

République du Bénin

.....

Ministère de la Santé

.....

Direction Nationale de la Santé Publique

.....

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES  
NON TRANSMISSIBLES**

**PLAN STRATEGIQUE INTEGRE  
DE LUTTE CONTRE LES MALADIES  
NON TRANSMISSIBLES  
2014 – 2018**



## SOMMAIRE

---

PREFACE .....	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES .....	9
INTRODUCTION .....	11
I. GENERALITES SUR LE BENIN .....	11
1.1. Caractéristiques générales .....	12
1.2. Situation économique, sociale et culturelle .....	12
1.3. Profil sanitaire .....	13
1.4. Organisation du système de santé du Bénin.....	13
II. ANALYSE DE LA SITUATION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES .....	14
2.1 SITUATION DES MNT DANS LE MONDE .....	14
2.2. SITUATION DES MNT EN AFRIQUE .....	16
2.3. SITUATION DES MNT AU BENIN .....	17
2.3.1. Les facteurs de risque .....	17
2.3.2. LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES .....	20
2.4. ETAT DES LIEUX DES CAPACITES ET MESURES DE LUTTE CONTRE LES MNT .....	30
2.4.1. Infrastructure de santé publique, partenariats et collaboration multisectorielle contre les MNT .....	30

2.4.2. Etat des politiques, des stratégies et des plans d'action contre les MNT .....	31
2.5. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE, SURVEILLANCE ET ENQUETES CONCERNANT LES MNT.....	32
III. PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MNT.....	33
3.1. MISSION DU MINISTERE DE LA SANTE.....	33
3.2. VISION DU MINISTERE.....	33
3.3. OBJECTIFS.....	34
3.3.1. Objectif général.....	34
3.3.2. Objectifs stratégiques.....	34
3.4. RESULTATS ATTENDUS .....	35
3.5. CADRE OPERATIONNEL ET LOGIQUE.....	47
3.5.1. Promotion de la lutte antitabac.....	47
3.5.2. Promotion de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool et des drogues.....	48
3.5.3. Promotion d'une alimentation saine et équilibrée et de l'exercice physique en faveur de la santé.....	49
3.5.4. Promotion de la lutte contre le diabète.....	52
3.5.5. Promotion de la lutte contre les Cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires périphériques..	53
3.5.6. Promotion de la lutte contre les accidents vasculaires cérébraux (AVC).....	55
3.5.7. Promotion de la lutte contre les cancers.....	57
3.5.8. Promotion de la lutte contre les MRC (Asthme et BPCO) .....	59

3.5.9. Promotion de la lutte contre les affections bucco-dentaires (ABD) y compris le noma .....	60
3.5.10. Promotion de la lutte contre les affections oculaires	61
3.5.11. Promotion de la lutte contre la drépanocytose.....	62
3.5.12. Promotion de la lutte contre les violences et traumatismes .....	63
3.5.13. Promotion de la lutte contre les épilepsies .....	65
3.5.14. Promotion de la lutte contre les troubles mentaux	67
3.5.15. Protection des personnes du troisième âge .....	68
3.5.16. Communication intégrée sur les MNT .....	70
3.5.17. Promotion de la recherche sur les MNT .....	73
3.5.18. Besoins en ressources humaines spécialisées.....	74
3.5.19. Renforcement des capacités et mesures de lutte contre les MNT .....	77
3.5.20. Renforcement des Infrastructures de santé pour les MNT prioritaires .....	83
3.6. RÉSUMÉ DU BUDGET EN FCFA .....	85
3.7. MODALITE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN .....	90
3.7.1 Approche multisectorielle .....	90
3.7.2 Cadre institutionnel de mise en œuvre du Plan ....	90
3.7.3 Partenaires de mise en œuvre du plan d'action.....	91
3.7.4 Niveaux de mise en œuvre du plan d'action .....	92
3.7.5 Suivi / Evaluation .....	94
CONCLUSION .....	97



## 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.

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 2014 à 2018 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 pris lors de la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale de la Santé sur la prévention et la maîtrise des MNT en septembre 2011. Une feuille de route est élaborée ainsi qu'un ensemble d'indicateurs et de cibles volontaires nécessaires à la réduction relative de 25 % du risque de décès prématurés imputables aux MNT d'ici 2025.

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 morbi-mortalité liée aux MNT.

  
**Professeur Dorothea Akoko KINDE-GAZARD**  
*Ministre de la Santé*





## **LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES**

AVC :	Accidents Vasculaires Cérébraux
BPCO :	Broncho Pneumopathies Chroniques Obstruc- tives
CHD :	Centre Hospitalier Départemental
CNEEP :	Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CNIC:	Comité National Interministériel de Coordina- tion
CNG :	Centre National de Gérontologie
CNHPP :	Centre National Hospitalier de Pneumo-Phti- siologie
CNHU- HKM :	Centre National Hospitalier et Universitaire- Hubert Koutoukou MAGA
CNP :	Centre National de Psychiatrie
CoSa/ZS :	Comité de Santé de la Zone Sanitaire
C/PNLMNT :	Coordonnateur du Programme National de Lutte contre Maladies Non Transmissibles
DNSP :	Directeur National de la Santé Publique
DPP :	Direction de la Programmation et de la Pros- pective
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 :	Hypertension Artérielle
INSAE :	Institut National de la Statistique et de l'Ana- lyse Economique
IMC :	Indice de Masse Corporelle
MCV :	Maladies Cardio-Vasculaires
MNT :	Maladies Non Transmissibles
MRC :	Maladies Respiratoires Chroniques

OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisations Non Gouvernementales
PAE :	Pression Artérielle Elevée
PhD :	Philosophæ Doctor
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNS :	Politique Nationale de Santé
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

### I. GENERALITES SUR LE BENIN

#### 1.1. Caractéristiques générales

Le Bénin est situé en Afrique de l'Ouest sur le Golfe de Guinée, entre le 6<sup>ème</sup> et le 12<sup>ème</sup> degré de la latitude Nord et couvre une superficie de 114.763 Km<sup>2</sup>. Il est limité au Nord par le Burkina-Faso et le Niger, à l'Est par le Nigeria, à l'Ouest par le Togo et au Sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 125 Km.

Le pays est marqué par deux (02) types de climat : un climat subtropical au Sud caractérisé par deux (02) saisons de pluie et deux (02) saisons sèches ; un climat tropical au Nord avec une saison de pluie et une saison sèche ; deux grands bassins hydrographiques (le bassin du Niger alimenté par trois (03) fleuves : le Mékrou, la Sota, l'Alibori et le bassin côtier arrosé par les fleuves Ouémé, Couffo et Mono).

Sa population est estimée en 2013 à 9 983 884 habitants dont 5 115 704 de sexe féminin soit 51,2% (RGPH 4 2013). L'indice synthétique de fécondité est de 4,9 (EDS 2011). Il s'agit d'une population jeune avec 47 % d'enfants de moins de quinze ans et 17% d'enfants de moins de cinq ans.

Le territoire national est découpé en douze départements <sup>1</sup> : l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau et le Zou. Ces 12 départements se subdivisent en 77 communes dont

---

<sup>1</sup>Loi n°97-028 du 15 janvier 1999

03 à statut particulier ; avec 546 arrondissements et 3747 villages et quartiers de ville.

## **1.2. Situation économique, sociale et culturelle**

L'économie du Bénin repose sur une agriculture vivrière qui occupe 56% de la population active. Les principaux produits vivriers sont le maïs, l'igname, le manioc, le haricot, le mil, le sorgho et l'arachide. L'élevage et la pêche sont pratiqués de manière artisanale et couvrent environ 60% des besoins de la population. Le secteur industriel est embryonnaire. La balance commerciale est globalement déficitaire [INSAE]. Le Bénin est classé parmi les pays les moins avancés du monde avec un PIB de 795 US dollars par habitant en 2010 (Annuaire statistique 2010).

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.

## **1.3. Profil sanitaire**

Le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par :

- une inégalité d'accès physique 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... (STEPS 2008)
- un habitat souvent insalubre et un approvisionnement insuffisant en eau potable ;
- une insuffisance de structures de protection de l'environnement.

#### **1.4. Organisation du système de santé du Bénin**

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial. Il comporte trois différents 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-phtisiologie (CNHPP), le Centre National de Psychiatrie (CNP), le Centre National de Gériatrie (CNG), le Centre National de Gynécologie et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL).
- 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). Les directions départementales sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le ministère, de la planification et de la coordi-

nation 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 : Unité Villageoise de Santé, Maternités et Dispensaires seuls, Centres de Santé et des Formations Sanitaires Privées, le tout appuyé par un Hôpital de première référence public ou privé dénommé Hôpital de Zone (HZ).

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**

### **2.1 Situation des MNT dans le monde<sup>2</sup>**

La charge mondiale des MNT continue d'augmenter; la réduire est l'un des grands défis pour le développement au XXI<sup>e</sup> siècle.

---

<sup>2</sup> Cadre mondial global de suivi, comprenant les indicateurs et une série de cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les MNT (OMS version du 25 Juillet 2012)

On estime qu'en 2008, les MNT ont causé 36 millions de décès soit 63 % de l'ensemble des décès dans le monde ; 80 % (29 millions de décès) sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. (Cadre mondial global de suivi des indicateurs et cibles pour la lutte contre les MNT)

La mortalité due aux MNT devrait encore augmenter de 17 % au cours des dix prochaines années. C'est surtout parmi les populations pauvres et défavorisées que l'incidence de ces maladies augmente rapidement, creusant encore les écarts sanitaires entre les pays et dans les pays.

Les principales causes de décès par MNT en 2008 étaient :

- les maladies cardio-vasculaires (17 millions de décès, ou 48 %) ;
- le cancer (7,6 millions, ou 13 %) dont plus des deux tiers dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

On estimait à 530 000 les cas de cancer du col de l'utérus dans le monde et à 270 000 le nombre de décès provoqués par la maladie en 2008 ;

- les maladies respiratoires, y compris l'asthme et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (4,2 millions) ;
- 2,3 millions de décès annuels soit 3,8 % de l'ensemble des décès annuels sont imputables à la consommation d'alcool ;
- 1,7 millions (2,8 %) des décès mondiaux sont imputables à une faible consommation de fruits et de légumes ;
- l'hypertension provoque 7,5 millions de décès annuels dans le monde – ce qui correspond à environ 12,8 % des décès ;
- l'hypercholestérolémie provoque 2,6 millions de décès (4,5 % des décès) ;
- le tabagisme provoque près de 6 millions de décès annuels dans le monde, dont 600 000 sont imputables au tabagisme passif des non-fumeurs ;

- Le diabète est responsable de 1,3 million de décès annuels ;
- On estime qu'en 2008, au moins 2,8 millions de décès annuels sont imputables à l'excès pondéral ou à l'obésité ;

Le suivi mondial des MNT en 2008 note également ce qui suit :

- la consommation d'acides gras saturés était située entre 2 et 35 % ;
- la prévalence mondiale du diabète était estimée à près de 10 % ;
- la prévalence globale de l'HTA chez le sujet de 25 ans et plus était de 40% ;
- la prévalence mondiale de l'hypercholestérolémie chez l'adulte était de 39% (37 % chez l'homme et 40 % chez la femme) ;
- la prévalence mondiale du tabagisme de l'adulte était de 22 % pour les deux sexes (36 % pour l'homme et 8 % pour la femme).

## **2.2. Situation des MNT en Afrique <sup>3</sup>**

La charge des MNT en Afrique connaît la même tendance qu'au niveau mondial.

On estime qu'en 2008, 40% des décès survenus en Afrique sont dus aux MNT et aux traumatismes. Si rien n'est fait, cette prévalence passera à 55% en 2025.

La situation des Facteurs De Risque (FDR) des MNT en Afrique en 2008 se présente comme suit :

---

<sup>3</sup>Stakeholder's dialogue on risk factors for NCDs, Johannesburg, South Africa, 18-28 March 2013, OMS, Regional office for Africa



- la prévalence de la consommation du tabac de l'adulte était de 2,4 à 23% avec une prédominance masculine ;
- la consommation moyenne d'alcool par tête d'habitant variait de 1,10 à 37 litres d'alcool pur avec une médiane de 18 Litres ;
- la consommation de fruits et légumes est faible ; en effet, le nombre moyen de fruits consommés par les adultes dans une semaine varie d'un pays à un autre. Il varie de 1 au Botswana à 4,5 aux Seychelles. En ce qui concerne la consommation de légumes, le nombre moyen de jours varie de 1,6 jour par semaine au Botswana à 5,8 jours au Swaziland, la prévalence de l'inactivité physique variait de 6,6% au Mozambique à 66,5 au Swaziland.
- la prévalence de l'obésité varie de 1 à 31% avec une médiane de 6%
- la prévalence de l'HTA varie de 31 à 50%
- la prévalence du diabète varie de 6 à 15,2% avec une médiane de 8,9%
- la prévalence de l'hypercholestérolémie varie de 15 à 57,7%, avec une médiane de 22%.

## **2.3. Situation des MNT au Bénin**

### ***2.3.1. Les facteurs de risque***

Au Bénin, à la faveur de l'enquête nationale de dépistage de facteurs de risque des MNT (STEPS 2008), les résultats suivants ont été observés :

- tabagisme : 16 % (hommes : 25,2 % ; femmes : 6,7 %) ;
- consommation nocive de l'alcool : 2,9 % (hommes : 4,6 % ; femmes : 1,2 %)
- consommation insuffisante de fruits et de légumes : 78 % (hommes : 75,9 % ; femmes : 80,2 %) ;

- inactivité physique : 9 % (hommes : 6,9 % ; femmes : 11,1 %) ;
- obésité : 9,4 % (hommes : 4,3 % ; femmes : 14 %) ;
- tension artérielle élevée: 27,5 % (hommes : 27,2 % ; femmes : 26,2 %) ;
- glycémie à jeûn élevée : 2,6 % (hommes : 3,3 % ; femmes : 2 %) ;
- hypercholestérolémie : 1,8 % (hommes : 1,6 % ; femmes : 1,9 %).

### **2.3.1.1. Tabac, alcool et autres drogues**

Le tabac, l'alcool et les drogues consommés au Bénin proviennent à la fois des fabrications à domicile et de l'importation frauduleuse et/ou légale. Cette situation pose d'importants défis en ce qui concerne les quantités consommées et les problèmes de sécurité liés au non respect ou à l'absence des dispositions législatives en vigueur.

L'intoxication et les effets chroniques de la consommation du tabac, de l'alcool et des drogues peuvent causer un préjudice permanent à la santé (les cancers, les BPCO, les traumatismes et violences, les troubles neuropsychiatriques...).

### **2.3.1.2. Alimentation déséquilibrée et inactivité physique**

Une consommation de fruits et de légumes réduit le risque de maladies cardiovasculaires, de cancers de l'estomac et de cancer colorectal. Au Bénin, on note une faible consommation de fruits et légumes, en 2008, 78% de la population consommaient moins de cinq portions de fruits et légumes par jour. En 2012, à Parakou, cette prévalence a été estimée à 98,82 % chez les prisonniers en milieu carcéral et à 65,57% chez les conducteurs de taxi-moto.

Traditionnellement, les pratiques culinaires requièrent l'ajout de sels dans tous les repas ; or la forte consommation de sel est un déterminant important de l'Hypertension Artérielle (HTA) et du risque cardiovasculaire.

La prévalence nationale de la Pression Artérielle Elevée (PAE) a été estimée à 27,50 % en 2008. Elle était de 32,02 % chez les travailleurs du Ministère de la Santé à Cotonou en 2012. A Parakou, elle était de 42,40% chez les travailleurs de la Mairie, de 27,23% chez les prisonniers et de 54,90% chez les conducteurs de taxi-motos au cours de la même année.

De même, l'utilisation excessive d'huiles alimentaires dans les repas et de l'huile alimentaire usée constitue une norme de qualité dans les ménages au Bénin alors qu'il existe un lien entre une forte consommation de graisses saturées et d'acides gras trans et les maladies cardio-vasculaires.

La sédentarité accroît de 20 à 30 % le risque de mortalité toute cause confondue. Il est démontré qu'une activité physique régulière réduit le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète, de dépression, de cancer du sein et du côlon.

En 2012, à Parakou, la prévalence de l'inactivité physique a été estimée à 98,82% en milieu carcéral, 38,05% chez les étudiants de l'Université de Parakou (UP) et 63,74 % chez les conducteurs de taxi-motos. La prévalence nationale était de 9% en 2008.

D'autres maladies liées à la mauvaise alimentation et à la sédentarité comme la carie dentaire et l'ostéoporose, sont également des causes de morbidité très répandues.

### **2.3.1.3. Surpoids et obésité**

Au Bénin, en 2008, la prévalence du surpoids était de 20% et celle de l'obésité de 9,40% avec une prédominance féminine entraînant de multiples conséquences sur la santé.

Le risque de maladies cardiovasculaires ou de diabète augmente proportionnellement avec l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

En 2012, à Parakou, dans le département du Borgou, la prévalence de l'obésité a été estimée à 4,93% en milieu carcéral, à 5,86% chez les conducteurs de taxi-motos et à 22,80% chez les travailleurs de la mairie.

### **2.3.1.4. Hypercholestérolémie**

Au Bénin, la prévalence de l'hypercholestérolémie était de 1,8 % en 2008. Ce facteur augmente le risque de maladies cardiovasculaires.

Le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité sont des FDR des MNT qui contribuent pour une large part à la charge mondiale de morbidité, de mortalité et d'incapacité.

## **2.3.2. Les Maladies Non Transmissibles**

### **2.3.2.1. Mortalité prématurée liée aux MNT**

Au Bénin, la mortalité prématurée liée aux MNT reste encore très élevée. Selon l'OMS, en 2008, elle était de 49,4% chez les hommes versus 36,4% chez les femmes.

### **2.3.2.2 Les Maladies Non Transmissibles prioritaires (OMS)**

#### **2.3.2.2.1. Maladies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires périphériques, accidents vasculaires cérébraux (AVC)**

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

Les accidents vasculaires cérébraux constituent aujourd'hui la première cause d'hospitalisation en neurologie au CNHU-HKM en 2010 (44,4%) et une cause majeure d'handicap chronique. La prévalence a été estimée en 2012 à 4,6‰ en population générale à Cotonou.

Le Bénin dispose de 25 cardiologues et de 06 neurologues dont la quasi-totalité exerce à Cotonou.

#### **2.3.2.2.2. Cancers**

Les cancers les plus fréquents ces cinq dernières années au CNHU- HKM de Cotonou sont :

- chez la femme : le cancer du sein (32,5%), le cancer du col de l'utérus (16,8%) et les hémopathies (6,8%) ;  
Plus de la moitié des patientes admises pour le cancer du sein dans le service de Médecine Interne décèdent en cours de traitement, tandis qu'environ 20% sont perdues de vue.
- 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%).

### **2.3.2.2.3. Diabète**

Au Bénin, la prévalence du diabète sucré était de 2,6% en 2008. L'évolution du diabète de type 2 est liée à des changements sociaux et culturels (une population vieillissante, une urbanisation grimpante, des changements dans les habitudes alimentaires et une activité physique plus réduite). Le Bénin ne dispose que de 04 médecins endocrinologues pour la prise en charge des diabétiques.

### **2.3.2.2.4. 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). La pollution de l'air par les gaz d'échappement à Cotonou et dans les grandes villes engendre une pollution à l'intérieur des maisons qui sont également des facteurs de risque des maladies respiratoires chroniques.

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 02 médecins pneumologues exerçant actuellement à Cotonou, disponibles pour la prise en charge des maladies respiratoires chroniques.

### **2.3.2.3 Les autres Maladies Non Transmissibles**

#### **2.3.2.3.1. Affections Buccodentaires y compris le Noma**

Une enquête rétrospective organisée par le PNLMNT 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.

Les infrastructures de soins bucco-dentaires ne couvrent pas l'ensemble du territoire. On note également 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.

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.

Le noma est une affection buccale liée aux conditions socio-économiques défavorables. Au Bénin, le noma reste peu connu du personnel de santé et surtout des populations. Dans une enquête rétrospective en 2007, réalisée en milieu hospitalier, 57 cas de noma traités ont été rapportés.

#### **2.3.2.3.2. 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 donné les résultats suivants :

- 8% des garçons et 12% des filles présentent un vice de réfraction ;
- 7,2% sont des vices hypermétropiques 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% (12,7% chez les garçons et 14,5% chez les filles). Selon le type d'amétropie, on note myopie 58%, hypermétropies 19% et astigmatisme 23%.

### **2.3.2.3.3. 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 personnel qualifié (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.

Seuls le CNHU-HKM et le CHD Borgou disposent de neurologues. Les médicaments ne sont pas accessibles financièrement pour une majorité de malades.



#### **2.3.2.3.4. Traumatismes et Violences**

Les traumatismes et les violences posent aujourd'hui un grave problème de santé publique en Afrique. 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. Un tel événement entraîne le traumatisme direct ou indirect selon que l'individu le subit ou en est témoin. Le fait de se percevoir directement concerné par l'évènement avec l'éventualité de sa propre mort ou celle des autres personnes détermine le traumatisme.

Les traumatismes sont répartis en traumatismes intentionnels et non intentionnels :

- **Traumatismes intentionnels** (suicides, tentatives de suicide, agressions et violences)
- **Traumatismes non intentionnels ou accidents** (accidents de la circulation ; accidents du travail, accidents de la vie courante).

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.

- la violence auto-infligée : comportements suicidaires, sévices auto-infligés ;
- la violence interpersonnelle ou dirigée et contre autrui : familiale (mauvais traitements infligés aux enfants, au partenaire intime et la maltraitance des personnes âgées) ; communautaire (scolaire, professionnelle, dans les prisons, dans les maisons de retraite) ;
- la violence collective (économique, sociale et politique).

En référence aux données de l’OMS, les accidents de la circulation sont responsables de 1,3 million de décès chaque année dans le monde, soit la 9ème cause de décès à l’échelle de la planète. Quarante pour cent (40%) des accidents, mortels et non mortels, surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les accidents de la circulation sont maintenant la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans. En 2011, selon les données du Centre National de Sécurité Routière (CNSR), il a été enregistré au Bénin :

- 55 890 cas d’accidents de la voie publique avec 13 cas d’accident par jour et deux décès tous les 3 jours.
- 128 475 cas d’accidents de la vie courante avec une prédominance dans la tranche d’âge des 15 ans et plus (89 880 cas).

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...

Des enquêtes réalisées en 2008 sur les violences faites aux femmes et aux filles révèlent les fréquences suivantes :

- les violences verbales et psychologiques : 86% ;
- les violences physiques : 76% ;
- la traite des femmes et des jeunes filles : 47% ;
- les violences sexuelles : 44% ;
- les pratiques traditionnelles néfastes : 43% ;

Les auteurs des violences faites sur les femmes sont leurs époux (86%), la belle famille (20%) ou les coépouses (8%).

Les auteurs des violences faites sur les filles sont les parents (68%), les tuteurs (40%), les enseignants (11%) ou les jeunes (11%).

#### **2.3.2.3.5. 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.

#### **2.3.2.3.6. Troubles mentaux**

Au Bénin, les troubles mentaux sont peu étudiés au plan épidémiologique. La plupart des données existantes concernent des données hospitalières. Ainsi, la tentative de suicide représente 3,26% des urgences médicales au CNHU-HKM et 76,7% des suicidants ne bénéficient pas d'une évaluation psychoso-

ciale de leur geste. Les sujets de 15 à 40 ans et les femmes sont les plus touchés.

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. En ce qui concerne les addictions aux substances psycho-actives, la situation suivante a été observée :

- ✓ Dépendance alcoolique = 6,3 %;
- ✓ Abus d'alcool = 5,2 % ;
- ✓ Dépendance aux autres substances = 2,3 %;
- ✓ Abus aux autres substances = 0,8%

Sur le plan des ressources humaines pour la prise en charge des troubles mentaux, le Bénin ne dispose que de 10 médecins psychiatres en 2012.

### ***2.3.2.3.7. Le vieillissement de la population***

Le colloque international tenu à Meknès au Maroc en mars 2011 sur le vieillissement de la population dans les pays du Sud a révélé que les pays du Sud seront soumis à une forte augmentation du nombre des personnes âgées, dont une part significative, variable selon les pays, ne bénéficiera pas de pension de retraite, ni d'allocation de vieillesse, ni d'assurance maladie.

Au Bénin, la structure de la population met en évidence une population essentiellement jeune. Cependant, compte tenu

des progrès de la médecine et de l'instruction, la population des personnes âgées est en nette progression. Elle représente aujourd'hui 4,21% (selon les projections révisées de 2008) de la population béninoise.

En effet, l'espérance de vie à la naissance qui était de 42 ans en 1979 est passée à 59,2 ans en 2002 (RGPH 3). L'allongement de la durée de vie amène de plus en plus de béninois au troisième âge. Ainsi, l'effectif des personnes âgées de 60 ans et plus est passé de 374 549 en 2002 à 382 587 en 2011 sur une population totale de 9 067 076 habitants (INSAE, Projections révisées de 2008).

Les projections portent cet effectif à environ un million de personnes en 2025.

Les résultats d'une étude nationale sur les besoins des personnes de troisième âge réalisée en 2012 montrent que l'hypertension artérielle (31,5%), les douleurs chroniques (36,3%), le diabète (6,5%), les maladies cardiovasculaires (7,1%) et la dépression (3%) sont les principales maladies déclarées par les personnes de troisième âge.

Deux études réalisées sur la démence au Bénin ont montré que la prévalence de cette pathologie chez les personnes de 3<sup>ème</sup> âge est de 3,7 % en milieu urbain (Cotonou- 2010 <sup>4</sup>) et de 2,6 % en milieu rural (Djidja-2009 <sup>5</sup>).

Il est retrouvé chez ces personnes de troisième âge, les fac-

---

<sup>4</sup>Paraiso MN, Guerchet M, Saizonou J, Cowppli-Bony P, Mouanga AM, Nubukpo P, Preux PM, Houinato DS. Prevalence of dementia among elderly people living in Cotonou, an urban area of Benin (West Africa). *Neuroepidemiology* 2011;36(4):245-51.

<sup>5</sup>Guerchet M, Houinato D, Paraiso MN, von Ahsen N, Nubukpo P, Otto M, Clement JP, Preux PM, Dartigues JF. Cognitive impairment and dementia in elderly people living in rural Benin, west Africa. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009;27(1):34-41.

teurs de risque des MNT tels que le tabagisme (17,9%), la consommation d'alcool (17,3%) et la sédentarité (11,3%).

## **2.4. Etat des lieux des capacités et mesures de lutte contre les MNT**

### ***2.4.1. Infrastructure de santé publique, partenariats et collaboration multisectorielle contre les MNT***

En 2007 à la faveur d'une restructuration technique, il a été créé le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) qui a regroupé les programmes de lutte contre la cécité, les affections buccodentaires, l'épilepsie, le cancer, la santé scolaire et la promotion de la santé. Le programme est dirigé par une unité de gestion composé d'un coordonnateur et son adjoint, d'un régisseur et d'une assistante administrative. Le programme est chargé de la planification, de la coordination de la mise en œuvre des interventions et du suivi évaluation.

Quelques actions ont été effectuées dans les domaines "Prévention primaire et promotion de la santé", "Dépistage précoce", "Surveillance, suivi et évaluation", "Renforcement des capacités", "Services de réadaptation". Le domaine "soins et traitement" est le principal domaine couvert par le programme.

Des interventions (éducation pour la santé, contrôle de qualité des produits, mobilisation sociale) sont menées par d'autres ministères tels que les Ministères en charge de l'éducation, de l'agriculture, du commerce et du sport mais sans synergie entre les différents secteurs.

Le faible financement actuel du programme ne permet pas de prendre en compte tous les domaines précités. La principale

source de ce financement est le budget national. Certains partenaires ont financé la production des documents de politique et de plans d'action, quelques études de recherches et les étapes pilotes pour l'introduction des protocoles de prise en charge des MNT au niveau périphérique.

Les compagnies d'assurance ne sont pas impliquées dans le financement de cette lutte.

Il n'y a pas de financement provenant de taxes sur l'alcool, le tabac, etc.

En effet, il n'existe pas de stratégies de mise en œuvre des interventions fiscales ci-après :

- i. Taxation de l'alcool
- ii. Taxation du tabac
- iii. Taxation des aliments à forte teneur en sucre
- iv. Taxation des aliments à forte teneur en graisse
- v. Subvention aux prix pour les aliments sains
- vi. Incitations fiscales pour promouvoir l'activité physique

Il n'existe pas non plus un dispositif multisectoriel officiel, établi pour coordonner les politiques concernant les MNT. Le Bénin ne participe pas à un dispositif de collaboration au niveau régional pour mettre en œuvre les activités relatives aux MNT.

#### ***2.4.2. Etat des politiques, des stratégies et des plans d'action contre les MNT***

Les MNT sont prises en compte dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018.

Les stratégies de lutte contre les MNT et les mesures d'accompagnement sont consignées dans un document de politique. En dehors du plan d'action contre les cancers et du plan tabac, il n'existe pas de stratégie ou de plan de lutte spécifique contre les principales MNT et leurs FDR. Par conséquent, le Bénin ne met pas en œuvre des politiques pour :

- i. réduire l'impact sur les enfants de la commercialisation des boissons alcoolisées et des aliments riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel ;
- ii. limiter les acides gras saturés et éliminer pratiquement les acides gras trans de fabrication industrielle (c'est-à-dire les huiles végétales partiellement hydrogénées) dans l'offre alimentaire ;
- iii. encourager la population à réduire sa consommation de sel.

En revanche, depuis près de deux décennies, le Bénin met en œuvre des politiques visant à promouvoir l'allaitement et applique le code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

## **2.5. Système d'information sanitaire, surveillance et enquêtes concernant les MNT**

Au Bénin, le PNLMT est responsable de la surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque.

Mais le SNIGS collecte les données sur certaines MNT des hôpitaux et surtout l'HTA diagnostiquée au niveau périphérique.

Il n'existe pas un dispositif d'enregistrement systématique des décès et de leur cause au niveau des formations sanitaires.



Si l'autorité a procédé à la création de deux registres de cas des cancers, ils ne sont pas encore fonctionnels.

Initiée par des thèses de doctorat ou des études parcellaires dans les années 90, la surveillance des FDR des MNT a réellement démarré par l'enquête nationale de dépistage des FDR qui a pris en compte les différents FDR comportementaux et biologiques aussi bien chez les adultes (STEPS-2008) que chez les adolescents (GSHS-2009).

L'Etat a entièrement financé l'enquête sur les adultes.

Une enquête sur l'apport alimentaire de sodium (sel) et de potassium (fruits et légumes) est cours de réalisation dans le cadre d'une thèse de PhD de l'Université de Limoges et de l'Université d'Abomey-Calavi.

### **III. PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MNT**

#### **3.1. 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.

#### **3.2. Vision du Ministère**

Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives pour l'offre et la disponibilité permanente de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risque pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois (PNDS 2009-2018).

### **3.3. Objectifs**

#### **3.3.1. Objectif général**

- Assurer la prévention et la prise en charge correcte des MNT.

#### **3.3.2. Objectifs stratégiques**

- Renforcer 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;
- Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des MNT en créant des environnements favorables à la santé au Bénin ;
- Renforcer les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les MNT ;
- Réorienter les systèmes de santé vers les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle (Régime Assurance Maladie Universelle : RAMU) pour la prise en charge des MNT ;
- Promouvoir la recherche pour la lutte contre les MNT au Bénin ;
- Surveiller l'évolution et les déterminants des MNT au Bénin ;
- Evaluer les progrès de la prévention et de la lutte contre les MNT ;
- Mobiliser au moins 75 % du budget du présent plan.

### **3.4. Résultats attendus**

La mise en œuvre des activités du présent plan intégré de lutte contre les MNT permettra d'atteindre les résultats d'effets et d'impacts. De façon spécifique, les résultats suivants doivent être atteints :

1. La coopération internationale et la sensibilisation pour la lutte contre les MNT sont confortées ;
2. Les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multi-sectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les MNT sont consolidés au Bénin ;
3. La prévalence des facteurs de risque modifiables des MNT au Bénin est réduite ;
4. Le système de santé du Bénin basé sur les soins de santé primaires et le RAMU est efficace pour la prise en charge des MNT ;
5. Des travaux de recherche de qualité pour la lutte contre les MNT sont réalisés au Bénin ;
6. Un système de surveillance des MNT est disponible au Bénin ;
7. Le présent plan est mis en œuvre au moins à 75 %.

Le tableau n°1 montre les cibles projetées pour les indicateurs essentiels des MNT :

**Tableau n°1 : Cibles des indicateurs de morbidité et de mortalité des principales MNT et de leurs FDR\***

<b>Indicateurs</b>	<b>Situation de base en 2008 (en %)</b>	<b>Cibles projetées en 2018 (en %)</b>	<b>Cibles projetées en 2020 (en %)</b>	<b>Cibles projetées en 2025 (en %)</b>
Prévalence de la consommation de tabac	16	14	11,2	11,2
Prévalence de la consommation nocive de l'alcool	2,9	2,7	2,6	2,6
Prévalence de l'inactivité physique	9	8,6	8,1	8,1
Prévalence de l'obésité	9,4	9,4	9,4	9,4
Prévalence de l'HTA	27,5	24,6	20,6	20,6
Consommation excessive de sel	-	-		-
Prévalence du diabète	2,6	2,6	2,6	2,6
Disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le traitement des MNT	-	-		80

Disponibilité des traitements médicamenteux et du counseling pour la lutte contre les MNT	-	-		50
Mortalité prématurée due aux MNT chez les hommes	49,4	44,2	37	37
Mortalité prématurée due aux MNT chez les femmes	36,7	34,4	27,5	27,5

\*Cadre mondial global de suivi, comprenant des indicateurs et une série de cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les MNT version du 25 Juillet 2012 (OMS)

Le tableau n°2 montre les éléments de suivi du processus de renforcement des capacités et mesures de lutte contre les MNT :

**Tableau 2 : Suivi du processus de renforcement des capacités et mesures de lutte contre les MNT**

N°	Indicateurs de processus	Situation de base en 2013	Situation à mi-parcours en 2016	Situation en 2018
1	Nombre de domaines effectivement couverts par le programme	Le domaine «Soins et traitement» est couvert par le programme	les 6 domaines <sup>6</sup> de lutte contre les MNT sont couverts par le programme dans les départements du Mono/Couffo et Atacora/Donga <sup>7</sup>	les 6 domaines de lutte contre les MNT sont couverts par le programme à l'échelle nationale
2	Proportion de zones sanitaires couvrant les six domaines de lutte contre les MNT	0%	25% (les zones sanitaires des départements du Mono/Couffo et Atacora/Donga)	100%

<sup>6</sup> Domaines : "Prévention Primaire et Promotion de la Santé" "Dépistage précoce" "Surveillance suivi et évaluation" "Renforcement des capacités" "Services de réadaptation" "Soins et traitement"

<sup>7</sup> Zones sanitaires pilotes appuyées par la Coopération Technique Belge

<b>3</b>	Niveau d'implication de la société civile dans les domaines de lutte contre les MNT	Implication de la société civile dans la sensibilisation et la mobilisation sociale	Implication de la société civile dans les 6 domaines de lutte contre les MNT	Implication de la société civile dans le financement de la lutte contre les MNT
<b>4</b>	Nombre d'ONG, Associations et organisations communautaires travaillant dans les domaines de lutte contre les MNT	Non déterminé	1000 ONG, Associations et organisations communautaires travaillent dans les domaines de lutte contre les MNT	5000 ONG, Associations et organisations communautaires travaillant dans les domaines de lutte contre les MNT
<b>5</b>	Proportion de messages mettant en œuvre les mesures et ayant des comportements favorables à la lutte contre les MNT	Non déterminé	15 %	30%

6	Proportion de structures administratives, d'institutions politiques, commerciales et sociales dotées des dispositifs/systèmes d'application dans les domaines de lutte contre les MNT	Non déterminé	30%	60%
7	Proportion de villes/communes menant une politique favorable à la lutte contre les MNT	0%	15% (12 communes menant une politique favorable à la lutte contre les MNT)	30% (24 communes menant une politique favorable à la lutte contre les MNT)
8	Les différents domaines sont pilotés par du personnel à temps plein dans le PNLMT	Non applicable	Tous les domaines sont pilotés par du personnel à temps plein dans le PNLMT	Tous les domaines sont pilotés par du personnel à temps plein dans le PNLMT



9	Nombre de ministères ayant pris des mesures à l'égard des MNT ou de leurs facteurs de risque	Non déterminé	Les ministères de la santé, de l'éducation, de l'agriculture du commerce, des finances et du développement ont pris des mesures à l'égard des MNT ou de leurs facteurs de risque	Tous les ministères ont pris des mesures à l'égard des MNT ou de leurs facteurs de risque
10	Nombre de domaines d'activités disposant d'un financement	Le domaine «Soins et traitement» dispose d'un financement	Les 6 domaines sont pris en compte dans le budget du Ministère de la santé	Les 6 domaines sont pris en compte dans le budget du Ministère de la santé
11	Nombre de sources de financement de la lutte contre les MNT	Les sources de financement sont le budget national, l'OMS, la coopération belge et l'OOAS	5 ministères, 12 communes, 10 organisations commerciales et 5 ONG internationales financent la lutte contre les MNT	Tous les ministères, 24 communes, 20 organisations commerciales et 15 ONG internationales financent la lutte contre les MNT

<b>12</b>	<p>Nombre d'interventions fiscales mise en œuvre dans le cadre de la lutte contre les MNT</p>	<p>Non déterminé</p>	<p>Une taxation du tabac en faveur de la lutte contre les MNT est en vigueur.  Une taxation de l'alcool en faveur de la lutte contre les MNT est en vigueur</p>	<p>Une subvention aux prix pour les aliments sains est en vigueur.  Des incitations fiscales pour promouvoir l'activité physique sont mises en place.  Une taxation des aliments à forte teneur en sucre est en vigueur.  Une taxation des aliments à forte teneur en graisse est en vigueur</p>
<b>13</b>	<p>Existence d'une unité multisectorielle coordonnant les politiques concernant les MNT</p>	<p>Aucune unité multisectorielle en place</p>	<p>Une unité multisectorielle est impliquée dans les coalitions régionales et mondiales</p>	<p>Une unité multisectorielle est impliquée dans les coalitions régionales et mondiales</p>

<b>14</b>	Existence de partenariat pour la mise en œuvre des activités importantes relatives aux MNT	Aucun partenariat formel en place	Existence de partenariats intra et intersectoriel.	Existence de partenariat interrégional
<b>15</b>	Existence de stratégies spécifiques de lutte contre les différents MNT et facteurs de risque	Existence du plan de lutte contre le tabac. Existence du plan d'action contre les cancers	Existence de stratégies de lutte contre les autres facteurs de risque des MNT Existence de stratégies de lutte contre les MCV, le diabète, les MRC, l'épilepsie, les ABD et les troubles mentaux	Existence de stratégies de lutte contre les autres MNT
<b>16</b>	Existence d'un site web fonctionnel du programme	Aucun site web du programme en place	Un site web est fonctionnel	Les institutions, les organisations et les citoyens fréquentent le site web du programme

17	Existence des sous-systèmes de surveillance des MNT et des facteurs de risque	Aucun système de surveillance des MNT en place. Existence de deux registres de cancers	Les deux registres de cancers sont fonctionnels. Le système de surveillance des MNT est mis en place dans les départements du Mono/Couffo et Atacora/Donga Les sous systèmes de surveillance des MNT prioritaires sont mis en place Les sous systèmes de surveillance des FDR prioritaires sont mis en place	Le système de surveillance des MNT est mis en place au niveau national Les sous-systèmes de surveillance des autres MNT sont mis en place Les sous systèmes de surveillance des autres FDR sont mis en place
----	---	---	---	--

<b>18</b>	Existence dans toutes les formations sanitaires de dispositif d'enregistrement des décès et de leur cause	Aucun dispositif d'enregistrement des décès et de leur cause en place	Le dispositif d'enregistrement des décès et de leur cause est en place dans les formations sanitaires des départements du Mono/Couffo et Atacora/Donga et dans les zones de couverture des 02 registres	Le dispositif d'enregistrement des décès et de leur cause est en place dans toutes les formations sanitaires du territoire national
<b>19</b>	Existence dans tous les arrondissements d'un mécanisme de notification des décès survenus dans les communautés	Aucun mécanisme de notification des décès survenus dans les communautés en place	Le mécanisme de notification des décès survenus dans les communautés en place dans les arrondissements des départements du Mono/Couffo et Atacora/Donga	Le mécanisme de notification des décès survenus dans les communautés en place dans tous les arrondissements du pays
<b>20</b>	Nombre d'études de recherche réalisées sur les MNT et leurs facteurs de risque	Non déterminé	20 études réalisées sur les MNT et leurs facteurs de risque	50 études réalisées sur les MNT et leurs facteurs de risque

<b>21</b>	Proportion d'études publiées dans des revues internationales sur les MNT et leurs facteurs de risque	Non déterminé	50%	100%
<b>22</b>	Nombre de politiques publiques élaborées ou amendées sur la base des résultats de la surveillance ou des études	Non déterminé	15%	30%

Pour la mise en œuvre du présent plan, les stratégies et activités nécessaires pour l'atteinte des objectifs ci-dessus visés sont consignés dans le cadre opérationnel ci-après :

**3.5. Cadre opérationnel et logique**  
**3.5.1. Promotion de la lutte antitabac**

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<p><b>Promotion la lutte contre le tabac</b></p>	<p>Réduire la prévalence du tabagisme de 16 à 14% d'ici 2018</p>	<p>Communication pour un changement de comportement</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur la lutte anti tabac ;</li> <li>2. Organiser un atelier de formation des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance sur la lutte anti tabac ;</li> <li>3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;</li> </ol>
	<p>Assurer la PEC des consommateurs de tabac</p>	<p>Intégration du sevrage tabagique dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former 50 médecins sur le sevrage tabagique ;</li> <li>2. Former 150 agents de santé sur le sevrage tabagique ;</li> <li>3. Doter 50 formations sanitaires de matériels pour le sevrage tabagique (patch de nicotine et protocole de sevrage) ;</li> </ol>

### 3.5.2. Promotion de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool et des drogues

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<b>Promotion la lutte contre la consommation nocive d'alcool et de drogues</b>	Réduire la prévalence de la consommation nocive d'alcool de 2,9 à 2,7%	Communication pour un changement de comportement	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur la lutte contre la consommation nocive d'alcool ;</li> <li>2. Organiser un atelier de formation des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance sur la lutte contre la consommation nocive d'alcool ;</li> <li>3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation.</li> </ol>
	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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 ;</li> <li>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 ;</li> <li>3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de sites de désintoxication</li> </ol>



### 3.5.3. Promotion d'une alimentation saine et équilibrée et de l'exercice physique en faveur de la santé

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<p><b>Promotion de l'accès de tous à une alimentation de qualité</b></p>	<p>Promouvoir un régime alimentaire équilibré</p>	<p>Adoption de mesures favorisant une alimentation équilibrée</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Diffuser sous toutes formes les informations sur la composition des repas équilibrés dans notre environnement (spots, plaquettes, calendriers, affiches, etc.)</li> <li>3. Faire adopter une loi qui réglemente l'apport de sels de gras et de sucre dans l'industrie alimentaire</li> </ol>

<p><b>Promotion de l'exercice physique à l'école, au travail et dans la communauté</b></p>	<p>Réduire la prévalence de la sédentarité à l'école, sur les lieux de travail et dans les communautés</p>	<p>Plaidoyer pour la mise en place des environnements favorables à la pratique de l'exercice physique</p>	<p>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</p> <p>2. Appuyer les autorités communales et locales pour l'aménagement d'environnements favorables à la pratique de l'exercice physique.</p> <p>3. Appuyer les écoles, collèges et les lieux de travail et de formation à améliorer des environnements favorables pour la pratique de l'exercice physique.</p>
--	--	---	---

<p><b>Promotion de la consommation de fruits et légumes</b></p>	<p>Assurer la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour</p>	<p>Plaidoyer pour la mise en place des environnements favorables à la consommation de fruits et légumes</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Diffuser sous toutes formes les informations sur l'importance de fruits et légumes dans notre alimentation (spots, plaquettes, calendriers, affiches, etc.)</li> <li>3. Faire le plaidoyer pour la subvention de la production des fruits et légumes (produits maraichers).</li> </ol>
---	--	---	--

### 3.5.4. Promotion de la lutte contre le diabète

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<b>Prévention du diabète et Accès équitable aux soins</b>	Réduire la prévalence du diabète de 2,6% à 2,5% d'ici 2018	communication pour un Changement de Comportement	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur le diabète ;</li> <li>2. Organiser un atelier de formation des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance sur le diabète ;</li> <li>3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;</li> <li>4. Organiser un dépistage annuel de l'hyperglycémie pour les personnes de 15 ans et plus</li> </ol>
	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former 50 médecins à la prise en charge du diabète;</li> <li>2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge du diabète ;</li> <li>3. Doter 50 formations sanitaires de matériels et consommables adéquats pour la PEC du diabète (bandelettes urinaires, glucomètre et bandelettes adaptées, médicaments) ;</li> </ol>

### 3.5.5. Promotion de la lutte contre les Cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires périphériques

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<p><b>Prévention des maladies cardiovasculaires et accès équitable aux soins</b></p>	<p>Réduire la prévalence des maladies cardiovasculaires</p>	<p>Communication pour un changement de comportement</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur les cardiopathies et les maladies vasculaires périphériques ;</li> <li>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 ;</li> <li>3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;</li> <li>4. Organiser un dépistage annuel des cardiopathies et des maladies vasculaires périphériques pour les personnes de 15 ans et plus.</li> </ol>

	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"> <li>1. Former 50 médecins à la prise en charge des cardiopathies et des maladies vasculaires périphériques ;</li> <li>2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge des cardiopathies et des maladies vasculaires périphériques ;</li> <li>3. Doter 50 formations sanitaires de matériels de diagnostic et de prise en charge des cardiopathies et des maladies vasculaires périphériques (ECG, Tensiomètre, MAPA).</li> </ol>
--	--	--	--

### 3.5.6. Promotion de la lutte contre les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Composante	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies	Activités
<b>Prévention des accidents vasculaires cérébraux et accès équitable aux soins</b>	Réduire la prévalence des AVC	Communication pour un changement de comportement	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur les AVC ;</li> <li>2. Former 150 acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance des AVC ;</li> <li>3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation sur les AVC ;</li> </ol> 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"> <li>1. Doter 50 formations sanitaires de personnels spécialisés dans la prise en charge des AVC ;</li> <li>2. Doter 5 centres hospitaliers départementaux et le CNHU de matériels de diagnostic et de prise en charge des AVC (scanner).</li> </ol>
--	---	--	--



### 3.5.7. Promotion de la lutte contre les cancers

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<p><b>Prévention des cancers et accès équitable aux soins</b></p>	<p>Réduire la prévalence des cancers</p>	<p>Mise en place des registres de cancer</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former les acteurs sur le remplissage de la fiche de notification des cas ;</li> <li>2. Rendre fonctionnel les registres de cancer de Cotonou et de Parakou (ressources humaines, matériels, locaux, suivi) ;</li> <li>3. Mise en place d'un certificat de décès dans les formations sanitaires appartenant au territoire des registres ;</li> <li>4. Mise en place d'un registre de décès et de leurs causes.</li> </ol>

		<p>Mise en place d'un programme de dépistage des cas de cancer (col de l'utérus, sein et foie)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former 50 médecins au dépistage des cancers les plus fréquents ;</li> <li>2. Former 150 agents de santé au dépistage des cancers les plus fréquents ;</li> <li>3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels de diagnostic des cancers (mammographie, colposcopie, aiguilles à biopsie, marqueurs).</li> </ol>
		<p>Plaidoyer pour la prévention des cancers par la vaccination</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faire un plaidoyer pour optimiser le programme de vaccination contre le virus de l'hépatite B ;</li> <li>2. Faire un plaidoyer pour mettre en œuvre un programme de vaccination contre le virus du papillome humain (HPV).</li> </ol>

### 3.5.8. Promotion de la lutte contre les MRC (Asthme et BPCO)

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<p><b>Prévention des MRC et accès équitable aux soins.</b></p>	<p>Réduire la prévalence des MRC</p>	<p>Communication pour un changement de comportement</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur les MRC ;</li> <li>2. Organiser un atelier de formation de 150 acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ;</li> <li>3. Créer et appuyer des « écoles de l'asthme » dans 34 hôpitaux de zone.</li> </ol>
	<p>Améliorer la prise en charge des MRC</p>	<p>Intégration de la PEC des MRC dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former 50 médecins à la prise en charge des MRC ;</li> <li>2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge des MRC ;</li> <li>3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels de diagnostic et de prise en charge des MRC (débitmètre de pointe et spiromètre).</li> </ol>

### 3.5.9. Promotion de la lutte contre les affections bucco-dentaires (ABD) y compris le noma

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
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"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur les ABD y compris le noma ;</li> <li>2. Organiser un atelier de formation de 150 acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ;</li> <li>3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;</li> <li>4. Organiser un dépistage annuel des ABD.</li> </ol>
	Améliorer la prise en charge des ABD	Renforcement de la PEC des ABD au niveau périphérique	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former 50 médecins à la prise en charge des ABD ;</li> <li>2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge des ABD ;</li> <li>3. Doter 15 hôpitaux de zones de matériels de diagnostic et de prise en charge des ABD.</li> </ol>

### 3.5.10. Promotion de la lutte contre les affections oculaires

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
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"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur les affections oculaires ;</li> <li>2. Organiser un atelier de formation des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ;</li> <li>3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;</li> <li>4. Organiser un dépistage annuel des affections oculaires.</li> </ol>
	Améliorer la prise en charge des affections oculaires	Renforcement de la PEC des affections oculaires au niveau périphérique	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former 50 médecins à la prise en charge des affections oculaires ;</li> <li>2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge des affections oculaires ;</li> <li>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).</li> </ol>

### 3.5.11. Promotion de la lutte contre la drépanocytose

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<p><b>Prévention de la drépanocytose et accès équitable aux soins</b></p>	<p>Réduire la prévalence de la drépanocytose</p>	<p>Communication pour un changement de comportement</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur la drépanocytose (guide parental) ;</li> <li>2. Organiser un atelier de formation des acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ;</li> <li>3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;</li> <li>4. Organiser un dépistage systématique de la drépanocytose.</li> </ol>
	<p>Améliorer la PEC de la drépanocytose</p>	<p>Intégration de la drépanocytose dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former 50 médecins à la prise en charge de la drépanocytose ;</li> <li>2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge de la drépanocytose ;</li> <li>3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels de diagnostic et de prise en charge de la drépanocytose.</li> </ol>

### 3.5.12. Promotion de la lutte contre les violences et traumatismes

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<p><b>Prévention des handicaps et des décès évitables liés aux traumatismes/ violences et accès équitable aux soins</b></p>	<p>Réduire la prévalence des handicaps et décès évitables liés aux traumatismes</p>	<p>Amélioration de la prise en charge des cas d'accident avant l'arrivée à l'hôpital</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former 5000 riverains et usagers de la route aux premiers secours lors d'un accident ;</li> <li>2. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation sur la prévention des traumatismes ;</li> <li>3. Motiver chaque année 50 citoyens impliqués dans la prise en charge des cas d'accident.</li> </ol>
		<p>Intégration de la PEC des cas d'accidents dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former 50 médecins à la prise en charge des cas d'accidents ;</li> <li>2. Former 150 agents de santé sur les soins essentiels aux traumatisés ;</li> <li>3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels pour les soins essentiels aux traumatisés.</li> </ol>

	Réduire la prévalence des séquelles liées à des violences	Communication pour un changement de comportement	<p>1. Elaborer des outils de communication sur les conséquences des violences ;</p> <p>2. Former 150 acteurs de la société civile sur la gestion des séquelles liées aux violences.</p>
		Intégration de la PEC des séquelles liées aux violences dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires	<p>1. Former 50 médecins à la prise en charge des séquelles liées aux violences ;</p> <p>2. Former 150 agents de santé sur les soins essentiels aux victimes pour faits de violence ;</p> <p>3. Doter 50 formations sanitaires de protocole et de matériels pour les soins essentiels aux victimes pour faits de violence.</p>



### 3.5.13. Promotion de la lutte contre les épilepsies

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies cor-respondantes	Activités
<p><b>Prévention de l'épilepsie et accès équitable aux soins</b></p>	<p>Réduire la prévalence de l'épilepsie</p>	<p>Communica-tion pour un changement de comportement</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur l'épilepsie;</li> <li>2. Organiser la formation de 150 acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ;</li> <li>3. Créer et appuyer des « écoles de l'épilepsie» dans 34 hôpitaux de zone</li> <li>4. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;</li> <li>5. Organiser un dépistage annuel de l'épilepsie.</li> </ol>

	<p>Améliorer la PEC des cas d'épilepsie à tous les niveaux</p>	<p>Intégration de la PEC de l'épilepsie dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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) ;</li> <li>2. Former 50 médecins à la prise en charge de l'épilepsie ;</li> <li>3. Former 150 agents de santé sur la prise en charge de l'épilepsie.</li> </ol>
--	--	--	--

### 3.5.14. Promotion de la lutte contre les troubles mentaux

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<p><b>Prévention des troubles mentaux et accès équitable aux soins</b></p>	<p>Réduire la prévalence des troubles mentaux</p>	<p>Communication pour un changement de comportement</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser un atelier d'élaboration des outils de communication sur les troubles mentaux ;</li> <li>2. Organiser la formation de 150 acteurs à l'utilisation des outils de communication et de surveillance ;</li> <li>3. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation ;</li> <li>4. Organiser un dépistage annuel des troubles mentaux.</li> </ol>
	<p>Améliorer la PEC des troubles mentaux à tous les niveaux</p>	<p>Intégration de la PEC des troubles mentaux dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former 50 médecins à la prise en charge des troubles mentaux ;</li> <li>2. Former 150 agents de santé sur la prise en charge des troubles mentaux ;</li> <li>3. Doter 50 formations sanitaires de protocoles et de matériels de diagnostic et de prise en charge des troubles mentaux (protocole, DSM IV).</li> </ol>

### 3.5.15. Protection des personnes du troisième âge

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<p><b>Protection des personnes du troisième âge et accès équitable aux soins.</b></p>	<p>Améliorer la qualité de vie des personnes du troisième âge</p>	<p>Création d'un environnement favorable à la satisfaction des besoins spécifiques des personnes du troisième âge</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer les capacités des associations des personnes du troisième âge sur la prise en charge des besoins de cette catégorie sociale ;</li> <li>2. Appuyer la création et l'animation dans les communes ou quartiers de ville de la classe des personnes du troisième âge ;</li> <li>3. Appuyer la création d'une structure d'accompagnement à la reconversion des personnes du troisième âge.</li> </ol>

	<p>Améliorer la prise en charge des affections des personnes du troisième âge</p>	<p>Intégration de la PEC des personnes du troisième âge dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendre fonctionnel l'hôpital de Ouidah pour la prise en charge des personnes du 3ème âge et renforcer ses capacités ;</li> <li>2. Former 50 Médecins à la prise en charge des personnes du troisième âge ;</li> <li>3. Former 150 agents sur la prise en charge personnes du troisième âge ;</li> <li>4. Doter 50 formations sanitaires d'une unité de prise en charge des personnes du troisième âge.</li> </ol>
--	---	--	---

### 3.5.16. Communication intégrée sur les MNT

Composantes	Objectifs	Stratégies	Activités
<p><b>Protection de la population contre les FDR et les MNT</b></p>	<p>Appliquer les politiques de prévention des MNT</p>	<p>Mise en place d'un cadre juridique favorable à la prévention des MNT</p> <p>Communication pour un changement de comportement</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborer un code de santé publique ;</li> <li>2. Créer et adopter une loi sur la prévention et la prise en charge des FDR des MNT (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, inactivité physique).</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborer des outils de communication sur les MNT et leurs FDR ;</li> <li>2. Concevoir et diffuser des manuels de lutte contre les FDR des MNT ;</li> <li>3. Organiser des séances de vulgarisation de la législation sur les FDR des MNT ;</li> <li>4. Organiser des séances trimestrielles de sensibilisation sur les MNT ;</li> <li>5. Sensibiliser les autorités locales, les responsables des différents secteurs sur la prévention et la lutte contre les MNT et leurs FDR.</li> </ol>

			<p>1. Créer et appuyer des associations de lutte contre les MNT ;</p> <p>2. Renforcements des capacités des ONG pour la lutte contre les MNT.</p>
	Appui et mise en place des structures d'exécution de la prévention des MNT	Mise en place de mécanisme institutionnel pour la prévention des MNT	<p>1. Plaidoyer pour l'application de la réglementation relative à la prévention des FDR des MNT.</p>
		Suivi et évaluation de l'application des lois et réglementations	<p>1. Faire le suivi de la mise en œuvre de la loi sur la prévention et la prise en charge des FDR des MNT ;</p> <p>2. Motiver les comportements/mesures favorables au respect des textes.</p>

<p><b>Renforcement de la coopération internationale pour la lutte contre les MNT</b></p>	<p>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</p>	<p>Partage des expériences entre les pays dans la lutte contre les MNT</p> <p>Synergie dans les actions de prévention des facteurs de risque de MNT et leur extension dans les pays</p>	<p>1. Organiser des réunions de revue sous régionale sur les MNT</p> <p>2. Participer aux réunions internationales sur la lutte contre les MNT</p> <p>1. Harmoniser les messages de sensibilisation sur les facteurs de risque des MNT</p> <p>2. Harmoniser les taxes et les prix sur les produits qui contribuent à l'élévation des facteurs de risque (tabac, alcool, sels, graisses, soda ...)</p>
--	---	---	---



### 3.5.17. Promotion de la recherche sur les MNT

Composante	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies	Activités
<b>Amélioration des connaissances sur les MNT</b>	Faire au moins deux (02) recherches par an sur les MNT	Recherche de financement et création des unités de recherche	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soumettre les protocoles de recherches aux institutions de financement ;</li> <li>2. Faire un plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources pour la recherche sur les MNT ;</li> <li>3. Mettre en place une structure intersectorielle de coordination de la recherche sur les MNT ;</li> <li>4. Editer une revue semestrielle sur les MNT.</li> </ol>

### 3.5.18. 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	06
3. Promotion de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires (HTA, Cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires périphériques)	Infirmiers spécialisés en endocrinologie	18
4. Promotion de la lutte contre MRC	Cardiologues	12
5. Promotion de la lutte contre les affections bucco- dentaires	Infirmiers spécialisés en cardiologie	36
6. Promotion de la lutte contre les affections oculaires	Pneumologues	06
	Infirmiers spécialisés en pneumologie	18
	Odonto-stomatologues	06
	Infirmiers spécialisés en odontologie	18
	Ophtalmologues	06
	Techniciens spécialisés en ophtalmologie	18

7. Promotion de la lutte contre la drépanocytose	Hématologues	05
	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	06
	Cancérologues	06
10. Promotion de la lutte contre les cancers	Infirmiers spécialisés chimiothérapie – physiciens-manipulateurs	18
	Psychiatres	08
	Pédopsychiatres	04
11. Promotion de la lutte contre les troubles mentaux et les traumatismes physiques	Infirmiers spécialisés en psychiatrie	36
	Psychomotriciens	06
	Internistes et autres spécialités médicales	18
	Psychologues	36
	Médecine physique et rééducation	12
	Pharmaciens	12
12. Renforcement du système de lutte contre les MNT	Formation initiale	

	Kinésithérapeutes	24
	Anatomopathologistes et médecins biologistes	12
	Orthophonistes	06
Formation continue	Tous les domaines	150

En attendant la disponibilité des ressources humaines telles que évaluées dans le tableau ci-dessus, une meilleure répartition des ressources existantes serait souhaitable. D'autre part il faudrait promouvoir l'insertion et de la main d'œuvre déjà disponible mais expatriée faute d'opportunité d'insertion dans le système sanitaire.

### 3.5.19. Renforcement des capacités et mesures de lutte contre les MNT

Composantes	Objectifs spécifiques par intervention	Stratégies correspondantes	Activités
<p>Structuration de la lutte contre les MNT et leurs FDR</p>	<p>Rendre efficace sur tout le territoire national la lutte contre les MNT et leurs FDR</p>	<p>Renforcement de l'infrastructure de santé publique, des partenariats et de la collaboration multisectorielle</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réorganiser le programme national de lutte contre les MNT</li> <li>2. Mettre en place un comité multisectoriel de lutte contre les MNT</li> <li>3. Recenser les mesures prises par les autres ministères à l'égard des MNT ou de leurs facteurs de risque</li> <li>4. Faire le plaidoyer pour l'augmentation du budget du programme</li> <li>5. Mobiliser les partenaires techniques et financiers pour l'appui à la lutte contre les MNT</li> <li>6. Mobiliser les organisations nationales et internationales pour le financement de la lutte contre les MNT</li> <li>7. Faire le plaidoyer pour la mise en œuvre des interventions fiscales en faveur de la lutte contre les MNT</li> </ol>

			<p>8. Mettre en place des partenariats intra et intersectoriel, régional et international</p> <p>9. Renforcer les capacités de lutte contre les MNT de 6000 ONG, Associations, Organisations communautaires</p> <p>10. Appuyer les structures administratives, institutions politiques, commerciales et sociales à mettre en place des dispositifs/systèmes d'application de lutte contre les MNT</p> <p>11. Appuyer les villes/communes à mettre en place une politique favorable à la lutte contre les MNT</p> <p>12. Intégrer la prise en charge des MNT dans le paquet minimum d'activités du RAMU</p>
--	--	--	--

		<p>Elaboration de politiques, stratégies et de plans de lutte contre les MNT</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opérationnaliser la politique nationale de lutte contre les MNT</li> <li>2. Mettre en place le site web du programme</li> <li>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</li> <li>4. Mettre en œuvre des stratégies de lutte pour réduire le surpoids/l'obésité, la sédentarité, la mauvaise alimentation à l'origine des MNT</li> <li>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 trans de fabrication industrielle</li> </ol>
--	--	--	--

<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 trans, 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer l'unité de surveillance du programme</li> <li>2. Rendre fonctionnel les registres de cancers de Parakou et de Cotonou</li> <li>3. Réaliser la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> édition de l'enquête STEPS en 2014 et 2018</li> <li>4. Réaliser la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> édition de l'enquête GSHS en 2014 et 2018</li> <li>5. Mettre en place les sous-systèmes de surveillance des MNT et leurs facteurs de risque</li> <li>6. Mettre en place dans toutes les formations sanitaires des dispositifs d'enregistrement des décès et de leurs causes</li> <li>7. Mettre en place un mécanisme de notification des décès survenus dans les communautés dans tous les arrondissements du pays</li> </ol>
---------------------------	---	---	--

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

### 3.5.20. Renforcement des Infrastructures de santé pour les MNT prioritaires

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités
<b>Renforcement des capacités des structures de santé en matière d'infrastructures</b>	Rendre efficace sur tout le territoire national la lutte contre les MNT prioritaires	Renforcement des infrastructures cardiovasculaires (HTA, cardiopathies ischémiques)  Renforcement des infrastructures cardiovasculaires (Accidents Vasculaires Cérébraux)	1. construire 02 unités de soins cardiovasculaires (Cotonou et Parakou)  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)

### 3.6. RÉSUMÉ DU BUDGET EN FCFA

TYPE DE MALADIES	Respon- sable	Coût An 1	Coût An 2	Coût An 3	Coût An 4	Coût An 5	Total général
1. Promotion de la lutte antitabac	PNLMNT	552 600 700	570 885 500	531 195 000	528 883 100	536 404 000	2 719 968 300
2. Promotion de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool	PNLMNT	221 616 000	114 255 500	108 000 000	108 000 000	108 000 000	654 871 500
3. Promotion d'une alimentation saine et équilibrée et de l'exercice physique en faveur de la santé	PNLMNT	29 675 000	28 490 000	28 490 000	28 490 000	28 490 000	143 635 000
4. Promotion de la lutte contre le diabète	PNLMNT	16 264 100	16 264 100	16 264 100	16 264 100	6 264 100	81 320 500

5. Promotion de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires (HTA, Cardiopathies is- chémiques, ma- ladies vasculaires périphériques)	PNLMNT	77 830 700	77 830 700	77 830 700	77 830 700	77 830 700	77 830 700	351 737 100
6. Promotion de la lutte contre les cancers	PNLMNT	107 854 000	81 304 000	38 690 000	81 304 000	38 690 000	81 304 000	455 629 000
7. Promotion de la lutte contre MRC (Maladies respiratoires chroniques : Asthme et BPCO)	PNLMNT	15 000 000	15 000 000	40 091 600	15 000 000	15 000 000	15 000 000	100 091 600
8. Promotion de la lutte contre les affections bucco- dentai- res y compris le noma (ABD y compris le noma)	PNLMNT	35 705 000	25 000 000	44 730 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	155 435 000

9. Promotion de la lutte contre les affections oculaires	PNLMNT	55 435 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	155 435 000
10. Promotion de la lutte contre la drépanocytose	PNLMNT	280 435 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	1 280 435 000
11. Promotion de la lutte contre les violences et traumatismes	PNLMNT	171 498 100	100 480 000	120 210 000	100 480 000	100 480 000	100 480 000	569 534 100
12. Promotion de la lutte contre les épilepsies	PNLMNT	243 670 500	217 685 000	217 685 000	237 415 000	217 685 000	217 685 000	1 134 140 500
13. Promotion de la lutte contre les troubles mentaux (santé mentale)	PNLMNT	39 115 000	73 835 000	73 835 000	83 865 000	73 835 000	73 835 000	165 485 000
14. Protection des personnes de troisième âge	PNLMNT	344 846 600	310 486 600	310 486 600	310 486 600	310 486 600	310 486 600	1 586 793 000

15. Communication sur les MNT	PNLMNT	629 070 900	486 645 700	442 974 000	473 044 100	427 974 000	2 235 601 100
16. Besoins en ressources humaines spécialisées	PNLMNT	DRH	DRH	DRH	DRH	DRH	DRH
17. Renforcement des capacités et mesures de lutte contre les MNT	PNLMNT	1 026 775 000	673 915 000	499 165 000	481 915 000	673 915 000	3 338 435 000
18. Promotion de la lutte contre les accidents vasculaires cérébraux (AVC)	PNLMNT	58 349 600	37 070 000	37 070 000	43 334 100	37 070 000	212 893 700
18. Renforcement des Infrastructures de santé pour les MNT prioritaires	PNLMNT	740 000 000	740 000 000	740 000 000	740 000 000	740 000 000	3 700 000 000



19. Promotion de la recherche sur les MINT	PNLMNT	13 000 000	13 000 000	13 000 000	13 000 000	13 000 000	13 000 000	13 000 000	65 000 000
<b>Total</b>		<b>4 658 741 200</b>	<b>3 859 354 700</b>	<b>3 612 509 400</b>	<b>3 596 697 700</b>	<b>3 747 738 400</b>	<b>19 106 440 400</b>		

## 3.7. Modalité de mise en œuvre du plan

### 3.7.1 Approche multisectorielle

Le présent document de Plan Stratégique Intégré de lutte contre les MNT du Bénin s'applique dans le cadre de la Politique Nationale de Santé (PNS) et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 à travers l'implication des secteurs qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé des populations. Il est défini autour des quatre (4) principes directeurs de la Politique Nationale de Lutte contre les MNT que 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*. D'où la nécessité d'une surveillance, prévention et prise en charge des soins de santé appropriés qui se caractérisent par une concertation et collaboration intersectorielle et multisectorielle à tous les niveaux.

### 3.7.2 Cadre institutionnel de mise en œuvre du Plan

La mise en œuvre efficace du Plan Stratégique Intégré de lutte contre les MNT 2014-2018 nécessite la création d'un **Comité National Interministériel de Coordination (CNIC)** des activités de lutte contre les MNT élargi à tous les acteurs clés (secteurs public, privé, société civile, PTF, communauté). Ce comité sera un sous comité du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CNEEP)<sup>8</sup> du secteur de la santé. Le Comité National Interministériel de Coordination (CNIC) se réunira deux fois par an avant la tenue du CNEEP

---

<sup>8</sup> Le CNEEP est le cadre officiel de concertation, de suivi et d'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du Bénin

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

La tutelle technique du plan sera assurée par le Directeur National de la Santé Publique (DNSP) du Ministère de la Santé et le C/PNLMNT assurera le Secrétariat mais chaque département ministériel responsabilisé devra veiller à la réalisation des interventions à lui confiées en collaboration avec les autres secteurs.

### **3.7.3 Partenaires de mise en œuvre du plan d'action**

Les interventions des partenaires de la mise en œuvre sont régies par le présent document de Plan Stratégique Intégré de lutte contre les MNT 2014-2018. Ce sont :

#### **3.7.3.1 Organisations de la société civile**

Les organisations de la société civile (ONG, Clubs services, Fondations et autres Organisations de bienfaisance, les Associations des malades ainsi que les Organisations des droits de l'homme) sont particulièrement bien placées pour sensibiliser l'opinion publique, les responsables politiques et soutenir les efforts déployés pour prévenir et combattre les MNT.

### **3.7.3.2 Secteur privé**

Le secteur privé sera sollicité pour jouer un rôle essentiel à l'appui aux interventions de lutte contre les MNT. Il sera également un cadre de mise en œuvre des actions de prévention, de promotion et de lutte contre les MNT au bénéfice des employés de ces structures et de la population générale. Par ailleurs, les assurances, les entreprises commerciales et industrielles, ainsi que les opérateurs GSM doivent aussi contribuer de manière décisive à la prévention des MNT en optant pour un commerce responsable qui évite de promouvoir des aliments, produits malsains et d'autres comportements nocifs à la santé.

### **3.7.3.3 Partenaires institutionnels**

Il s'agit :

- des partenaires au développement dont l'appui technique, matériel et financier sera nécessaire à la bonne exécution des interventions inscrites dans le présent Plan Stratégique de lutte contre les MNT.
- des Ministères et structures techniques en dehors 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.

### **3.7.4 Niveaux de mise en œuvre du plan d'action**

Les interventions seront mises en œuvre aux différents niveaux de la pyramide sanitaire nationale.

#### **3.7.4.1 Le niveau central**

Le niveau central est responsable de la planification, la coordination, la surveillance et de la supervision dans la mise en œuvre sur le territoire national, des différentes interventions et actions retenues dans le présent Plan Stratégique Intégré de lutte contre les MNT 2014-2018.

#### **3.7.4.2 Le niveau intermédiaire**

Le niveau intermédiaire (départemental) est responsable de la surveillance, la supervision et de la mise en œuvre du Plan Stratégique Intégré au niveau opérationnel du système de santé (zone sanitaire).

#### **3.7.4.3 Le niveau opérationnel**

La zone sanitaire, en tant que niveau opérationnel du système de santé est responsable de la mise en œuvre effective des différents plans d'action opérationnels annuels au bénéfice des populations.

#### **3.7.4.4 Les structures de prestation des soins de santé**

Le système de prise en charge sera, à tous les niveaux, impliqué dans la prévention primaire (centre de santé d'arrondissement) à travers l'éducation à la santé prodiguée par le personnel médical et para médical.

Les niveaux secondaires (Hôpitaux de Zone), tertiaires (CHD) du système de soins seront les cadres de la mise en œuvre de la prévention secondaire notamment clinique, la prévention tertiaire et la recherche.

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 de MNT.

#### **3.7.4.5 La communauté**

Plus qu'un bénéficiaire de ce Plan, la communauté 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 évaluation des interventions et mesures ciblant la communauté. Ceci permettra de garantir l'appropriation et le succès de ces interventions, puis d'en assurer la pérennisation au terme de leurs mises en œuvre.

#### **3.7.4.6 Le milieu du travail**

Le monde du travail du public et du privé sera mobilisé en vue d'induire des changements durables au niveau du cadre de travail afin de réduire les habitudes nocives à la santé, prévenir les maladies chroniques liées au travail et promouvoir les pratiques favorables à la santé sur le lieu de travail.

#### **3.7.4.7 Le milieu scolaire**

Les milieux scolaires et universitaires 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.

### **3.7.5 Suivi / Evaluation**

Un plan de suivi évaluation de la mise en œuvre du PNLMT 2014-2018 sera tiré du Plan de Suivi Evaluation du PNDS. Ce

plan précisera les acteurs impliqués, leurs rôles et responsabilités, le mécanisme de suivi-évaluation des différents indicateurs de mesures de performance.

### **3.7.5.1 Cycle de l'évaluation**

L'évaluation du plan intégré se fera à travers les évaluations à mi-parcours et finale conformément aux dispositions prévues dans le Plan de Suivi Evaluation du PNDS 2009-2018.

#### **3.7.5.1.1. Evaluation à mi parcours**

Elle se fera en 2016 et portera sur les 9 cibles volontaires de l'OMS :

- Prévalence de la consommation de tabac
- Prévalence de la consommation nocive de l'alcool
- Prévalence de l'inactivité physique
- Prévalence de l'HTA
- Consommation excessive de sel
- Prévalence du diabète et de l'obésité
- Disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le traitement des MNT
- Disponibilité des traitements médicamenteux et du counseling pour la lutte contre les MNT
- Mortalité prématurée due aux MNT

#### **3.7.5.1.2. Evaluation finale**

Elle se fera en 2018 et portera sur les résultats à moyen terme et l'impact attendu du plan intégré de lutte contre les MNT 2014-2018.

### **3.7.5.2 Structure de Suivi / Evaluation**

#### **3.7.5.2.1 Suivi**

Le suivi régulier et périodique sera assuré :

- au niveau central par la coordination du PNLMNT : planification et 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 : mise en œuvre des interventions au niveau des zones sanitaires ;
- au niveau de la zone sanitaire par l'équipe cadre de la zone sanitaire : exécution des activités définies dans le cadre des interventions prioritaires retenues par le niveau central en vue de la lutte contre les MNT.

#### **3.7.5.2.2 Evaluation**

Les évaluations à mi parcours et finale du plan seront effectuées conformément aux dispositions de suivi évaluation du PNDS 2009-2018, de concert avec la coordination du PNLMNT, les autres programmes nationaux de santé impliqués, la DPP, la DNSP et la DSIO.



## 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 2014-2018 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 ;
- l'amélioration 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.

