REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

Direction Nationale de la Protection Sanitaire

Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles

Politique Nationale de lutte contre les Maladies Non Transmissibles

Décembre 2008

TABLE DES MATIERES

Sigles et abréviations …….. 3
Remerciements ……. 5
Préface …….. 6
I- Introduction …….. 8
II- Analyse de la situation nationale……... 9
III- Fondement de la Politique de lutte contre les MNT …….. 20
IV- Principes directeurs…… 22
V- Vision, But et objectifs…….. 24
VI- Stratégies ……. 27
VII- Ressources humaines et principaux acteurs …….. 32
VIII- Mécanismes de contrôle, suivi et évaluation …….. 32
IX- Recherche et Surveillance ……. 32
X- Cadre Institutionnel ……. 33
XI- Financement de la lutte contre les MNT ……. 35
XII- Mise en œuvre de la politique …… 35
XIII- Conclusion ……. 36
Référence …….. 37
Annexe …… 38

SIGLES ET ABREVIATIONS

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CNEEP Comité National d'Evaluation de l'Exécution des projets et Programmes

CNHU : Centre National Hospitalier et Universitaire

COGEC : Comité de Gestion

CS : Centre de Santé

CS/ZS : Comité de Santé de la Zone sanitaire

CSA : Centre de Santé d'Arrondissement

CSC : Centre de Santé de la Commune

DDS : Direction Départementale de la Santé

DH : Direction des Hôpitaux

DHAB : Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base

DIEM : Direction des Infrastructures de l'Equipement et de la Maintenance

DIVI : Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne

DNPS : Direction Nationale de la Protection Sanitaire

DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective

DRFM : Direction des Ressources Financières et du Matériel

DRH : Direction des Ressources Humaines

DRS : Direction de la Recherche en Santé

EEZS : Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire

EMICoV : Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages

ENAAH : Ecole Nationale des Agents d'Assainissement et d'Hygiène

ENAFISAR : Ecole Nationale de Formation des Infirmiers (ères) et Sages-femmes en Anesthésie - Réanimation

ENIIAB : Ecole National des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin

FSS/UAC : Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey Calavi

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

INMES : Institut National Médico-social

IRSP : Institut Régional de Santé Publique

MNT : Maladie Non Transmissible

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

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

SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaires

TA : Tension Artérielle

UNIPAR : Université de Parakou

REMERCIEMENTS

Ce document de politique a été produit grâce à la décision du Ministre de la Santé de doter le secteur d'un cadre normatif pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Nous tenons à exprimer toute notre gratitude à l'endroit du Ministre de la Santé et du Directeur National de la Protection Sanitaire.

Nous tenons à témoigner plus particulièrement notre reconnaissance à l'endroit de Monsieur Akpa Raphaël Gbary, Représentant Résident de l'OMS au Bénin, qui a soutenu le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles et fait en sorte que le document de politique se réalise grâce à l'appui financier et technique de l'institution qu'il dirige.

Enfin, nos remerciements vont à tous les responsables sanitaires et à tous les ménages qui ont consacré une partie de leur temps pour répondre aux questions de la mission d'estimation des besoins et de l'enquête nationale de dépistage des facteurs de risque des maladies non transmissibles.

PREFACE

Aujourd'hui, les maladies non transmissibles sont une menace mondiale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le nombre total de décès en 2005 avoisinait les 58 millions, dont 35 millions étaient dus à des maladies non transmissibles. Ces dernières sont aussi à l'origine d'incapacités qui durent plusieurs dizaines d'années.

Les résultats issus de l'enquête nationale de dépistage des facteurs de risque des maladies non transmissibles réalisée en 2008, révèlent à la face de la nation et du monde la situation préoccupante des maladies non transmissibles au Bénin.

Ainsi, deux millions de personnes avec une tension artérielle élevée circulent incognito dans le pays.

Pour relever ce défi, une approche multisectorielle des actions est nécessaire pour une lutte efficace contre les maladies non transmissibles.

Aussi, devons nous promouvoir des communautés en bonne santé en mettant à leur disposition des écoles, des lieux de travail et des espaces où des produits et mesures favorables à la santé sont disponibles et accessibles.

Le présent document de politique nationale de lutte contre les maladies non transmissibles vient préciser le cadre dans lequel les initiatives de lutte doivent se mener pour contribuer à la réalisation de l'objectif mondial d'une réduction de 2% de la mortalité due aux maladies non transmissibles dans les dix prochaines années.

Je suis convaincu qu'en lançant sur la base de cette politique une offensive nationale contre cette menace, dans un effort commun de toutes les classes sociales et de tous les secteurs, nous pourrons assurer à nos enfants un avenir plus radieux.

Professeur Issifou Takpara

Ministre de la Santé

I-INTRODUCTION

La santé est importante pour les individus et la société. La protection contre les maladies et les infections compte parmi les attentes des citoyens. Tous ont l'ambition d'élever leurs enfants dans un environnement sain et entendent que les règles de sécurité et d'hygiène soient respectées sur leur lieu de travail. Ils doivent pouvoir accéder à des services de santé fiables et de qualité. Ces aspirations légitimes sont remises en cause par l'épidémie des maladies non transmissibles dans les pays à revenu faible comme le Bénin.

En effet, selon l'OMS, chaque année dans le monde, des personnes meurent par suite d'une surcharge pondérale ou d'une obésité (2,6 millions), d'une hypertension artérielle (7,1 millions), d'une hypercholestérolémie (4,4 millions) et par suite du tabagisme (4,9 millions).

C'est pour faire face à cette menace grandissante que le Bénin, à travers le Ministère de la Santé, s'est doté du présent document de politique nationale de lutte contre les maladies non transmissibles.

La présente politique a analysé les dysfonctionnements du système de santé et a tenu compte des valeurs de la promotion de la santé pour proposer les objectifs et les mesures à prendre pour une lutte conséquente contre les MNT.

Cette politique détermine les principes et stratégies et permet la mise en place des systèmes et structures nécessaires pour une lutte efficace contre les MNT.

II. Analyse de la situation nationale

2.1. Contexte général

2.1.1 Caractéristiques physiques

Situé en Afrique de l'Ouest, le Bénin couvre une superficie de 114 763 kilomètres carrés. Il est limité au Nord par le Burkina-Faso et le Niger, à l'Est par le Nigéria, à l'Ouest par le Togo et au Sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 120 kilomètres. Le relief au Bénin ne présente pas de grandes dénivellations. L'altitude moyenne est de 200 mètres. Seule la chaîne de l'Atacora, de dimensions modestes dans le nord-ouest du pays est accidentée, avec une altitude qui varie entre 400 et 700 mètres.

Deux grands bassins irriguent le Bénin. Il s'agit du bassin du Niger et du bassin côtier. Le bassin du Niger est arrosé par trois fleuves : le Mékrou, la Sota et l'Alibori. Quant au bassin côtier, il est beaucoup plus arrosé, notamment par les fleuves Ouémé (510 km), Couffo (190 km) et Mono (500 km). Tous les fleuves du bassin côtier se jettent dans la mer.

De par sa situation dans la zone intertropicale, le Bénin présente un climat chaud et humide ; les températures sont constamment élevées avec une moyenne de 25℃ pour l'ensemble du pays. La variabilité des températures est plus importante dans le Nord que dans les régions côtières. Le couvert végétal est moins varié. On distingue deux types de végétation :

- Au sud, on rencontre une mosaïque de cultures et de jachères avec par endroits des îlots de forêts, des savanes arborées arbustives.
- Au nord, on rencontre une savane arborée dominée par le néré, le karité, le baobab, le kapokier, etc. Cette savane est coupée de réserves et de forêts classées. Sur les bordures soudano-sahéliennes, on rencontre une savane arborée arbustive avec des épineux et des rôniers.

2.1.2 Caractéristiques démographiques et économiques

La population du Bénin est de 6 967 914 habitants selon le troisième recensement général de la population et de l'habitation (RGHP3) de février 2002.

Environ une cinquantaine d'ethnies se trouvent réparties sur des aires géographiques bien déterminées. Les groupes les plus importants sont les Fon (39,2%), les Adja (15,2%), les Yoruba (12,3%) et les Bariba (9,2%).

L'économie béninoise est dominée par des activités de services qui contribuent pour 54,5% au produit intérieur brut.

L'agriculture occupe 47,1% de la population active, mais elle est caractérisée par une faible productivité et la persistance de techniques et méthodes culturales rudimentaires.

2.1.3 Caractéristiques des ménages

La taille moyenne des ménages est de 5 personnes au Bénin et un quart des ménages est dirigé par une femme (23%). 58% des personnes de sexe féminin n'ont aucun niveau d'instruction. Cette proportion est de 37% chez les hommes. Il est à noter que 39% des femmes n'utilisent aucun media (journal, radio ou télévision) contre 13% chez les hommes.

Dans le cadre des conditions de vie, 44% des ménages disposent de l'eau courante alors que près des deux tiers (2/3) ne disposent d'aucun type de toilettes. Il en est de même pour l'électricité où dans trois quarts (3/4) des cas, les ménages n'en disposent pas. C'est le bois à brûler qui est le combustible utilisé pour cuisiner dans la majorité des ménages (72%).

2.1.4 Caractéristiques sociales

Selon les résultats de l'enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages (EMICoV 2006), environ deux Béninois sur cinq vivent en dessous du minimum vital. L'absence de normes et de directives d'organisation et de protection largement partagées dans la population rend vulnérable cette dernière face à la situation de pauvreté et aux problèmes sociaux comme le chômage, la monoparentalité ou la maladie.

Du fait d'un analphabétisme massif et d'une absence d'espaces pour les échanges, les populations se contentent de palliatifs et sont réticentes à toutes initiatives qui remettent en cause les habitudes et comportements à risque.

2.1.5 Caractéristiques organisationnelles

Les villes et les communes du Bénin ne sont pas organisées de manière à réagir efficacement face aux difficultés rencontrées par la population. Aussi, observe-t-on des citoyens et des structures concernés sans réaction face à des épidémies, des dépotoirs sauvages, des accidents graves et les chaussées dégradées.

Il n'existe pas, au niveau local, des schémas d'aménagement du territoire partagés par les autorités et les populations avec un consensus sur les comportements, les actions et les organisations pouvant contribuer à la protection de l'environnement et à la création d'un cadre de vie sain.

Le marché béninois est envahi par des produits de consommation à risque. L'Etat, les villes et les communes n'exercent pas de contrôle réel sur la circulation desdits produits.

Le transport urbain est aujourd'hui l'initiative des opérateurs privés sans appui ni concertation.

Au niveau local, il n'existe aucun service pour conseiller et superviser les autorisations à donner concernant la forme et le type d'habitat, l'implantation des activités économiques et la réalisation des services sociaux de base.

C'est dans ce contexte général qu'évolue le système qui est chargé de la santé des populations.

2.2 Contexte sanitaire

2.2.1 Organisation du système national de santé

Le Bénin au plan sanitaire est caractérisé par la coexistence de trois systèmes thérapeutiques : la médecine allopathique, la médecine phytothérapique et la médecine psychosomatique. Si les deux premiers remontent à la période précoloniale, la médecine psychosomatique est arrivée avec la colonisation et s'est imposée grâce au financement de la coopération internationale.

Le système national de santé comprend les niveaux central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central est le premier responsable de la conception et de la mise en œuvre des actions découlant des politiques définies par le gouvernement en matière de la santé. Il est constitué par le cabinet, le secrétariat général, les directions centrales et les directions techniques.

Le niveau intermédiaire regroupe les directions départementales de la santé qui sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé et d'assurer la surveillance épidémiologique.

Le niveau périphérique est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (unités villageoises de santé), maternités et dispensaires isolés, centres de santé d'arrondissement et de commune) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de zone de première référence et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100 000 et 200 000 habitants.

Les organes de gestion des zones sanitaires sont le comité de santé (CSZS) et l'équipe d'encadrement de zone sanitaire (EEZS). Le comité de santé, une émanation des différents intervenants dans le système (élus locaux, chargés de l'administration et des ressources, agents de santé, ONG et associations,

responsables des statistiques etc.), est l'organe de représentation et de décision de la politique locale de santé.

L'activité de suivi est réalisée au niveau intermédiaire par un comité départemental et au niveau national par le Comité National d'Evaluation de l'Exécution des Projets et Programmes (CNEEP). La composition de ces deux comités respecte le principe de la Multisectorialité.

2.2.2 Infrastructures sanitaires

La couverture en infrastructures sanitaires publiques varie de 71% dans le zou à 98% dans le Borgou.

Aujourd'hui, on décompte 1409 formations sanitaires privées dont le taux de répartition est de 4% dans l'Atacora, 9% dans le Borgou, 11% dans le Mono, 19% dans le Zou, 20% dans l'Ouémé et 37% dans l'Atlantique.

Mais ces infrastructures sanitaires n'intègrent pas tous les services indispensables à la lutte contre les maladies non transmissibles.

2.2.3 Ressources humaines

En 2006, 112 médecins et 590 agents paramédicaux toutes catégories confondues exercent au niveau du centre national de référence, le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga (CNHU-HKM). Au niveau intermédiaire, 480 médecins, 922 infirmiers et sages-femmes et 87 techniciens de laboratoire et de radiologie du secteur public font fonctionner les formations sanitaires publiques.

Insuffisant, mal payé, et évoluant dans un secteur sans mécanisme d'incitation à la performance, le personnel de santé n'est pas capable de répondre aux exigences de la lutte contre les maladies non transmissibles.

2.2.4 Ressources financières

Le financement conséquent de la lutte contre les maladies non transmissibles est hypothéqué par :

- une faible allocation du budget national au secteur santé (8,9% en 2008) ;
- une redistribution inadéquate des ressources financières dans le système de santé ;
- une mauvaise utilisation des ressources financières dans le système de santé ;
- la modalité de paiement direct des frais de prestation par les ménages.

2.2.5 Sous-secteur pharmaceutique

Le sous-secteur pharmaceutique est composé par :

1. Un secteur privé représenté par les sociétés de grossistes répartiteurs, les officines de pharmacie, les dépôts pharmaceutiques, les unités de production locale de médicaments ;
2. Un secteur public d'approvisionnement et de distribution représenté par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME), les structures sanitaires publiques et privées à but non lucratif et la médecine traditionnelle. du secteur privé formel, du secteur privé informel et la pharmacopée.

La non disponibilité et l'inaccessibilité financière caractérisent les médicaments et consommables qui entrent dans la prise en charge des cas de maladies non transmissibles.

2.2.6 Recherche et Surveillance

L'absence d'un engagement politique et d'une culture appropriée ne permettent pas à la recherche d'être un outil de lutte contre les maladies non transmissibles.

En dehors de l'hypertension artérielle (HTA), le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) ne prend pas en compte les

facteurs de risque des MNT. Par ailleurs, Il n'y a pas un système national de dépistage systématique et de diagnostic précoce des MNT et de leurs facteurs de risque. Il n'existe aucune structure spécifique de surveillance des MNT.

2.2.7 Les Maladies non transmissibles (MNT)

Au Bénin, en l'absence d'un système de surveillance adaptée, la situation se présente comme suit :

- **Les Cancers**

Les cancers les plus fréquents ces cinq dernières années dans le centre national de référence sont :

- le cancer du sein (32,5%), le cancer du col de l'utérus (16,8%) et les hémopathies (6,8%) chez la femme ;
- le cancer de la prostate (18,2%), les hémopathies (15,4%) et le cancer primitif du foie (13,9%) chez l'homme ;
- les hémopathies (38,0%), le néphroblastome (21,1%) et le rétinoblastome (16,9%) chez l'enfant.

Plus de la moitié des patientes, admises pour cancer du sein au service de Médecine Interne, décèdent en cours de traitement, tandis qu'environ 20% sont perdues de vue.

- **Les Affections Buccodentaires**

Les affections buccodentaires constituent un véritable problème de santé publique. En 1994, la prévalence des caries sur dents permanentes était de 46% et celle des parodontopathies était de 74,2% suite aux résultats d'une enquête nationale.

La tournée foraine réalisée en 2008 montre que la proportion de caries, parmi les cas d'affections buccodentaires traitées, varie de 40% dans l'Atacora à 74% dans le Mono et celle des parodontopathies varie de 28% dans le Mono à 55% dans l'Atacora.

- **Les Affections Neurologiques**

Les accidents cérébrovasculaires constituent aujourd'hui la première cause d'hospitalisation en neurologie avec 47% des cas et une cause majeure d'handicap chronique.

La prévalence de l'épilepsie est en moyenne de 32,5 $^{0}/_{00}$; le Bénin fait partie des zone de fortes prévalence. L'incidence est 153 pour 100 000 habitants par an dans la commune de Djidja où d'après des études faites sur le vécu social, 40% des épileptiques adultes se sentaient moyennement voire fortement stigmatisés. 1 malade sur 4 présentait des syndromes anxieux et 53% des syndromes dépressifs.

- **Les Traumatismes**

En 2005, 149 946 cas de lésions traumatiques ont été notifiés. Les cas enregistrés ont engendré 388 décès, soit une létalité de $2^{0}/_{00}$.

En 2007, il a été recensé 3696 cas d'accident de la voie publique au Bénin dont 55% sont survenus dans la seule ville de Cotonou.

- **Les Affections Mentales**

A partir des consultations et des constats quotidiens, la situation de la santé mentale se présente comme suit :

- La tentative de suicide représente 3,26% des urgences médicales au CNHU-HKM. Les sujets de 15 à 40 ans sont les plus touchés avec une prédominance féminine. 76,7% des suicidants reçus en urgence ne bénéficient pas d'une évaluation psychosociale de leur geste ;
- La fréquence de la dépression de l'enfant est de 8,82% ;
- La fréquence des démences séniles en milieu hospitalier est de 0,66% avec une prédominance féminine. Les démences séniles se retrouvent chez 29,89% des personnes âgées de 60ans et plus, reçues en consultation ;
- La morbidité psychiatrique se manifeste sous les formes les plus diverses : souffrances physiques, divorce, violences, délits, suicide, absentéisme au travail, échec scolaire, fatigue inexpliquée, etc.

- **La Cécité et les déficiences visuelles**

Selon l'enquête nationale réalisée en 1990, la prévalence de la cécité est de 0,63% et la prévalence des déficiences visuelles est de 2,5%. La cataracte (54%) et le glaucome (15%) sont les principales causes de cécité.

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.

2.2.8 Les facteurs de risque des MNT

Outre les déterminants sociaux (la pauvreté, le chômage, la mauvaise gouvernance, les conflits intrafamiliaux et interpersonnels, l'environnement physique et psychosocial malsain), les facteurs de risque à l'origine des principales maladies non transmissibles sont :

- Des facteurs de risque non modifiables (âge, sexe, race, antécédents familiaux)
- Des facteurs de risque modifiables (mauvaise alimentation, sédentarité, tabagisme, consommation excessive d'alcool)
- Des facteurs de risque physiologiques (obésité, HTA, diabète, hypercholestérolémie).

Une enquête de dépistage de des facteurs de risque des maladies non transmissibles réalisée au Bénin en 2008 a donné les résultats suivants :

Tableau I : Prévalences des facteurs de risque modifiables des Maladies Non Transmissibles au Bénin en 2008

Facteurs de risque des MNT	Prévalences au Bénin		
	Hommes	Femmes	Total
Consommation nocive d'alcool	4,6%	1,2%	2,9%
Consommation de tabac	27,2%	6,7%	16,0%
Consommation insuffisante de fruits et légumes	75,9%	80,2%	78,0%
Aucune activité physique dans le cadre des loisirs	76,2%	86,4%	81,2%

Tableau II : Prévalences des facteurs de risque physiologiques des Maladies Non Transmissibles au Bénin en 2008

Facteurs de risque des MNT	Prévalences au Bénin		
	Hommes	Femmes	Total
Hypertension artérielle	27,2%	26,3%	27,5%
Hyperglycémie de type diabétique	3,3%	2,0%	2,6%
Hypercholestérolémie (CT ≥ 250 mg/dl)	1,6%	1,9%	1,8%
Obésité	4,3%	14,0%	9,4%

- Il est à noter que plus de 70% des personnes présentant une hypertension artérielle ou une hyperglycémie de type diabétique ne se connaissaient pas hypertendus ou diabétiques.

2.2.9 Analyse de la performance du secteur

Il a été identifié dans le Plan National de Développement Sanitaire **(PNDS)** les problèmes et les préoccupations suivants dans le secteur :

- Problèmes du secteur

Vingt six (26) problèmes ont été recensés. Le regroupement opéré à partir des priorités établies par les acteurs à différents niveaux de la pyramide sanitaire fait ressortir les **sept problèmes prioritaires** suivants :

1. Faible accessibilité des populations aux services sociaux de base (éducation, santé, eau, etc.…)
2. Mauvaise planification d'acquisition, de construction et de maintenance des infrastructures et des équipements
3. Précarité du mécanisme de financement des dépenses de santé
4. Morbidité et Mortalité élevées
5. Insuffisance de la collaboration inter et intra sectorielle
6. Non respect des pratiques de bonne gouvernance
7. Mauvaise gestion des Ressources Humaines

Au terme de cette analyse de la situation, il ressort les faits ci-après :

1. **L'épidémie des Maladies Non Transmissibles est une réalité ;**
2. **L'état du pays et l'organisation de la société béninoise favorisent l'émergence des Maladies Non transmissibles ;**
3. **Le système de santé actuel n'est pas adapté pour faire face à l'épidémie des Maladies Non Transmissibles;**
4. **Le personnel qualifié est insuffisant;**
5. **Les matériels médicotechniques adaptés pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles sont inexistants**
6. **La sécurité sociale couvre moins de 10% de la population.**

Or, des dispositions nationales, régionales et internationales existent pour mener une lutte conséquente contre les MNT.

III. Fondements de la politique de lutte contre les MNT

La présente politique se fonde sur des dispositions nationales et internationales à savoir la constitution du Bénin, les politiques et plans sectoriels du Ministère de la Santé, les Etats généraux de la santé au Bénin, les résolutions de l'OMS sur les stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles et les déclarations de Libreville, d'Alger et de Ouagadougou sur l'amélioration de la santé en Afrique.

En effet, la constitution du 11 décembre 1990 en ces articles 8 et 15 reconnaît que la personne humaine est sacrée et inviolable. Elle a droit au respect, à la protection et à la santé.

Elle stipule que tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne.

Le Ministère de la Santé a, dans le souci d'accomplir la mission qui est la sienne, a élaboré et mis en œuvre les politiques et plans sectoriels ci-après :

1. La politique de lutte contre les affections buccodentaires
2. La Politique Nationale de Santé Mentale
3. La Politique et Stratégies de Développement des Mutuelles de Santé
4. La Politique et Stratégies Nationales de la Recherche en Santé
5. Le Plan National Vision 2020
6. Le Programme National de Lutte contre le Cancer
7. Le Plan National Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé
8. L'Initiative Béninoise de l'Ecole Promotrice de la santé
9. Le Plan Stratégique Quinquennal de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles du Bénin (2009-2013)
10. Le Plan National de Développement Sanitaire

Le grand rassemblement du secteur santé (Les Etats généraux de la santé) qui s'est déroulé en décembre 2007, a constaté la faible performance du système de santé et a fait des recommandations d'amélioration dont la création du Haut Conseil de la Santé, d'une agence d'évaluation en santé et la généralisation de la sécurité sociale.

Depuis plusieurs années, l'Organisation Mondiale de la Santé se préoccupe de la lutte contre les MNT.

Ainsi avec les Etats membres, elle a élaboré les stratégies ci-après :

1. Une stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles
2. Une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé
3. Une stratégie pour la promotion de la santé et les modes de vie sains
4. Une stratégie pour la prévention et la lutte anticancéreuses
5. Une stratégie régionale de la santé mentale

Récemment, à travers les déclarations de Ouagadougou, d'Alger et de Libreville, l'Afrique a affirmé sa volonté d'améliorer l'état de santé de sa population par :

1. La prise en compte des déterminants de la santé
2. L'augmentation des ressources allouées au secteur de la santé
3. le renforcement de capacités des communautés à adopter des modes de vie plus sains
4. le renforcement du système de santé (surveillance, recherche, gouvernance, organisation)

Ces dispositions nationales et engagements internationaux constituent des pistes solides pour établir les bases d'une politique de lutte contre les maladies non transmissibles. Cette politique se repose sur les quatre principes directeurs suivants :

- Une Action de santé publique globale et intégrée ;
- Une action intersectorielle ;
- Une approche prenant en compte toute la durée de la vie ;

- Une mise en œuvre progressive en fonction des paramètres et des besoins locaux

IV. Principes directeurs

La présente politique relative à la lutte contre les maladies non transmissibles se donne les principes directeurs ci-après :

4.1 Une Action de santé publique globale et intégrée

Pour éviter au maximum les chevauchements et la dispersion dans le système de santé, cette politique met l'accent sur les facteurs de risque communs, englobe des stratégies de promotion, de prévention et de lutte, privilégie la prise en charge de la population globale, établit des liens concrets avec d'autres programmes nationaux et avec des associations locales et s'applique dans toutes sortes de contextes, c'est-à-dire aussi bien dans des centres de santé et des établissements scolaires que sur les lieux de travail et au sein de la communauté.

4.2 Une action intersectorielle

Une action intersectorielle est nécessaire du fait que les déterminants sous-jacents de la charge de morbidité liée aux maladies non transmissibles sont extérieurs au secteur de la santé. Ce sont, entre autres, la pauvreté, le manque d'éducation, l'insalubrité, la mauvaise alimentation et la sédentarité. Le secteur de la santé doit amener les autres secteurs à modifier leurs priorités en créant une situation avantageuse pour tous.

4.3 Une approche prenant en compte toute la durée de la vie

Les facteurs de risque s'accumulent depuis la vie fœtale jusqu'à l'âge adulte d'où des stratégies de prévention qui prendront en compte l'enfance, l'adolescence et le vieillissement.

4.4 Une mise en œuvre progressive en fonction des paramètres et des besoins locaux

La lutte globale et intégrée contre les MNT nécessite des ressources adéquates. Il convient d'entreprendre en premier lieu les activités prioritaires et réalisables dans le contexte existant en suivant une approche par étapes.

V. Vision, But et Objectifs

5.1 Vision du Ministère de la Santé

Suite aux travaux des Etats Généraux de la Santé de novembre 2007, la nouvelle vision du secteur est :

« le Bénin dispose en 2025 d'un système performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives pour l'offre et la disponibilité permanente des 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 »

5.2 But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, et en particulier des plus défavorisés.

5.3 Objectifs généraux

- réduire le niveau d'exposition des individus et des populations aux facteurs de risque communs des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux;
- répondre aux besoins et aux attentes des personnes qui vivent avec des maladies non transmissibles ;
- assurer une protection financière contre les frais occasionnés par la maladie.

5.4 Objectifs spécifiques

5.4.1 Créer un système d'information sur la lutte contre les maladies non transmissibles

- Evaluer et suivre la mortalité due aux maladies non transmissibles ainsi que le niveau d'exposition aux facteurs de risque et à leurs déterminants dans la population ;

- Concevoir un mécanisme d'information sur la surveillance pour contribuer à l'élaboration des politiques, à l'action de plaidoyer et à l'évaluation des soins de santé.

5.4.2 Mettre en place un programme de promotion de la santé tout au long de la vie.

- Instituer une coalition nationale avec tous les acteurs ;
- Définir des stratégies, fixer des cibles réalistes et organiser des programmes pilotes (démonstration) de prévention fondés sur une approche intégrée des facteurs de risque susceptible d'être appliquée à l'ensemble du pays ;
- Renforcer aux niveaux national et communautaire les capacités d'élaboration, d'exécution et d'évaluation de programmes de prévention intégrés ;
- Promouvoir la recherche sur les questions de prévention et de prise en charge.

5.4.3 Promouvoir des mesures pour résoudre les problèmes liés aux facteurs de risque modifiables des MNT et aux déterminants sociaux.

- Evaluer l'impact du développement socio-économique sur la charge que font peser les principales maladies non transmissibles afin de procéder à une analyse pluridisciplinaire exhaustive ;
- Trouver des mécanismes et processus novateurs pour aider à coordonner l'action gouvernementale en faveur de la santé ;
- Donner la priorité aux activités qui inscriront la prévention au cœur de l'action publique et de mobiliser un appui en faveur des mesures nécessaires dans la société.

5.4.4 Orienter les réformes du secteur de la santé dans le sens de la lutte contre les MNT.

- Mettre au point des enveloppes de soins rentables et établir, à partir de bases factuelles, des lignes directrices pour la prise en charge des principales maladies non transmissibles ;
- Revoir radicalement le rôle des gestionnaires des soins qui seront responsables de la bonne gestion des ressources en vue de promouvoir et de protéger la santé d'un groupe de population déterminé.

Pour atteindre ces objectifs, la présente politique se propose d'adopter les stratégies suivantes :

1. **Renforcement du budget de la santé axé sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles**
2. **Adaptation de la législation et de la réglementation**
3. **Mise en place de mesures fiscales et tarifaires**
4. **Amélioration de l'environnement construit**
5. **Sensibilisation**
6. **Les interventions de type communautaire**
7. **Les interventions dans les écoles**
8. **Les interventions sur le lieu de travail**
9. **Le dépistage**
10. **La prévention**
11. **La prise en charge de la maladie**
12. **La réadaptation et les soins palliatifs**

VI. Stratégies

6.1 Renforcement du budget de la santé axé sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

Le budget de la santé pour la lutte contre les maladies non transmissibles était essentiellement alloué aux hôpitaux et pour la formation du personnel de santé. La restructuration des programmes de santé en 2007 a permis la visibilité d'un poste budgétaire pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Il est nécessaire d'augmenter sensiblement ledit budget pour mettre en œuvre de façon globale et cohérente les différentes stratégies de lutte.

6.2 Adaptation de la législation et de la réglementation

La production de dispositions législatives et réglementaires est nécessaire pour soutenir :

- Mettre en place un environnement qui facilite l'adoption d'un mode de vie de vie sain ;
- Renforcer les capacités des citoyens et des communautés à adopter des comportements protecteurs des facteurs risque des MNT.

6.3 Mise en place de mesures fiscales et tarifaires

La fiscalité est l'un des instruments dont dispose un gouvernement pour mener une lutte efficace contre les maladies non transmissibles.

En effet, les prix influencent les choix de la population en matière d'alimentation et de consommation.

Par ailleurs, les taxes sur les aliments, les boissons et les loisirs permettent aussi de générer des recettes qui peuvent être affectées à des initiatives visant la prévention des facteurs de risque.

6.4 Amélioration de l’environnement construit

L’aménagement du territoire et l’urbanisation doivent prendre en compte les préoccupations du secteur santé pour la lutte contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles.

Il faudra prévoir dans les plans de lotissement des parcs, des aires de jeu et des salles d’entraînement. La population sera incitée à adopter des habitats protecteurs des facteurs de risque par la diffusion et le respect des normes d’implantation et de construction et la subvention des ouvrages par l’Etat.

6.5 **Sensibilisation**

La sensibilisation est une stratégie transversale. Elle implique tous les acteurs. Elle doit être permanente et doit tenir compte des cibles et des contextes. Elle doit bénéficier d’une approche structurée et être réalisée par des personnes qualifiées.

Il est capital de ne pas faire l’impasse sur les causes de la faible diffusion des comportements protecteurs telles que la faible utilisation de l’écriture dans la vie quotidienne et l’inaccessibilité à des informations novatrices par la majorité de la population.

6.6 Les interventions de type communautaire

La présente politique doit encourager l’accès de la grande majorité de la population à des informations pertinentes, des comportements protecteurs et des soins de qualité.

Les initiatives de lutte, issues des communautés et soutenues par les autorités locales et la société civile, doivent mettre l’accent sur la réduction des facteurs de risque.

Un personnel qualifié doit accompagner ces initiatives. Aussi, est – il nécessaire d’adopter l’approche des professionnels de la santé de proximité.

Il sera institué les « médecins de famille » en ville et les « unités mobiles de lutte contre les maladies non transmissibles » en milieu rural

6.7 Les interventions dans les écoles

L'école constitue un lieu privilégié de la prévention des maladies non transmissibles. Les établissements scolaires et universitaires du territoire national seront amenés progressivement à mettre en place des programmes de santé sur la prévention des facteurs de risque associés aux principales causes de décès, de maladies et d'incapacité, à savoir, la consommation de tabac, de drogues et d'alcool, les habitudes alimentaires, le comportement sexuel et le manque d'activité physique.

Ces programmes de santé scolaire seront initiés et mis en œuvre par les autorités locales et les administrations des établissements scolaires et universitaires en partenariat avec la société civile, les institutions internationales et les coopérations bilatérales.

6.8 Les interventions sur le lieu de travail

L'augmentation de l'espérance de vie passe par la construction d'un environnement de travail soucieux de la santé. Les établissements de travail seront amenés progressivement à adopter un programme standard de santé qui cherche à limiter les facteurs de risque comportementaux et psychosociaux, à promouvoir des comportements favorables à la santé, à dépister précocement les maladies et à gérer les maladies non transmissibles.

Ces programmes seront initiés et mis en œuvre par les autorités locales et les administrations des établissements de travail en partenariat avec la société civile, les institutions internationales et les coopérations bilatérales.

6.9 Le dépistage

Dans la lutte contre les maladies non transmissibles, il y a deux formes de dépistage : le dépistage des facteurs de risque et le dépistage des maladies non transmissibles. Outre le dépistage des facteurs de risque dans les ménages, les écoles et dans les lieux de travail, il sera organisé tous les deux ans des campagnes nationales de dépistage des facteurs de risque et de contrôle des cadres et modes de vie. Tous les secteurs et toutes les composantes de la société sont impliqués dans ladite campagne.

Les zones sanitaires seront amenées à mettre en place progressivement un programme de dépistage des maladies non transmissibles.

6.10 La prévention

La prévalence des facteurs de risque des MNT dans le pays rend nécessaire la mise en place de services de prévention clinique pour réduire le risque d'apparition de la maladie ou de limiter les complications pour les patients atteints.

Plusieurs interventions (comportementales, pharmacologiques, chirurgicales) extrêmement efficaces permettent, si elles sont correctement menées, de diminuer la mortalité et la morbidité et d'améliorer la qualité de vie des personnes à risque ou atteintes d'une maladie non transmissible.

Il faut disposer de ressources suffisantes pour pouvoir traiter toutes les personnes qui en ont besoin. A cet effet, les industries pharmaceutiques locales et la pharmacopée traditionnelle doivent être mises à contribution pour produire les médicaments ou substances adaptés.

6.11 La prise en charge de la maladie

Malgré les efforts fournis depuis près de quatre décennies, le système de soins reste en deçà des attentes de la population. Pour mettre fin à cette injustice sociale face à la mortalité prématurée et aux invalidités liées aux maladies non transmissibles, les mesures ci-après sont nécessaires :

- Former en quantité et en qualité les professionnels contribuant à la santé pour faire face efficacement à l'épidémie des maladies non transmissibles ;

- Utiliser au niveau du système de santé des instruments d'aide à la décision standards reposant sur des données probantes ;
- Mettre en place des systèmes d'information clinique (registre des maladies non transmissibles et registre des patients) pour assurer la continuité des soins ;
- Mettre en place des équipes de soignants pluridisciplinaires ;
- Soutenir l'auto-prise en charge par le patient.

6.12 La réadaptation et les soins palliatifs

La réadaptation et les soins palliatifs constituent deux interventions très peu utilisées dans les pays à revenu faible, car elles exigent une disponibilité totale de l'équipe soignante et nécessitent des ressources.

La réadaptation vise à permettre aux gens de continuer à mener une vie normale en société ou à réduire la mortalité.

Les soins palliatifs mettent l'accent sur la prise en charge des maladies non transmissibles mortelles et le soutien aux patients pour leur permettre d'atteindre la meilleure qualité de vie possible.

Ces services seront fournis par des organisations non gouvernementales qui s'appuieront sur des familles qui auront bénéficié d'une formation.

VII. Ressources humaines et principaux acteurs

Une lutte efficace contre les maladies non transmissibles exige un personnel multidisciplinaire de qualité qui couvre équitablement tout le territoire national.

A cet effet, il faudra renforcer la capacité des institutions de formation et de surveillance de la qualité des soins.

La qualité des soins au niveau du système de santé doit être garantie par :

- la formation continue obligatoire pour tout personnel de santé ;
- la mise en place d'un système d'assurance qualité ;
- la mise en place d'un mécanisme d'accréditation et d'évaluation des établissements de santé et des structures de gestion.

VIII. Mécanismes de contrôle, suivi et évaluation

Le respect des principes, l'atteinte des objectifs, la mise en œuvre adéquate des stratégies et la qualité des résultats et leur impact sont les éléments à vérifier aussi bien au cours du contrôle/suivi que de l'évaluation de la politique de lutte contre les maladies non transmissibles.

Le contrôle, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de lutte contre les maladies non transmissibles se feront par les structures actuelles en attendant la mise en place de l'Institut National des Maladies Non Transmissibles et les comités de lutte.

IX. Recherche et Surveillance

Il existe un grand potentiel en Afrique et au Bénin dans le domaine de la recherche sur les maladies non transmissibles. Des ressources humaines qualifiées et des structures de recherche pourvues d'un budget conséquent sont indispensables pour traduire en réalité cette potentialité.

La présente politique adopte deux axes de recherche sur les maladies non transmissibles :

1 Epidémiologie, sciences humaines et sociales et éthique médicale ;

2 Innovations diagnostiques et thérapeutiques et essais cliniques.

Les deux axes seront animés par l'Institut National des Maladies Non Transmissibles et les Unités de Recherche Clinique.

Le réseau de surveillance à mettre en place comprend aussi bien les hôpitaux et les centres de santé que les laboratoires, les structures de recherche de l'Université et les sociétés d'assurance maladie pour la production des données.

La mise en place de « registres des maladies non transmissibles », des « cellules de recherche et surveillance » et la création des observatoires de l'état de santé de la famille et des communautés complèteront le système de surveillance.

X. Cadre institutionnel

La réorientation du système de santé exige un réajustement institutionnel pour soutenir l'application des principes et la mise en œuvre des stratégies.

- **Au niveau national**

1. La création d'un Haut Conseil de la Santé est indiquée pour garantir le respect des principes et la promotion de politiques publiques favorables à la santé ;
2. La création d'un Institut National des Maladies Non Transmissibles est nécessaire pour améliorer le dispositif de santé publique et de recherche ;
3. La création d'une Ligue Nationale contre les Maladies Non Transmissibles pour agir dans le domaine de l'information, de la prévention, de la recherche et d'actions en faveur des malades ;
4. La création d'un Observatoire National de l'état de santé de la famille et des communautés pour suivre l'évolution des déterminants sociaux, des comportements et facteurs de risque ;
5. La création d'Unités de Recherche Clinique dans les centres hospitaliers ;
6. La mise en place des Registres des Maladies Non Transmissibles.

- **Au niveau intermédiaire**

1. La création de comités départementaux de lutte contre les MNT pour coordonner et suivre les actions du système de santé au niveau départemental ;
2. La création de forums départementaux de lutte contre les MNT qui seront des espaces d'information et de suivi de la mise en œuvre de la politique et des stratégies ;
3. La création d'observatoires départementaux de l'état de santé de la famille et des communautés.

- **<u>Au niveau opérationnel</u>**

1. *La création de comités locaux de lutte contre les maladies qui auront pour missions :*
    a. La coordination et le suivi des actions du système de santé au niveau local;
    b. L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
2. *La mise en place des cellules recherche et surveillance dans les hôpitaux et centres de santé des communes qui auront pour missions :*
    a. La surveillance des maladies non transmissibles ;
    b. La suivi de l'évolution des facteurs de risque. recherche des L'inventaire des pratiques locales de prise en charge des MNT.
3. *La mise en place des observatoires locaux de l'état de santé d la famille et des communautés qui auront missions :*
    a. L'observation de l'état de santé de la population et des déterminants sociaux de la santé.

XI. Financement de la lutte contre les MNT

L'organisation actuelle de notre société livre les citoyens sans défense aux maladies non transmissibles. En effet, le paiement direct n'est pas adapté à la prise en charge des MNT qui requiert plusieurs approches.

C'est une priorité nationale de rendre obligatoire le prépaiement par les populations à travers l'adoption d'une loi sur la question.

La réallocation du budget du Ministère de la Santé pour assurer la prévention, la surveillance et la recherche est la clé de voûte d'une lutte conséquente contre les Maladies Non Transmissibles. Ce budget doit être augmenté à hauteur de 15% du budget national.

Les communes doivent se doter d'une ligne budgétaire propre pour la lutte contre les MNT.

La création d'un fonds national pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles est une priorité.

XII. Mise en œuvre de la politique

La complexité de la lutte contre les maladies non transmissibles et l'effort requis exigent de préciser les étapes de mise en œuvre de la politique. Une approche réaliste implique la mise en œuvre progressive d'une série d'interventions compte tenu de leur faisabilité et de leur incidence probable sur le terrain.

Au niveau de la première étape, il sera envisagé des interventions qu'il est possible de mettre en œuvre avec les ressources existantes, à court terme. Les interventions qu'il est possible de mettre en œuvre avec une augmentation prévue ou une réaffectation des ressources sont éligibles au niveau de la deuxième étape. La troisième rassemble toutes les interventions lourdes qui nécessitent le soutien de la coopération internationale.

Les plans de prévention doivent se fonder sur le niveau de distribution des MNT et leurs facteurs de risque par département alors que les plans de contrôle peuvent avoir un caractère national et spécifique à chaque maladie non transmissible.

XIII. Conclusion

La nécessité d'une politique de lutte contre les maladies non transmissibles n'est plus à démontrer au vu des résultats de l'enquête nationale de dépistage des facteurs de risque. Mais l'élaboration d'une telle politique intervient dans un contexte de dégradation des conditions de vie et de travail des agents de santé.

Une bonne dose de courage et d'ambition est nécessaire pour mettre en œuvre la présente politique, en raison de l'exigence d'efficacité et de qualité que requiert la lutte contre les MNT.

En effet, le respect des principes qui régissent la lutte contre les MNT requiert la transparence, la communication permanente et la recherche constante de consensus entre les acteurs des différents secteurs.

L'adoption d'une loi élaborée à cet effet, des ressources humaines qualifiées disponibles et un financement conséquent sont nécessaires à la réussite de la présente politique de lutte contre les MNT.

REFERENCES

Bado, J-P. (1996). Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, Paris, Karthala.

Benin. (2007). Enquête démographique et de santé du Bénin 2006 (EDSB III), novembre 2007.

Bénin. (2007). Rapport général des Etats généraux sur le secteur de la santé, décembre 2007.

Dujardin, B. (2003). Politiques de santé et attentes des patients, Paris, Karthala, Charles Léopold Mayer.

Edou, R. (2008). Cotonou ville émergente, approche quartiers pour son développement durable, Cotonou, Tunde.

Hountondji, J.P. (1994). Les savoirs endogènes, pistes pour une recherche, Dakar, CODESRIA, Karthala.

Hountondji, J.P. (1997). Combats pour le sens, Cotonou, Les Editions du Flamboyant.

Ministère de la santé, Bénin. (2007). Annuaire des statistiques sanitaires 2006, novembre 2007

Ministère de la santé, Bénin. (2006). Plan National de Développement Sanitaire 2007-2016.

Ministère de la santé et de la protection sociale, France. (2004) LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Montagnier, L. (2008). Les combats de la vie, Paris, JC Lattès.

Organisation Mondiale de la Santé. (2006) Prévention des maladies chroniques, un investissement vital.

Organisation Mondiale de la Santé. (2004) Stratégie Mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Organisation Mondiale de la Santé, Genève. WHA57.17

Organisation Mondiale de la Santé. (2008) Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale. Organisation Mondiale de la Santé, Genève. WHA61.8

Organisation Mondiale de la Santé. (2005) La prévention et la lutte anticancéreuses. Organisation Mondiale de la Santé, Genève. WHA58.22

Organisation Mondiale de la Santé. (2004) La promotion de la santé et les modes de vie sains. Organisation Mondiale de la Santé, Genève. WHA57.16

Servan-Schreiber, D. (2007). Anticancer, prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles, Paris, Robert Laffont.

ANNEXES

A. LES POLITIQUES ET PLANS SECTORIELS DU MINISTERE DE LA SANTE

• La Politique Nationale de Santé Mentale

Validée en 2006, la Politique nationale de Santé Mentale intègre la santé mentale dans le système sanitaire du pays qui est caractérisé par un nombre insuffisant de psychiatres, une absence totale d'infirmiers spécialisés en psychiatrie, une concentration des infrastructures et des spécialistes surtout à Cotonou et des ressources insignifiantes pour faire face aux besoins.

Ainsi, cette politique vise à :

- Réduire l'incidence et la prévalence des troubles mentaux ;
- Dispenser des soins appropriés aux malades mentaux ;
- Optimiser l'utilisation des rares ressources publiques ;
- Aider les familles à fournir les meilleurs soins possibles à leurs malades mentaux ;
- Dynamiser des actions promotionnelles et réadaptatives en matière de santé mentale.

• Le Plan National Vision 2020

Prenant en compte le fait que 80% des cécités sont évitables, un Plan National Vision 2020 a été élaboré pour le Bénin en octobre 2005 avec comme objectif, la réduction de 50% la prévalence des cécités évitables d'ici à l'an 2020.
Dans ce plan, des stratégies de renforcement des ressources humaines, des infrastructures et d'équipements ophtalmologiques ainsi que la lutte systématique contre les principales causes de cécité et déficiences visuelles ont été définies.
Un premier plan d'action a été élaboré pour 2006-2010 et sa mise en œuvre est en cours. Trois affections prioritaires ont été ciblées :

- La cataracte
- Les vices de réfraction
- Le glaucome

• Le Programme National de Lutte contre le Cancer

Partant du constat que la situation de la prise en charge du cancer est caractérisée par une létalité élevée, une faible survie des patients, un environnement socio-écologique favorable au développement des facteurs de risque et un plateau technique précaire, le programme a proposé les stratégies suivantes :

- Le plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires au développement ;
- La recherche en cancérologie ;
- La mise en place d'un cadre institutionnel ;
- La création d'un institut de cancérologie ;
- La création d'un registre des cancers ;
- La mobilisation sociale et la participation communautaire ;
- Le développement des ressources (humaines, matérielles et financières).

• Le Plan National Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé

Ce plan validé en novembre 2008, est un outil important pour la réforme du secteur.

L'objectif général du plan est de contribuer au développement d'un système de santé répondant aux besoins et aux aspirations de la population par la mise à disposition de travailleurs qualifiés en quantité suffisante.

Les objectifs spécifiques sont :

- Promouvoir la planification du personnel de santé en rapport avec les besoins de la population ;
- Produire les différentes catégories de personnel requis par l'utilisation optimale des opportunités à l'intérieur et à l'extérieur du pays ;
- Assurer une distribution rationnelle du personnel de santé à travers le pays ;
- Promouvoir la motivation, la performance et la rétention du personnel de santé.

• L'Initiative Béninoise de l'Ecole Promotrice de la santé

Un projet intersectoriel qui a pour objectif général de promouvoir la santé en milieu scolaire et universitaire.
Des objectifs spécifiques de l'initiative, on retient les points suivants :

- Développer des capacités et habiletés chez les élèves pour maintenir et améliorer leur santé ;
- Créer un environnement psychosocial et physique sécuritaire et sain à l'école ;

- Promouvoir des activités physiques et sportives ;
- S'assurer que les élèves ont accès aux services de santé et aux premiers soins appropriés ;
- Assister et dépister tôt les infirmités infantiles chez les enfants scolarisés ;
- Assurer un déjeuner sécurisé, de qualité nutritive à tous les enfants à l'école.

- **Le Plan Stratégique Quinquennal de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles du Bénin (2009-2013)**

Ce plan est un outil pour restructurer l'espace de la médecine traditionnelle béninoise. Il est difficile d'atteindre les résultats escomptés dans la lutte contre les MNT, si le secteur de la médecine traditionnelle ne gagne pas en normalité et en prévisibilité.

Ainsi**,** le présent plan a pour but d'améliorer la couverture des besoins sanitaires de la population par un usage approprié de la Médecine Traditionnelle et son intégration dans le système national de santé.

L'objectif général du plan est d'assurer la promotion de l'usage approprié de la médecine traditionnelle, en particulier dans le système de prestation des soins de santé primaires au Bénin.

Des objectifs spécifiques d'impact d'ici à 2013 du plan, on retient les points suivants :

- Réglementer les conditions d'exercice de la Médecine Traditionnelle au Bénin ;
- Renforcer les capacités des praticiens de la Médecine Traditionnelle et des agents de santé moderne par une formation adéquate ;
- Renforcer la recherche scientifique en matière de médecine traditionnelle ;
- Créer un système de production et de distribution des médicaments issus de la pharmacopée béninoise.

- **La Politique et Stratégies de Développement des Mutuelles de Santé**

Elaborée en 2003, cette politique a pour objectif général de mettre en place un système de prévoyance sociale pour la santé au Bénin. Il est spécifiquement question d'améliorer l'utilisation des services et la participation communautaire à la prise en charge de la santé dans un contexte mutualiste et de promouvoir des mécanismes de financement de type mutualiste.

Cette politique a prévu l'élaboration d'une loi sur la mutualité et la création d'un fonds de soutien aux mutuelles.

- **La Politique et Stratégies Nationales de la Recherche en Santé**

Elaborée en 2007, cette politique s'articule autour de quatre objectifs :

- Développer la recherche fondamentale et la recherche appliquée en santé ;
- Renforcer les capacités nationales de recherche en santé ;
- Optimiser l'utilisation des résultats de recherche en santé ;
- Développer le partenariat pour la recherche en santé.

- **Le Plan National de Développement Sanitaire**

Le Plan National de Développement Sanitaire a défini des objectifs et des stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles :

Objectif général :

Renforcer la lutte contre les maladies non transmissibles.

Objectifs spécifiques :

- Promouvoir les meilleures pratiques de prévention des maladies non transmissibles, dès 2007 ;
- Poursuivre la mise en ouvre de façon systématique des meilleures pratiques de prévention des maladies non transmissibles, dès 2008 ;
- Renforcer la capacité du système à prendre en charge les maladies non transmissibles ;
- Réduire de 50% la mortalité due aux accidents de la circulation.

Stratégies

- Réalisation d'au moins deux études pour déterminer la morbidité liée à la qualité de l'air et de l'eau ;
- Renforcement de la capacité des établissements de soins à prendre en charge les maladies non transmissibles ;
- Renforcement des programmes de dépistage et de lutte contre les maladies non transmissibles;
- Renforcement des mécanismes de prise en charge des dépenses liées aux maladies non transmissibles ;
- Renforcement des activités de nutrition, d'hygiène de travail et de vie.

B. Les Stratégies Mondiales de lutte contre les maladies non transmissibles

• La lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale

L'OMS propose aux Etats membres un plan mondial avec les six objectifs ci après :

- Accorder un rang de priorité plus élevé aux maladies non transmissibles dans les activités liées au développement aux niveaux mondial et national et intégrer les activités de prévention et de lutte aux politiques de l'ensemble des ministères concernés ;
- Elaborer des politiques et des plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles et les renforcer ;
- Promouvoir des interventions destinées à réduire les principaux facteurs de risque communs modifiables de maladies non transmissibles : tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité et usage nocif de l'alcool ;
- Promouvoir la recherche pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;
- Promouvoir des partenariats pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;
- Suivre les maladies non transmissibles et leurs déterminants et évaluer les progrès accomplis aux niveaux national, régional et mondial.

• La stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé

L'OMS rappelle le rôle crucial des pouvoirs publics pour opérer des changements durables en matière de santé publique, la responsabilité essentielle des ministères de la santé dans la coordination des contributions d'autres ministères et services gouvernementaux.

Il s'agit en particulier des ministères et organismes publics chargés des politiques dans les domaines suivants: alimentation, agriculture, jeunesse, loisirs, sports, éducation, commerce et industrie, finances, transports, médias et communication, affaires sociales, aménagement du territoire et urbanisme.

Elle recommande que les stratégies, politiques et plans d'action nationaux doivent être largement étayés par une législation efficace, des infrastructures adaptées, des programmes de mise en œuvre, un financement adéquat, un suivi, une évaluation et une recherche permanente.

• La promotion de la santé et les modes de vie sains

L'OMS propose aux Etats membres de renforcer les capacités existantes aux niveaux national et local pour la planification et la mise en œuvre de politiques et de programmes de promotion de la santé à la fois complets et multisectoriels et tenant compte des sexospécificités et des contextes culturels, en mettant particulièrement l'accent sur les pauvres et les groupes vulnérables.

Elle recommande de donner une haute priorité à la promotion de modes de vie sains chez les enfants et les jeunes – garçons et filles, à l'école ou dans d'autres établissements d'enseignement et au-dehors – y compris en leur proposant des activités récréatives saines et sans risque et en créant des environnements favorables à l'adoption de tels modes de vie.

• La prévention et la lutte anticancéreuses

L'OMS propose aux Etats membres :

- d'accorder une attention toute particulière aux cancers liés aux facteurs d'exposition évitables, notamment les substances chimiques et la fumée du tabac en milieu professionnel et dans l'environnement, certains agents infectieux et les rayonnements ionisants et solaires.
- de donner aussi la priorité à la recherche sur les stratégies de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge du cancer, y compris, le cas échéant, les thérapies et médicaments traditionnels, notamment pour les soins palliatifs.
- d'envisager une approche des phases de planification, d'application et d'évaluation de la lutte anticancéreuse qui associe tous les principaux acteurs représentant les organisations gouvernementales, non gouvernementales et communautaires, y compris celles qui représentent les malades et leur famille.

• La stratégie régionale de la santé mentale

Le comité régional prie les Etats Membres :

- De prendre en compte les problèmes de santé mentale dans leurs politiques et stratégies nationales de santé, de reconnaître la nécessité d'une approche multisectorielle et d'intégrer la santé mentale dans leurs services de santé généraux, notamment au niveau du district, avec une participation communautaire adéquate ;
- De se doter d'une législation qui soutienne l'action de santé mentale et la lutte contre la toxicomanie ;
- De fournir des moyens financiers pour la mise en œuvre des activités correspondantes et d'envisager au besoin la mise en place de mécanismes de partage des coûts ;
- De veiller à développer une culture de la recherche au sein de leurs programmes nationaux.

C. LES ENGAGEMENTS DES PAYS AFRICAINS

La déclaration sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique

La Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, réunie du 28 au 30 avril 2008 à Ouagadougou (Burkina Faso), réaffirme les principes de la Déclaration d'Alma- Ata de septembre 1978, en particulier pour ce qui est de la santé en tant que droit humain fondamental et de la responsabilité incombant aux gouvernements de veiller à la santé de leurs populations. Après avoir analysé les expériences des pays africains dans la mise en œuvre des Soins de Santé primaires au cours des 30 dernières années, la Conférence exprime la nécessité pour les gouvernements, les partenaires et les communautés d'accélérer les mesures visant à améliorer la santé ; la Conférence, réaffirmant également la pertinence de l'implication, de la participation et de l'autonomisation des communautés dans l'optique du développement sanitaire en vue d'améliorer leur bien-être ; et reconnaissant l'importance des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires au développement, afin de traduire les engagements en actions ; déclare ce qui suit :

I

Les solides interrelations existant entre les déterminants de la santé, tels que le développement économique, la gouvernance, l'éducation, le genre, la sécurité alimentaire et la nutrition, l'environnement, la paix et la sécurité, soulignent la nécessité de s'attaquer aux déterminants de la santé en Afrique, en particulier dans les milieux pauvres en ressources où les inégalités en matière de santé et les problèmes d'accès aux soins de santé sont plus graves.

II

Des progrès ont été accomplis par les pays depuis Alma-Ata, notamment pour ce qui est de l'éradication de la variole et de la lutte contre la rougeole, et des résultats encourageants ont été obtenus dans l'éradication de la poliomyélite et du ver de Guinée, ainsi que dans l'élimination de la lèpre et de la cécité des rivières, en dépit des nombreux obstacles à la réalisation de l'objectif de la Santé Pour Tous, y compris les catastrophes provoquées par l'homme, les crises économiques et financières et l'émergence du VIH/sida au début des années 80. Toutefois, il est nécessaire d'accélérer les progrès dans un certain nombre de pays africains afin de réaliser les objectifs sanitaires convenus sur le plan international, y compris les Objectifs du Millénaire pour le Développement, d'ici 2015. L'approche des Soins de Santé primaires est de nature à accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

III

La Conférence se félicite de l'engagement des Chefs d'Etat et de Gouvernement africains à créer un environnement favorable, notamment par l'augmentation des ressources allouées au secteur de la santé pour en porter progressivement le niveau au moins à 15 % du budget national, ainsi que des engagements pris aux termes de la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide, l'appropriation, l'harmonisation, l'alignement, les résultats et la responsabilité mutuelle. Toutefois, la Conférence exprime sa préoccupation au sujet de l'écart 10/90, dans la mesure où une proportion de 10 % seulement des ressources consacrées à la recherche-développement en santé à l'échelle mondiale est utilisée pour s'attaquer aux problèmes de santé affectant 90 % de la population mondiale. La Conférence exprime également sa préoccupation au sujet des termes de l'échange peu favorables actuels qui ont un impact négatif sur la santé et le développement en Afrique.

IV

La Conférence est encouragée par les importants succès remportés dans le domaine de la santé; l'engagement politique renouvelé, à la faveur de l'adoption de la Stratégie pour la Santé en Afrique 2007– 2015 de l'Union africaine; l'environnement actuel favorable au développement sanitaire, du fait du retour de la paix, de l'amélioration de la sécurité et de la croissance économique dans certains pays; et l'implication accrue des Communautés économiques régionales dans le domaine de la santé. Elle est également encouragée par les nouvelles possibilités offertes en matière de financement international de la santé et par l'initiative du Secrétaire général des Nations Unies concernant les Objectifs du Millénaire pour le Développement en Afrique.

V

La Conférence demande instamment aux États Membres de :

1. Actualiser leurs politiques et plans nationaux de santé, conformément à l'approche des Soins de Santé primaires, en vue de renforcer leurs systèmes de santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, en particulier pour ce qui est des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; de la santé infantile; de la santé maternelle; des traumatismes; du fardeau émergent des maladies chroniques;

2. Utiliser les interventions de santé prioritaires comme point d'entrée de la revitalisation des services de santé, sur la base de l'approche des Soins de Santé primaires, y compris les systèmes d'orientation/recours; et accélérer le processus de décentralisation en privilégiant le développement des systèmes de santé au niveau local pour améliorer l'accès, l'équité et la qualité des services de santé, afin de mieux répondre aux besoins sanitaires des populations;

3. Promouvoir la collaboration intersectorielle et le partenariat public-privé, y compris avec la société civile et les communautés, afin d'améliorer l'utilisation des services de santé et d'agir d'une manière appropriée sur les déterminants économiques, sociaux, démographiques, nutritionnels, culturels et environnementaux de la santé, y compris le changement climatique;

4. Mettre en œuvre des stratégies permettant de répondre aux besoins en ressources humaines pour la santé et visant à améliorer la planification, à renforcer les capacités des institutions de formation à la santé, et à promouvoir la gestion, la motivation et la fidélisation de ces ressources pour accroître la couverture et la qualité des soins de santé;

5. Mettre en place des mécanismes viables pour rendre plus disponibles, plus abordables et plus accessibles les médicaments essentiels, les produits, les fournitures, les technologies appropriées et les infrastructures, par l'allocation de ressources suffisantes, le transfert de technologies, la coopération sud-sud et l'utilisation d'approches sous directives communautaires et de remèdes issus de la médecine traditionnelle africaine;

6. Renforcer les systèmes d'information et de surveillance, et promouvoir la recherche opérationnelle sur les systèmes de santé en vue d'étayer la prise de décisions;

7. Élaborer et mettre en œuvre des politiques et plans stratégiques de financement de la santé, intégrés dans le cadre général de développement national, qui permettent de protéger les groupes démunis et vulnérables, en particulier les femmes et les enfants, tout en veillant à ce que le système d'allocation des ressources, à chaque niveau des soins de santé, soit équitable et viable, et à maintenir un équilibre approprié entre soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs; concevoir et mettre en place des régimes d'assurance maladie pour éviter des dépenses de santé énormes et garantir la solidarité et la sécurité sociale; mettre en œuvre la Déclaration d'Abuja en portant progressivement à 15 % au moins la part du budget national allouée à la santé; consacrer au moins 2 % du budget du secteur de la santé au renforcement du système national de recherche en santé et créer des centres d'excellence en Afrique;

8. Promouvoir la conscience sanitaire des populations, et notamment des adolescents et des jeunes, et renforcer les capacités des communautés à changer de comportements et à adopter des modes de vie plus sains, à prendre en main leur propre santé et à participer davantage aux activités liées à la santé, et créer un environnement permettant de doter les communautés des moyens pour participer à la gouvernance des services de soins de santé, conformément à l'approche des Soins de Santé primaires.

VI

Les communautés, y compris la société civile, doivent chercher à obtenir la reconnaissance de leur rôle dans la gouvernance des services de santé, en particulier pour ce qui est des interventions de santé publique et autres interventions à assise communautaire liées à la santé, et explorer avec les gouvernements la possibilité de conduire des campagnes de sensibilisation auprès de la diaspora africaine, afin de faciliter la participation effective de celle-ci aux activités de développement.

VII

La communauté internationale doit :

1. Fournir aux pays un appui technique et financier coordonné et cohérent à long terme dans leurs efforts pour élaborer et mettre en œuvre des politiques de santé et des plans nationaux de développement sanitaire, en tenant compte des objectifs sanitaires convenus sur le plan international, y compris les Objectifs du Millénaire pour le Développement, et

fournir aux États Membres un appui pour leur permettre de traduire en actions concrètes les recommandations de la présente Conférence;

2. Accroître les investissements dans les systèmes nationaux de santé, avec un accent particulier sur la production des personnels de santé, en veillant à ce que les pays donateurs honorent leur engagement d'allouer 0,7 % de leur produit intérieur brut à l'aide publique au développement; réaffirmer l'engagement à mettre en œuvre les principes de la Déclaration de Paris de 2005 et appuyer les mécanismes connexes existants tels que le Partenariat mondial pour la Santé et l'Harmonisation pour la Santé en Afrique.

VIII

L'Union africaine et les Communautés économiques régionales doivent maintenir le leadership politique ; renforcer le plaidoyer et la mobilisation des ressources et le financement du secteur de la santé ; et continuer à explorer les possibilités de coopération sud-sud au sein de la Région.

IX

L'OMS, en consultation avec les États Membres et les autres institutions des Nations Unies, doit mettre sur pied un observatoire régional de la santé ainsi que d'autres mécanismes de suivi de la mise en œuvre de la présente Déclaration et de partage des meilleures pratiques.

X

Les institutions des Nations Unies, l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS, les institutions financières internationales, en particulier la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement, et les autres partenaires internationaux intervenant en faveur du secteur de la santé doivent fournir un appui pour faciliter la mise en œuvre de la présente Déclaration, en fonction de leurs avantages comparatifs respectifs.

- **La Conférence ministérielle sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine**

- Des engagements à court terme pris à l'issue de cette conférence à Alger du 23 au 26 juin 2008, on peut retenir les points suivants :

- L'extension du programme de recherche pour la santé aux grands déterminants multidimensionnels de la santé;

- La création des centres d'excellence sous-régionaux pour promouvoir la recherche ;

- Le renforcement des ressources humaines pour la recherche par la formation initiale, la formation continue et la promotion de l'accès aux informations scientifiques;

- L'allocation à la recherche et au renforcement des capacités dans ce domaine au moins 2 % des dépenses nationales de santé et au moins 5 % de l'aide extérieure destinée aux projets et programmes de santé;

- La mise en place des structures et mécanismes appropriés, y compris la constitution de réseaux de chercheurs, de décideurs et de responsables politiques pour favoriser la traduction des résultats de la recherche en orientations et actions concrètes;

- La poursuite de la promotion de la recherche en vue de l'innovation dans le domaine des sciences fondamentales et faire en sorte qu'elle aboutisse à la production de nouveaux outils tels que des médicaments, des vaccins et des outils de diagnostic ;

- L'identification et l'intégration des différentes sources d'information dans les systèmes nationaux en tenant compte du secteur privé, afin de disposer d'une information fiable et sûre.

- **La Première conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique**

Des engagements pris à l'issue de cette première interministérielle à Libreville du 28 au 29 août 2008, on peut retenir les points suivants :

- La mise en place d'une alliance stratégique santé - environnement comme base pour la planification d'actions communes;
- L'intégration des liens entre la santé et l'environnement dans les politiques, stratégies et les plans nationaux de développement ;
- Le soutien pour l'acquisition et la gestion de connaissances sur la santé et l'environnement par un investissement dans la recherche appliquée aux niveaux local, sous régional et régional et par la coordination des publications scientifiques et techniques ;
- Le renforcement des dispositifs de surveillance environnementale et sanitaire pour permettre de mesurer les impacts liés de la santé et l'environnement.

D. LES ELEMENTS INSTITUTIONNELS DE LA LUTTE CONTRE LES MNT

- ***Les médecins de famille et de communauté***

La lutte contre les maladies non transmissibles nécessite du personnel qualifié sur le terrain. Pour avoir le médecin de famille et de communauté adapté pour la présente lutte, une réforme de l'enseignement médical est nécessaire. Ce médecin devrait posséder, outre des connaissances médicales, des connaissances et compétences multiples (santé publique, épidémiologie, sociologie, psychologie, anthropologie, Ethique, économie de la santé, démographie, pédagogie et management). Il doit être habilité à procéder à la clarification des savoirs et pratiques locaux des communautés dans la résolution des problèmes de santé. Il doit accompagner les familles à se prendre en charge pour la prévention et le traitement.

- **Les unités mobiles de lutte contre les maladies non transmissibles**

Le médecin de famille et de communauté travaille en équipe sur le terrain. Cette équipe dénommée unité mobile est composée d'infirmier, d'inspecteur de santé publique, de technicien en épidémiologie et de psychologue. Les moyens requis pour la mission doivent être disponibles.

- **Les registres des maladies non transmissibles**

Un registre est un recueil continu et exhaustif des données nominatives intéressant un ou plusieurs évènements dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, réalisé par une équipe ayant des compétences appropriées. Le personnel est composé de médecins cliniciens, épidémiologistes, inspecteurs de santé publique, statisticiens et/ou informaticiens et enquêteurs. Le registre suivra aussi bien les maladies non transmissibles que leurs facteurs de risque**.**

- **Le Haut Conseil de la Santé**

Une politique gouvernementale saine et explicite est indispensable pour assurer l'efficacité des mesures de prévention et lutte contre les maladies non transmissibles. Une structure multisectorielle et située à un haut niveau politique est nécessaire pour le plaidoyer, le soutien et le contrôle de l'application des principes et stratégies de lutte contre les MNT.

- **L'Institut National des Maladies Non Transmissibles**

L'Institut national des maladies non transmissibles est une structure à caractère scientifique qui viendra combler les lacunes dans les domaines de la recherche et de santé publique. Il fera la promotion de la recherche à travers les unités de recherche clinique et sera un lieu de référence scientifique dans tous les domaines ayant trait à la prévention, au dépistage, au traitement et à la prise en charge des MNT. Il formulera des avis et émettra des recommandations. Il assurera une veille de la performance du système de santé à travers l'observation des indicateurs et l'évaluation des processus.

L'Institut assumera le leadership dans la surveillance des maladies non transmissibles et des facteurs de risque par la coordination des registres et des cohortes. Les attentes des citoyens seront prises en compte par la fourniture d'informations qui porteront sur :

- Les essais thérapeutiques en cours
- La performance des zones sanitaires et des hôpitaux
- Les effets des médicaments et traitements
- Les données médicales sur les pathologies
- Les droits et services disponibles pour les patients de MNT

- **L'Observatoire National de l'état de santé de la famille et de la communauté**

L'observatoire sera un instrument de la surveillance des facteurs de risque et de l'impact des politiques et des interventions sur les familles et les communautés. C'est un échantillon d'individus, de ménages, de familles interrogés régulièrement sur leurs comportements, leurs environnements ou leurs opinions.

- **La Ligue Nationale contre les Maladies Non Transmissibles**

L'appropriation de la lutte par la société civile organisée est souhaitable. La fédération de différentes associations en une ligue nationale sera encouragée. C'est un outil de contrôle et suivi, de soutien aux personnes porteuses de MNT et de mobilisation des ressources.

- **Les Comités Régionaux et Locaux et les Forums de Lutte contre les MNT**

La gestion de la lutte aux niveaux régional et local sera faite par les comités régionaux et locaux de lutte contre les MNT. Ces comités sont composés des représentants des différents secteurs de la région/localité et dirigés par le préfet ou le maire. Ils contribuent à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé, mobilisent les ressources et évaluent l'impact des politiques et interventions.

Les forums régionaux de lutte contre les MNT sont des espaces de débat public sur les politiques, les interventions et les réponses de la population.

- **Le Fonds National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles**

La réorientation et le renforcement des capacités du système de santé nécessitent un investissement lourd qui ne doit pas être lié directement à l'exécution du budget général de l'Etat d'où la création d'un fond. Ce dernier sera constitué par l'apport de l'Etat, les ressources issues des taxes des produits à risque, les sociétés d'assurances, les fondations et la coopération internationale.

- **Les Unités de Recherche Clinique**

Les Unités de Recherche Clinique sont des structures chargées de l'organisation, la coordination et de la réalisation d'essais cliniques pour améliorer la connaissance des maladies, leurs traitements et leur prévention. Elles sont implantées dans des centres hospitaliers avec des lits dédiés à la recherche. Le personnel nécessaire à une telle structure est composé de cliniciens, chercheurs, assistants et techniciens de la recherche, biostatisticiens, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants et gestionnaires. Les recherches porteront sur l'homme sain ou malade, dans les domaines de la physiologie, de la physiopathologie, de la pharmacologie, des essais thérapeutiques, de la génétique et de l'épidémiologie.