport de sels de gras et de sucre dans l'industrie alimentaire
Promotion de l'exercice physique à l'école, au travail et dans la communauté	Réduire la prévalence de la sédentarité à l'école, sur les lieux de travail et dans les communautés	Plaidoyer pour la mise en place des environnements favorables à la pratique de l'exercice physique	1. Organiser des séances de plaidoyer avec les décideurs politiques, les responsables d'entreprises, les collectivités locales, les partenaires et les ONG internationales pour la mise en place des environnements favorables à la pratique de l'exercice physique
			2. Appuyer les autorités communales et locales pour l'aménagement d'environnements favorables à la pratique de l'exercice physique.
			3. Appuyer les écoles, collèges et les lieux de travail et de formation à aménager des environnements favorables pour la pratique de l'exercice physique (salle de sport).

		Communication pour un changement de comportement	1. Diffuser sous toutes formes les informations sur l'importance du sport
Promotion de la consommation de fruits et légumes	Assurer la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour	Plaidoyer pour la mise en place des environnements favorables à la consommation de fruits et légumes	1. Proposer et faire adopter un texte pour rendre obligatoire la portion indiquée de fruits et légumes dans le menu proposé dans les cantines scolaires, universitaires, administratives, et dans les lieux de restauration publics.
			2. Faire le plaidoyer pour la subvention de la production des fruits et légumes (produits maraichers).
		Communication pour un changement de comportement	1. Diffuser sous toutes formes les informations sur l'importance de fruits et légumes dans notre alimentation (spots, plaquettes, calendriers, affiches, etc.)
Promotion de la lutte contre le diabète			
Prévention du diabète et Accès équitable aux soins	Réduire la prévalence du diabète	Communication pour un changement de comportement	1. Organiser un atelier de formation/récyclage des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance sur le diabète ;
			2. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation;
			3. Organiser un dépistage annuel de l'hyperglycémie pour les personnes de 15 ans et plus
	Assurer la PEC des cas de diabète au niveau périphérique	Intégration de la PEC du Diabète dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	1. Former 50 médecins à la prise en charge du diabète;
			2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge du diabète
			3. Doter 50 formations sanitaires de matériels et consommables adéquats pour la PEC du diabète (bandelettes urinaires, glucomètre et bandelettes adaptées, médicaments)
Promotion de la lutte contre les Cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires périphériques			
Prévention des maladies cardio vasculaires et accès équitable aux soins	Réduire la prévalence des maladies cardiovasculaires	Communication pour un changement de comportement	1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur les cardiopathies et les maladies vasculaires périphériques ;
			2. Organiser un atelier de formation des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance sur les cardiopathies et les maladies vasculaires périphériques ;
			3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;
			4. Organiser un dépistage annuel des cardiopathies et des maladies vasculaires périphériques pour les personnes de 15 ans et plus.

	Assurer la PEC des cas de MCV au niveau des zones sanitaires	Intégration de la PEC des cardiopathies et des maladies vasculaires périphériques dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Former 50 médecins à la prise en charge des cardiopathies et des maladies vasculaires périphériques ; 2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge des cardiopathies et des maladies vasculaires périphériques ; 3. Doter 50 formations sanitaires de matériels de diagnostic et de prise en charge des cardiopathies et des maladies vasculaires périphériques (ECG, Tensiomètre, MAPA).
Promotion de la lutte contre les accidents vasculaires cérébraux (AVC)			
Prévention des accidents vasculaires cérébraux et accès équitable aux soins	Réduire la prévalence des AVC	Communication pour un changement de comportement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur les AVC ; 2. Former 150 acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance des AVC ; 3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation sur les AVC ; Organiser des visites systématiques annuelles pour les personnes âgées de 15 ans et plus. (écoles, collèges, universités, marchés, lieux fermés et semi-fermés) sur les AVC.
	Assurer la PEC des cas d'AVC à tous les niveaux	Intégration de la PEC des AVC dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doter 50 formations sanitaires de personnels spécialisés dans la prise en charge des AVC ; 2. Doter 5 centres hospitaliers départementaux et le CNHU de matériels de diagnostic et de prise en charge des AVC (Scanner)
Promotion de la lutte contre les cancers			
Prévention des cancers et accès équitable aux soins	Réduire la prévalence des cancers	Renforcement des registres de cancer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Former les acteurs sur le remplissage de la fiche de notification des cas ; 2. Rendre fonctionnel les registres de cancer de Cotonou et de Parakou (ressources humaines, matériels, locaux, suivi, cause des décès) ; 3. Mise en place d'un certificat de décès dans les formations sanitaires appartenant au territoire des registres ;
		Mise en place d'un programme de dépistage des cas de cancer de l'utérus, sein et foie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Former 50 médecins au dépistage des cancers les plus fréquents ; 2. Former 150 agents de santé au dépistage des cancers les plus fréquents ; 3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels de diagnostic des cancers (mammographie, colposcopie, aiguilles à biopsie, marqueurs).

		Plaidoyer pour la prévention des cancers par la vaccination	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire un plaidoyer pour optimiser le programme de vaccination contre le virus de l'hépatite B; 2. Faire un plaidoyer pour mettre en œuvre un programme de vaccination contre le virus du papillome humain (HPV)
Promotion de la lutte contre les MRC (Asthme et BPCO)			
Prévention des MRC et accès équitable aux soins	Réduire la prévalence des MRC	Communication pour un changement de comportement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur les MRC 2. Organiser un atelier de formation de 150 acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ; 3. Créer et appuyer des « écoles de l'asthme » dans 34 hôpitaux de zone.
	Améliorer la prise en charge des MRC	Intégration de la PEC des MRC dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Former 50 médecins à la prise en charge des MRC; 2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge des MRC ; 3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels de diagnostic et de prise en charge des MRC (débitmètre de pointe et spiromètre).
Promotion de la lutte contre les affections bucco dentaires (ABD) y compris le noma			
Prévention des ABD y compris le noma et accès équitable aux soins	Assurer le contrôle des ABD y compris le noma	Communication pour un changement de comportement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser un atelier de formation de 150 acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ; 2. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ; 3. Organiser un dépistage annuel des ABD.
	Améliorer la prise en charge des ABD	Renforcement de la PEC des ABD au niveau périphérique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Former 50 médecins à la prise en charge des ABD ; 2. Former 150 agents de santé sur la PEC des ABD 3. Doter 15 hôpitaux de zones de matériels de diagnostic et de prise en charge des ABD
Promotion de la lutte contre les affections oculaires			
Prévention des affections oculaires et accès équitable aux soins.	Réduire la prévalence des affections oculaires	Communication pour un changement de comportement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser un atelier de formation des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ; 2. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ; 3. Organiser un dépistage annuel des affections oculaires.
	Améliorer la prise en charge des affections oculaires	Renforcement de la PEC des affections	<ol style="list-style-type: none"> 1. Former 50 médecins à la prise en charge des affections oculaires ; 2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge des affections oculaires ;

		oculaires au niveau périphérique	3. Doter 15 hôpitaux de zones de protocoles et de matériels de diagnostic et de prise en charge des affections oculaires (ophtalmoscope, lampe à fente, tonomètre, échelle visuelle)
Promotion de la lutte contre la drépanocytose			
Prévention de la drépanocytose et accès équitable aux soins.	Réduire la prévalence de la drépanocytose	Communication pour un changement de comportement	1. Organiser un atelier de formation des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ;
			2. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation
			3. Organiser un dépistage systématique de la drépanocytose
	Améliorer la PEC de la drépanocytose	Intégration de la drépanocytose dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	1. Former 50 médecins à la prise en charge de la drépanocytose
2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge de la drépanocytose ;			
3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels de diagnostic et de prise en charge de la drépanocytose.			
Promotion de la lutte contre les violences et traumatismes			
Prévention des handicaps et des décès liés aux traumatismes/violences et accès équitable aux soins.	Réduire la prévalence des handicaps et décès évitables liés aux traumatismes	Amélioration de la prise en charge des cas d'accident avant l'arrivée à l'hôpital	1. Former 5000 riverains et usagers de la route aux premiers secours lors d'un accident ;
			2. Organiser des séances trimestrielles sur la prévention des traumatismes ;
			3. Motiver chaque année 50 citoyens impliqués dans la prise en charge des cas d'accidents
		Intégration de la PEC des cas d'accidents dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	1. Former 50 médecins à la prise en charge des cas d'accidents ;
	2. Former 150 agents de santé sur les soins essentiels aux traumatisés ;		
	3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels pour les soins essentiels aux traumatisés.		
	Réduire la prévalence des séquelles liées à des violences		Communication pour un changement de comportement
		2. Former 150 acteurs de la société civile sur la gestion des séquelles liées aux violences.	
Intégration de la PEC des séquelles liées aux violences dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires		1. Former 50 médecins à la prise en charge des séquelles liées aux violences	
		2. Former 150 agents de santé sur les soins essentiels aux victimes pour faits de violence;	
		3. Doter 50 formations sanitaires de protocole et de matériels pour les soins essentiels aux victimes pour faits de violence	

Promotion de la lutte contre les épilepsies			
Prévention de l'épilepsie et accès équitable aux soins	Réduire la prévalence de l'épilepsie	Communication pour un changement de comportement	1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur l'épilepsie;
			2. Organiser la formation de 150 acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ;
			3. Créer et appuyer des « écoles de l'épilepsie» dans 34 hôpitaux de zone
			4. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;
			5. Organiser un dépistage annuel de l'épilepsie.
	Améliorer la PEC des cas d'épilepsie à tous les niveaux	Intégration de la PEC de l'épilepsie dans le paquet minimum des activités es formations sanitaires	1. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels de diagnostic et de prise en charge de l'épilepsie (marteau à réflexe, diapason, médicaments) ;
2. Former 50 médecins à la prise en charge de l'épilepsie ;			
3. Former 150 agents de santé sur la prise en charge de l'épilepsie.			
Promotion de la lutte contre les troubles mentaux			
Prévention des troubles mentaux et accès équitable aux soins	Réduire la prévalence des troubles mentaux	Communication pour un changement de comportement	1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur les troubles mentaux ;
			2. Organiser la formation de 150 acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ;
			3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;
			4. Organiser un dépistage annuel des troubles mentaux.
	Améliorer la PEC des troubles mentaux à tous les niveaux	Intégration de la PEC des troubles mentaux dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	1. Former 50 médecins à la prise en charge des troubles mentaux ;
			2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge des troubles mentaux
3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels de diagnostic et de prise en charge des troubles mentaux (protocole, DSM, IV).			
Protection des personnes du troisième âge			
Protection des personnes du troisième âge et accès équitable aux soins.	Améliorer la qualité de vie des personnes du troisième âge	Création d'un environnement favorable à la satisfaction des besoins spécifiques	1. Renforcer les capacités des associations des personnes du troisième âge sur la prise en charge des besoins de cette catégorie sociale ;
			2. Appuyer la création et l'animation dans les communes ou quartiers de ville de la classe des personnes du troisième âge ;

		des personnes du troisième âge	3. Appuyer la création d'une structure d'accompagnement à la reconversion des personnes du troisième âge
	Améliorer la prise en charge des affections des personnes du troisième âge	Intégration de la PEC des personnes du troisième âge dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	1. Rendre fonctionnel l'hôpital de Ouidah pour la prise en charge des personnes du 3ème âge et renforcer ses capacités ;
			2. Former 50 Médecins à la prise en charge des personnes du troisième âge
			3. Former 150 agents sur la prise en charge personnes du troisième âge ;
			4. Doter 50 formations sanitaires d'une unité de prise en charge des personnes du troisième âge.
Communication intégrée sur les MNT			
Protection de la population contre les FDR et les MNT	Appliquer les politiques de prévention des MNT	Mise en place d'un cadre juridique favorable à la prévention des MNT	1. Elaborer un code de santé publique ; 2. Créer et adopter une loi sur la prévention et la prise en charge des FDR des MNT (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, inactivité physique).
		Communication pour un changement de comportement	1. Elaborer des outils de communication sur les MNT et leurs FDR ;
			2. Concevoir et diffuser des manuels de lutte contre les FDR des MNT ;
			3. Organiser des séances de vulgarisation de la législation sur les FDR des MNT ;
			4. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation sur les MNT ;
			5. Sensibiliser les autorités locales, les responsables des différents secteurs sur la prévention et la lutte contre les MNT et leurs FdR.
		Appui et mise en place des structures d'exécution de la prévention des MNT	1. Créer et appuyer des associations de lutte contre les MNT ; 2. Renforcements des capacités des ONG pour la lutte contre les MNT.
		Mise en place de mécanisme institutionnel de prévention des MNT	1. Plaidoyer pour l'application de la réglementation relative à la prévention des FDR des MNT
		Suivi et évaluation de l'application des lois et réglementations	1. Faire le suivi de la mise en œuvre de la loi sur la prévention et la prise en charge des FDR des MNT ;
			2. Motiver les comportements/mesures favorables au respect des textes.
			1. Organiser des réunions de revue sous régionale sur les MNT

Renforcement de la coopération internationale pour la lutte contre les MNT	Renforcer la coopération sous régionale dans le cadre de l'UEMOA et de l'OOAS et la coopération sud sud et Nord-Sud pour la lutte contre les MNT	Partage des expériences entre les pays dans la lutte contre les MNT	2. Participer aux réunions internationales sur la lutte contre les MNT
		Synergie dans les actions de prévention des facteurs de risque des MNT et leur extension dans les pays	1. Harmoniser les messages de sensibilisation sur les facteurs de risque des MNT
			2. Harmoniser les taxes et les prix sur les produits qui contribuent à l'élévation des facteurs de risque (tabac, alcool, sels, graisses, soda ...)
Promotion de la recherche sur les MNT			
Amélioration des connaissances sur les MNT	Faire au moins deux (02) recherches par an sur les MNT	Recherche de financement et création des unités de recherche	1. Soumettre les protocoles de recherches aux institutions de financement
			2. Faire un plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources pour la recherche sur les MNT
			3. Mettre en place une structure intersectorielle de coordination de la recherche sur les MNT
			4. Editer une revue semestrielle sur les MNT.

Les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre dudit programme sont :

Besoins en ressources humaines spécialisées		
Cadre opérationnel	Qualifications de la ressource Humaine	Nombre
1. Promotion d'une alimentation saine et équilibrée et de l'exercice physique en faveur de la santé	Nutritionnistes	12
2. Promotion de la lutte contre le diabète	Endocrinologues	6
	Infirmiers spécialisés en endocrinologie	18
3. Promotion de la lutte contre les maladies cardiovasculaires (HTA, Cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires périphériques)	Cardiologues	12
	Infirmiers spécialisés en cardiologie	36
4. Promotion de la lutte contre MRC	Pneumologues	6
	Infirmiers spécialisés en pneumologie	18
5. Promotion de la lutte contre les affections bucco dentaires	Odontostomatologues	6
	Infirmiers spécialisés en odontologie	18
6. Promotion de la lutte contre les affections oculaires	Ophthalmologues	6
	Techniciens spécialisés en ophtalmologie	18
7. Promotion de la lutte contre la drépanocytose	Hématologues	5
	Techniciens spécialisés en hématologie	18
8. Promotion de la lutte contre les épilepsies et les autres maladies neurologiques	Neurologues	12
	Infirmiers spécialisés en neurologie	36
9. Promotion de la lutte contre les violences et les traumatismes physiques	Orthopédistes traumatologues	6
10. Promotion de la lutte contre les cancers	Cancérologues	6
	Infirmiers spécialisés chimiothérapie - physiciens manipulateurs	18
11. Promotion de la lutte contre les troubles mentaux et les traumatismes physiques	Psychiatres	8
	Pédopsychiatres	4

	Infirmiers spécialisés en psychiatrie	36
	Psychomotriciens	6
12. Renforcement du système de lutte contre les MNT		
<i>Formation initiale</i>	Internistes et autres spécialités médicales	18
	Psychologues	36
	Médecine physique et rééducation	12
	Pharmaciens	12
	Kinésithérapeutes	24
	Anatomopathologistes et médecins biologistes	12
	Orthophonistes	6
<i>Formation continue</i>	Tous les domaines	150

Renforcement de capacités et mesures nécessaires à une meilleure lutte contre les MNT

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
Structuration de la lutte contre les MNT et leurs FdR	Rendre efficace sur tout le territoire national la lutte contre les MNT et leurs FdR	Renforcement de l'infrastructure de santé publique, des partenariats et de la collaboration multisectorielle	1. Assurer le fonctionnement du comité multisectoriel de lutte contre les MNT
			2. Recenser les mesures prises par les autres ministères à l'égard des MNT ou de leurs facteurs de risque
			3. Faire le plaidoyer pour l'augmentation du budget du programme
			4. Mobiliser les partenaires techniques et financiers pour l'appui à la lutte contre les MNT
			5. Mobiliser des ressources par des modes de financement innovants pour le financement de la lutte contre les MNT
			6. Mobiliser les organisations nationales et internationales pour le financement de la lutte contre les MNT
			7. Faire le plaidoyer pour la mise en œuvre des interventions fiscales en faveur de la lutte contre les MNT
			8. Mettre en place des partenariats intra et intersectoriel, régional et international
			9. Renforcer les capacités de lutte contre les MNT de 6000 ONG, Associations, Organisations communautaires
			10. Appuyer les structures administratives, institutions politiques, commerciales et sociales à mettre en place des dispositifs/systemes d'application de lutte contre les MNT
			11. Appuyer les villes/communes à mettre en place une politique favorable à la lutte contre les MNT
			12. Intégrer la prise en charge des MNT dans le paquet minimum d'activités du RAMU
			1. Opérationnaliser la politique nationale de lutte contre les MNT

		Elaboration de politiques, stratégies et de plans de lutte contre les MNT	<p>2. Mettre en place le site web du programme</p> <p>3. Mettre en œuvre des stratégies de lutte contre les MCV, le diabète, les MRC, l'épilepsie, les troubles mentaux, les Affections buccodentaires, les traumatismes et violences, la drépanocytose et l'usage nocif de l'alcool</p> <p>4. Mettre en œuvre des stratégies de lutte pour réduire le surpoids/l'obésité, la sédentarité, la mauvaise alimentation à l'origine des MNT</p> <p>5. Faire le plaidoyer pour l'élaboration et la mise en œuvre de législations et de réglementations visant à limiter les acides gras saturés et à éliminer pratiquement les acides gras de fabrication industrielle</p> <p>6. Faire le plaidoyer pour l'élaboration et la mise en œuvre de législations et de réglementations pour encourager la population à réduire sa consommation de sel</p> <p>7. Faire le plaidoyer pour l'élaboration et la mise en œuvre de législations et de réglementations pour réduire l'impact sur les enfants de la consommation des boissons sucrées et des aliments riches en graisses saturées, en acides gras, en sucres libres ou en sel</p> <p>8. Faire le plaidoyer pour la prise en compte des résultats de la surveillance ou des études/recherches dans les politiques publiques</p>
Surveillance et recherche	Rendre disponibles les données fiables sur les MNT et leurs FdR	Mise en place des systèmes de surveillance des MNT et leurs FdR	<p>1. Renforcer l'unité de surveillance du programme</p> <p>2. Rendre fonctionnel les registres de cancers de Parakou et de Cotonou</p> <p>3. Réaliser la 2ème et 3ème édition de l'enquête STEPS en 2014 et 2018</p>

		4. Réaliser la 2ème et 3ème édition de l'enquête GsHs en 2014 et 2018
		5. Mettre en place les sous-systèmes de surveillance des MNT et leurs facteurs de risque
		6. Mettre en place dans toutes les formations sanitaires des dispositifs d'enregistrement des décès et de leurs causes
		7. Mettre en place un mécanisme de notification des décès survenus dans les communautés dans tous les arrondissements du pays
		8. Appuyer la réalisation de 20 études ou recherches sur les MNT et leurs FdR
		9. Appuyer la publication des études ou recherches sur les MNT et leurs facteurs de risque dans les revues internationales

Renforcement des Infrastructures de santé pour les MNT prioritaires

Composantes	Objectifs	Stratégies	Activités
Renforcement des Infrastructures de santé pour les MNT prioritaires des capacités des structures de santé en matière d'infrastructures	Rendre efficace sur tout le territoire national la lutte contre les MNT prioritaires	Renforcement des infrastructures de soins cardiovasculaires (HTA, cardiopathies ischémiques)	1. construire 02 unités de soins cardiovasculaires (Cotonou et Parakou)
		Renforcement des infrastructures de soins cardiovasculaires (Accidents Vasculaires Cérébraux)	2. construire 02 Services de neurologie doté d'une unité neuro-vasculaire (Cotonou et Parakou)
		Renforcement des infrastructures de prise en charge des MRC	3. construire 02 Services de pneumologie (Cotonou et Parakou)
		Renforcement des infrastructures de prise en charge de diabète	4. construire 02 Services d'endocrinologie (Cotonou et Parakou)
		Renforcement des infrastructures de prise en charge des cancers	5. Construire 02 Services de cancérologie (Cotonou et Parakou)

Résumé du budget du plan opérationnel (Milliers de FCFA)

Type de maladies	Responsable	Coût AN 1	Coût AN 2	Coût AN 3	Coût AN 4	Coût AN 5	Total
1. Promotion de la lutte antitabac	PNLMNT	552 601	570 886	531 195	528 883	536 404	2 719 968
2. Promotion de la lutte contre les troubles liés à une consommation de drogues et amélioration de la santé mentale	PNLMNT	417 000	132 500	221 000	131 000	59 000	960 500
2. Promotion de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool	PNLMNT	221 616	114 256	108 000	108 000	108 000	659 872
3. Promotion d'une alimentation saine et équilibrée et de l'exercice physique en faveur de la santé	PNLMNT	29 675	28 490	28 490	28 490	28 490	143 635
4. Promotion de la lutte contre le diabète	PNLMNT	16 264	16 264	16 264	16 264	6 264	71 321
5. Promotion de la lutte contre les maladies cardio vasculaires (HTA, Cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires périphériques)	PNLMNT	77 831	77 831	77 831	77 831	77 831	389 154
6. Promotion de la lutte contre les cancers	PNLMNT	107 854	38 690	81 304	38 690	81 304	347 842
7. Promotion de la lutte contre MRC (Maladies respiratoires chroniques : Asthme et BPCO)	PNLMNT	15 000	40 092	15 000	15 000	15 000	100 092
8. Promotion de la lutte contre les affections bucco dentaires y compris le noma (ABD y compris le noma)	PNLMNT	35 705	44 730	25 000	25 000	25 000	155 435
9. Promotion de la lutte contre les affections oculaires	PNLMNT	55 435	25 000	25 000	25 000	25 000	155 435
10. Promotion de la lutte contre la drépanocytose	PNLMNT	280 435	250 000	250 000	250 000	250 000	1 280 435
11. Promotion de la lutte contre les violences et traumatismes	PNLMNT	171 498	100 480	120 210	100 480	100 480	593 148

12. Promotion de la lutte contre les épilepsies	PNLMNT	243 671	217 685	217 685	237 415	217 685	1 134 141
13. Promotion de la lutte contre les troubles mentaux (santé mentale)	PNLMNT	39 115	73 835	73 835	83 865	73 835	344 485
14. Protection des personnes de troisième âge	PNLMNT	344 847	310 487	310 487	310 487	310 487	1 586 793
15. Communication sur les MNT	PNLMNT	629 071	486 646	442 974	473 044	427 974	2 459 709
16. Besoins en ressources humaines spécialisées	PNLMNT	DAF	DAF	DAF	DAF	DAF	DAF
17. Renforcement des capacités et mesures de lutte contre les MNT	PNLMNT	1 026 775	673 915	499 165	481 915	673 915	3 355 685
18. Promotion de la lutte contre les accidents vasculaires cérébraux (AVC)	PNLMNT	58 350	37 070	37 070	43 334	37 070	212 894
18. Renforcement des infrastructures de santé pour les MNT prioritaires	PNLMNT	740 000	740 000	740 000	740 000	740 000	3 700 000
19. Promotion de la recherche sur les MNT	PNLMNT	13 000	13 000	13 000	13 000	13 000	65 000
Total		5 075 741	3 991 855	3 833 509	3 727 698	3 806 738	20 435 541

IV. Modalités de mise en œuvre du plan stratégique

Les modalités de mise en œuvre du Plan Stratégique Intégré de lutte contre les MNT sont l'approche multisectorielle, la définition d'un cadre institutionnel et de partenaires de mise en œuvre. Il aborde également les niveaux de mise en œuvre ainsi que le mécanisme de suivi et d'évaluation.

IV.1 Approche multisectorielle

Le présent document se met en place dans un contexte où il existe un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2024. Les principes directeurs qui fondent ces actions sont : (i) une action de santé publique globale et intégrée ; (ii) une action intersectorielle ; (iii) une approche prenant en compte toute la durée de la vie ; (iv) une mise en œuvre progressive en fonction des paramètres et besoins locaux. Pour être efficace dans la mise en œuvre, il faudra nécessairement l'implication des acteurs des autres secteurs qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé des populations. D'où la nécessité d'une concertation et d'une collaboration intersectorielle et multisectorielle à tous les niveaux pour la surveillance, la prévention et la prise en charge des soins de santé appropriés.

IV.2 Cadre institutionnel de mise en œuvre du Plan

La mise en œuvre efficace du Plan Stratégique Intégré de lutte contre les MNT 2019-2023 nécessite le fonctionnement réel du CNML/MNT, élargi à tous les secteurs clés (secteurs public, privé, société civile, PTF, communauté). Le CNML/MNT se réunira chaque trimestre soit quatre fois par an en session ordinaire et pourra si besoin être convoqué en sessions extraordinaires. Il sera chargé de

- la gestion du plan dans sa globalité et de chacune de ses phases sur le plan technique, administratif et financier;
- œuvrer au maintien des relations opérationnelles avec les instances de coordination départementale (CDEEP) et celles des zones sanitaires (Séances de Monitoring);
- assurer le suivi et la supervision à tous les niveaux et ;
- assurer l'évaluation du plan de façon périodique à tous les niveaux.

Le Comité National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (CNML/MNT) est sous la présidence du Chef de l'Etat. Les quatre vice-présidences sont assurées par les Ministère en charge du Développement, de la Santé, de l'Éducation et du Commerce. Le secrétariat permanent est assuré par le Programme National de Lutte contre les MNT. La coordination dans chaque secteur est assurée par un point focal responsabilisé pour veiller à la réalisation des interventions à lui confiées en collaboration avec les autres secteurs. Dans le secteur Santé, ce point focal est le Coordonnateur/PNLMNT.

La coordination et le suivi régulier du plan stratégique seront assurés :

- Au niveau national par la coordination du CNML/MNT qui se chargera de la planification et de la coordination, de la surveillance et de la supervision dans la mise en œuvre sur le territoire national des stratégies et interventions définies dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les MNT.
- Au niveau intermédiaire par la Conférence Administrative Départementale (CAD) avec un secrétariat permanent assuré par la DDS. Il est responsable de la surveillance, de la supervision et de la mise en œuvre du plan au niveau des départements à travers l'orientation, la décision et le suivi de la mise en œuvre des interventions au niveau départemental.
- Au niveau opérationnel par le cadre intégrateur communal intersectoriel. La commune en tant que niveau opérationnel de tous les secteurs est responsable de la mise en œuvre effective des différents plans d'action opérationnels annuels au bénéfice des populations.

IV.3 Organes d'exécution du Plan

Plusieurs acteurs sont nécessaires pour l'exécution des actions prescrites dans le présent plan. Il s'agit de :

- a) **Système de soins** : Le système de prise en charge est à tous les niveaux de soins. Les formations sanitaires à différents niveaux sont les cadres de la mise en œuvre de la prévention secondaire notamment clinique et de la prévention tertiaire. Ils participeront également à la prévention primaire. Les capacités d'accueil ainsi que le plateau technique de ces structures de soins devront être renforcées pour les adapter aux besoins de la prise en charge des malades atteints.
- b) **Communauté** : Elle est la principale bénéficiaire de ce plan. Elle devra être impliquée comme actrice dès le départ, dans les phases d'identification des problèmes prioritaires de santé, de planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des interventions et mesures ciblant la communauté. Ceci permettra de garantir l'appropriation et le succès des interventions, puis d'en assurer la pérennisation au terme de leur mise en œuvre.
- c) **Cadre de vie** : Le cadre de vie qui est un élément important du mode de vie des populations, doit être favorable à la lutte contre les MNT. Ceci passe par l'aménagement du territoire (politique d'urbanisation et de lotissement), la création d'espace public et l'assainissement de l'environnement.
- d) **Milieu professionnel** : Le milieu professionnel (formel et informel) sera mobilisé en vue d'induire des changements durables au niveau du cadre de travail. Ceci permettra de réduire les habitudes nocives à la santé, de prévenir les maladies chroniques liées au travail et de promouvoir les pratiques favorables à la santé sur le lieu de travail (activités physiques, alimentation saine, ...).

- e) **Milieu scolaire et universitaire** : Les milieux scolaire et universitaire seront amenés à adopter des politiques d'encadrement et de formation aussi bien des formateurs que des apprenants afin d'inculquer à la base, les comportements et modes de vie favorables à la santé. Ces milieux devront jouer le rôle d'incubateurs pour promouvoir les comportements favorables à la lutte contre les MNT.
- f) **Milieu de la recherche** : Ce secteur doit s'inspirer des réalités du contexte pour mener des travaux innovants dans le domaine des MNT.
- g) **Milieu communicationnel** : Il doit assurer une veille médiatique pour promouvoir les comportements favorables à la lutte contre les MNT. Ceci passe par :
- La réglementation de la publicité sur les FDR comportementaux (alcool, tabac, produits agro-alimentaires, activité physique...)
 - L'animation (i-e vulgariser l'information par le biais des radios locales) en mettant au centre les acteurs de la communauté (les têtes couronnées, les chefs religieux...) comme ambassadeurs pour la cause des MNT ;
 - La diffusion constante d'émissions éducatives par des professionnels ;
 - Le remplacement progressif des émissions (ex. miss rondeurs, fête de la bière ou de sodas, les télé-novelas) par des documentaires orientés sur la prévention des FDR des MNT.
- Les mass médias et leur organe de régulation (la Haute Autorité de l'Audio-visuel et de la Communication) doivent s'engager à jouer un rôle promotionnel plus accru dans la lutte contre les MNT. Ils devront par ailleurs participer activement à l'élaboration du plan de communication intégré de lutte contre les MNT.
- h) **Milieu de l'agro-alimentaire** : Il doit assurer la sécurité alimentaire des populations, en promouvant la production maraîchère et de fruits. Il doit accorder une importance particulière à la production alimentaire de haute valeur nutritive, et réduire toute forme de contamination notamment celle liée aux pesticides et autres produits assimilés.
- i) **Milieu commercial** : Ce secteur doit veiller à l'application rigoureuse et effective des dispositions réglementaires en matière d'importation des produits alimentaires qui sont potentiellement facteurs de risques de MNT.
- j) **Milieu des finances** : Il doit aider à la mise en œuvre du plan à tous les niveaux en facilitant la mobilisation des ressources financières et à l'application des textes réglementaires.

V.4 Mobilisation des ressources

Tirant leçon de la mise en œuvre de plan stratégique 2014-2018, le renforcement du partenariat sera nécessaire pour l'appui technique, matériel et financier du présent plan. Pour une bonne exécution des interventions inscrites dans le présent Plan Stratégique de lutte contre les MNT. Il s'agit de renforcer les liens avec :

- les Ministères et structures techniques autres que ceux du secteur de la santé dont l'implication, au regard de leurs domaines respectifs d'activités

et d'interventions en rapport avec les facteurs de risques et les déterminants des MNT, est indispensable dans le cadre de l'action intersectorielle ;

- les programmes et structures techniques du Ministère de la Santé dont les domaines d'interventions sont en relation avec la gestion des MNT.

Pour mettre en œuvre de façon efficace le présent plan stratégique, le Comité National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles devra instaurer un bon leadership pour une meilleure appropriation et uniformisation de la mise en œuvre par tous les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Ceci permettra de profiter de la disponibilité des PTF à financer les ODD dont les MNT font partie intégrante. La transparence des actions et l'amélioration de la gouvernance doivent constituer des gages pour mobiliser des ressources nécessaires au financement du présent plan et donc à l'amélioration de l'état de santé de béninois.

La réussite de la mobilisation des ressources financières passe surtout par l'organisation d'une table ronde avec les partenaires, et la définition des mécanismes innovants de financement.

Il faut également faire le plaidoyer au gouvernement pour l'augmentation des ressources allouées nécessaires à la lutte contre les MNT

V.5 Suivi et Evaluation

Un plan de suivi évaluation de la mise en œuvre du présent PNLMT sera élaboré. Il sera adossé à celui du PNDS afin que les indicateurs de suivi soient totalement intégrés dans le cadre global de suivi du secteur.

L'évaluation du plan intégré se fera à travers :

- L'évaluation à mi-parcours qui se fera en 2021 et portera sur les 9 cibles volontaires de l'OMS et les indicateurs retenus dans le cadre des ODD.
- L'évaluation finale qui se fera en 2023 et portera sur les résultats à moyen terme et l'impact de la mise en œuvre du plan

Le suivi régulier et périodique sera assuré :

- au niveau central par la coordination du PNLMT à travers la planification et la mise en œuvre des stratégies et interventions définies dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les MNT ;
- au niveau intermédiaire par l'équipe cadre de la Direction Départementale de la Santé à travers mise en œuvre des interventions au niveau des zones sanitaires ;
- au niveau de la zone sanitaire par l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire en faisant le suivi de l'exécution des activités définies dans le cadre des interventions prioritaires retenues par le niveau central en vue de la lutte contre les MNT.

Les évaluations à mi-parcours et finale du plan seront effectuées conformément aux dispositions de suivi évaluation du PNDS 2019-2024, de concert avec la coordination du PNLMT, les structures et autres programmes nationaux de santé impliqués.

CONCLUSION

Le présent plan intégré de lutte contre les MNT 2014-2018, s'aligne sur les grandes orientations stratégiques du PNDS 2009-2018 du Bénin et de la déclaration de politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT.

Le plan intégré de lutte contre les MNT du Bénin 2019-2023 est un cadre formel qui présente les orientations du Ministère de la Santé dans la prévention et la prise en charge des principales MNT.

Après une analyse de la situation des MNT, il propose des éléments de solutions permettant de contribuer significativement, dans un esprit de partenariat multisectoriel, à la réduction du fardeau des MNT au Bénin.

Les grandes orientations de ce document sont :

- l'élaboration des lois et règlements visant à réduire les FDR des principales MNT ;
- le renforcement du partenariat avec tous les acteurs de lutte contre les MNT ;
- l'amélioration et le renforcement du niveau de connaissance de la population sur les moyens de prévention des principales MNT ;
- la promotion du dépistage précoce et de l'amélioration de la prise en charge des cas ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique et de la promotion de la recherche.