REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

PLAN DIRECTEUR NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGEES

2016 - 2020

AVRIL 2016

Table des matières

INTRODUCTION 5

PREMIERE PARTIE: 7

ANALYSE DE SITUATION 7

1.1 PROFIL DU PAYS 8
1.1.1. STRUCTURES ADMINISTRATIVES, DEMOGRAPHIE ET STRUCTURE DES COMMUNAUTES 8
1.1.2. CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE, CLIMATIQUE ET HYDROGRAPHIQUE 13
1.1.3. CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE 15
1.1.4.TRANSPORT ET COMMUNICATION 15
1.2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE 16
LE SYSTÈME DE SANTÉ DU BÉNIN SERA ABORDÉ AU TRAVERS DE SA PYRAMIDE, LE SECTEUR PRIVÉ ET PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ, LA COLLABORATION INTRA ET INTERSECTORIELLE..... 16
LA PYRAMIDE SANITAIRE 16
1.3. ANALYSE DE SITUATION DES MALADIES TROPICALES NEGLIGEES..... 23
1.3.1. EPIDÉMIOLOGIE ET IMPORTANCE DES MALADIES 23
1.3.2 MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME MTN 36
1.3.3. LACUNES ET PRIORITÉS 37

DEUXIÈME PARTIE CADRE STRATÉGIQUE 41

2.1. MISSION ET BUTS DU PROGRAMME MTN 42
2.2. PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES STRATEGIQUES 42
2.3 LES OBJECTIFS, STRATEGIES, CIBLES ET INDICATEURS DES PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LES MTN 44

TROISIEME PARTIE: CADRE OPERATIONNEL 47

3.1. MISE A L'ECHELLE DE L'ACCES AUX INTERVENTIONS, DES TRAITEMENTS ET DES CAPACITES DE PRESTATION DE SERVICES DU PROGRAMME MTN……428
3.2. RENFORCER LA PLANIFICATION AXEE SUR LES RESULTATS, LA MOBILISATION DES RESSOURCES ET LA DURABILITE DU FINANCEMENT DES ACTIVITES DE LUTTE/MTN…… …….61
3.3. RENFORCER L'APPROPRIATION GOUVERNEMENTALE, LE PLAIDOYER, LA COORDINATION ET LES PARTENARIATS…… ……...64
3.4. RENFORCER LE SUIVI-EVALUATION, LA SURVEILLANCE ET LA RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LA LUTTE CONTRE LES MTN…… ..…...67

BUDGET

Liste des abréviations

AFRF	:	Association Française Raoul Follereau
BAD	:	Banque Africaine de Développement
BENIRAIL	:	Société Bénino-Nigérienne de chemin de fer
BM	:	Banque Mondiale
BN	:	Budget National
BZS	:	Bureau de la Zone Sanitaire
CAP	:	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CARITAS	:	Confédération Internationale d'Organisations Catholiques
CDTUB	:	Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli
CEDEAO	:	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
Cf	:	Confère
CHANCE	:	Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CNHP-J	:	Centre National Hospitalier de Psychiatrie Jacquot
CNHPP	:	Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CREC	:	Centre de Recherche Entomologique de Cotonou
CRS	:	Catholic Relief Services
CS	:	Centre de Santé
CSA	:	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	:	Centre de Santé de Commune
CTAL	:	Centre de Traitement Anti Lèpre
CTP	:	Chimio Thérapie Préventive
DANIDA	:	Danish International Development Agency (Agence Danoise de Développement International)
DC	:	Distributaires Communautaires
DDS	:	Direction Départementale de la Santé
EAS	:	Enfant en Age Scolaire
ENL	:	Erythèmes Noueux Lépreux
ESG	:	Effets Secondaires Graves
FL	:	Filariose Lymphatique
FONDS MONDIAL	:	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme
GIZ	:	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Agence allemande de coopération internationale)
HOMEL	:	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
HZ	:	Hôpitaux de Zone
ICP	:	Infirmier Chef Poste
ICT	:	Immuno Chromatographic Test (Immuno Chromatographie sur carte)
IDA	:	International Developpment Association (Association Internationale de Développement)
IEC/CCC	:	Information Education Communication/ Communication pour le Changement de Comportement
LAV	:	Lutte Anti Vectorielle
M&E	:	Monitorage et Evaluation

MB	:	Multibacillaire
MIILD	:	Moustiquaire Imprégnées à l'Insecticide à longue Durée d'action
MPP	:	Maux Perforants Plantaires
MS	:	Ministère de la Santé
MTN	:	Maladies Tropicales Négligées
OCBN	:	Organisation Commune Bénin Niger des chemins de fer
OCP	:	Onchocerciasis Control Programme in West Africa (Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest)
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PB	:	Paucibacillaire
PCC	:	Prise en Charge des Cas
PDC	:	Plan de Développement Communal
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PID	:	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PITA	:	Plans Intégrés de Travail Annuel
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLLUB	:	Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli
PNLMT	:	Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSLMTN	:	Plan Stratégique de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
RAPLOA	:	Rapid Assessment Procedures for Loiasis (Cartographie de la co-infection avec la loase)
RGPH4	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 4ème édition
RTI/ENVISION	:	Research Triangle Institut
SCH	:	Schistosomiases
SMART	:	Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporel
SNIGS	:	Système National d'Information Sanitaire
SONEB	:	Société Nationale des Eaux du Bénin
SS	:	Sight Savers
SSP	:	Soins de Santé Primaires
STH	:	Soil-transmitted Helminths (Géo helminthiase)
TAS	:	Transmission Assessment Survey
TDM	:	Traitement De Masse
TDR	:	Terme De Référence
TF	:	Trachome Folliculaire
THA	:	Trypanosomiase Humaine Africaine
TT	:	Trichiasis Trachomateux
UA	:	Union Africaine
UB	:	Ulcère de Buruli
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA	:	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour le Population)
UNICEF	:	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations unies pour l'enfance)
USAID	:	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement international)
UVS	:	Unité Villageoise de Santé

INTRODUCTION

L'OMS a ciblé 17 maladies comme des Maladies Tropicales Négligées. Ces maladies sont très différentes les unes des autres, mais elles ont comme point commun de toucher principalement les populations les plus pauvres. Elles maintiennent dans la pauvreté les populations ayant initialement un niveau de développement faible. Ces maladies coexistent au sein des mêmes populations, augmentant de ce fait leur vulnérabilité.

Face à l'ampleur de ces maladies et leurs conséquences socioéconomiques, l'OMS et la communauté internationale ont pris plusieurs initiatives :

- L'organisation de trois réunions internationales par l'OMS et les Partenaires en 2003, 2004 et 2005 qui ont permis d'établir les principes directeurs stratégiques et techniques de lutte contre les MTN, qui sont synthétisés dans le plan mondial 2008-2015 ;
- Des programmes pilotes ont été lancés dans 6 pays par l'OMS et 5 pays par l'USAID, puis élargis par la suite aux 36 pays qui ont élaboré des Plans directeurs en 2012 ;

Le Bénin est resté en phase avec ce processus et a élaboré son 1er plan quinquennal 2012- 2016 qui prend en compte les maladies à Chimiothérapie Préventive (CTP ; Filariose lymphatique, Géo helminthiases, Onchocercose, Schistosomoses, Trachome) et celles à prise en charge des cas

(PCC ; Dracunculose, Hépatites, Lèpre, Trypanosomiase Humaine Africaine, Ulcère de Buruli).

Ce plan ambitionne qu'au Bénin les Maladies Tropicales Négligées ne constituent plus un problème de santé publique d'ici 2020 avec :

- **L'**élimination de la filariose lymphatique, l'onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine, le trachome et la lèpre ;
- Le contrôle des Schistosomiases, Géo-helminthiases et de l'ulcère de Buruli ;
- Le maintien du statut d'éradication de la dracunculose (certifié depuis 2010).

En début 2012, afin de trouver des réponses plus efficaces aux problèmes que posent les MTN, la communauté internationale s'est mobilisée pour donner un nouvel élan afin d' « agir plus vite pour réduire l'impact mondial des MTN »

Cette mobilisation a abouti à

- une feuille de route mondiale avec des échéances pour 2020 selon la maladie (élimination, éradication, contrôle)
- la déclaration de Londres du 30 janvier 2012;
- la résolution de l'assemblée mondiale de la santé (WHA66.12) en mai 2013
- la résolution du comité régional pour l'Afrique (AFR/RC63.R6) en septembre 2013;
- l'élaboration d'une stratégie régionale de lutte contre les MTN pour la région africaine;
- puis à l'élaboration du Plan régional de lutte contre les MTN 2014 – 2020;

Afin d'arrimer et d'adapter sa stratégie de lutte contre les MTN à la nouvelle feuille de route, le Bénin a avec l'appui de ses partenaires, décidé de réviser et d'actualiser son plan directeur.

C'est dans ce cadre que ce présent plan 2016 – 2020 est élaboré en se basant sur le nouveau contexte du pays après la mise en œuvre du premier plan 2012-2016.

Le présent plan tire leçon de la mise en œuvre du plan précédent, intensifie les activités de mise à l'échelle des interventions et veille à la prise en compte des déterminants transversaux de la santé (éducation pour la santé, accès à l'eau potable, hygiène et assainissement) pour plus d'efficacité.

PREMIERE PARTIE:

ANALYSE DE SITUATION

1.1 PROFIL DU PAYS

1.1.1. STRUCTURES ADMINISTRATIVES, DEMOGRAPHIE ET STRUCTURE DES COMMUNAUTES

Organisation politico administrative

La République du Bénin est un pays situé dans la zone intertropicale entre l'Équateur et le Tropique du Cancer, plus précisément entre les parallèles 6°30' et 12°30' de latitude Nord, d'une part, et le méridien 1° et 3°40' de longitude Est, d'autre part. Elle fait partie de l'Afrique de l'Ouest. De forme allongée en latitude, le Bénin couvre une superficie de 114 763 kilomètres carrés, limité au sud par l'Océan Atlantique, à l'ouest par le Togo, au nord par le Burkina-Faso et le Niger et à l'est par le Nigeria.

Indépendant depuis le 1er août 1960 sous le nom de Dahomey, le pays a adopté son nom actuel en 1975. Dirigé durant plus de quinze ans par un régime marxiste-léniniste, le Bénin a connu à la fin des années 1980 une crise politico-économique sévère, suite notamment à l'effondrement du secteur bancaire et à la chute des recettes de l'État. Cette crise a débouché, en 1990, sur une profonde réforme politique et administrative caractérisée par l'adoption du libéralisme économique et d'un régime politique de type démocratique. Depuis le 11 décembre 1990, le pays dispose d'une constitution qui prévoit un régime présidentiel et une assemblée élue au suffrage universel. De plus, cette constitution garantit les droits de l'homme et la construction progressive d'un État de droit.

En 1978, le Bénin était divisé en 6 départements. Avec l'avènement de la décentralisation, la loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin dispose en son article 6 que le territoire national est découpé en douze départements qui prennent les dénominations ci-après : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. Ces départements couvrent respectivement les superficies suivantes :

Tableau 1 : Départements et superficies

Département	Superficie	Département	Superficie
Alibori	26.242 km^2	Donga	11.126 km^2
Atacora	20.499 km^2	Littoral	79 km^2
Atlantique	3.233 km^2	Mono	1.605 km^2
Borgou	25.856 km^2	Ouémé	1.281 km^2
Collines	13.931 km^2	Plateau	3.264 km^2
Couffo	2.404 km^2	Zou	5.243 km^2

Ces départements sont divisés en 77 communes dont trois ont un statut particulier. Il s'agit de Cotonou, Porto- Novo et Parakou. Chaque commune, subdivisée en arrondissements, est dotée de la personnalité morale, de l'autonomie financière et gérée par des organes élus que sont le maire et le conseil communal/municipal. Les 77 communes sont subdivisées en 546 arrondissements comportant 5295 villages et quartiers de ville conformément à la loi n°2013-05 du 27 mai 2013 portant création, organisation, attribution et fonctionnement des unités administratives locales en République du Benin et la loi n°2015-01 du 06 mars 2015 qui la modifie et la complète. Chaque village ou quartier de ville constitue la plus petite unité administrative de base autour de laquelle s'organise la vie sociale et les activités de production. Il comprend, outre les zones d'habitation, l'ensemble des terres qui en constituent le patrimoine. Il convient de noter qu'un processus de révision du découpage territorial est en cours.

En résumé, le Bénin est subdivisé en 12 départements, 77 communes, 546 arrondissements et 5 295 villages. Toutes ces informations sont résumées sur la figure 1.

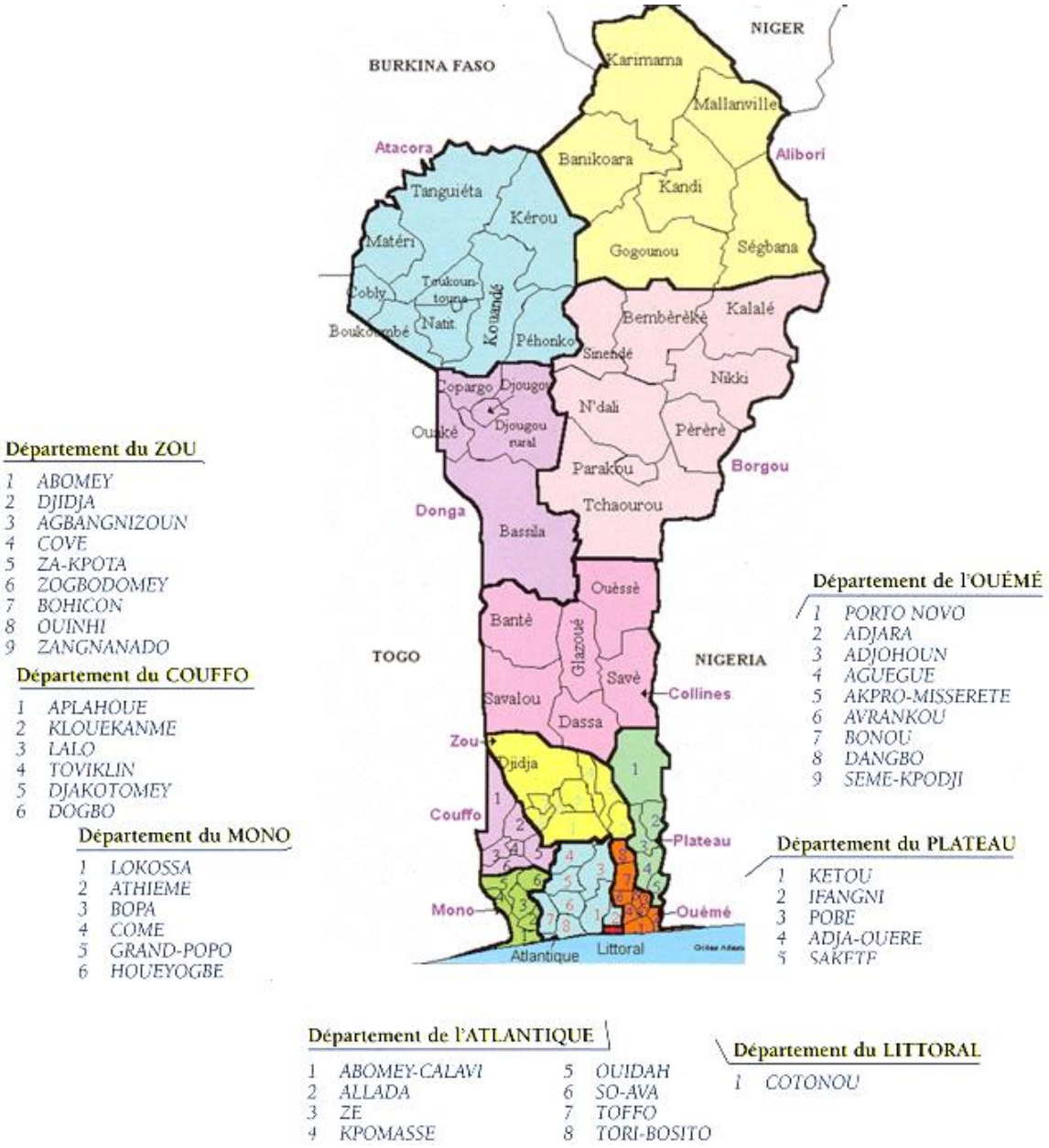


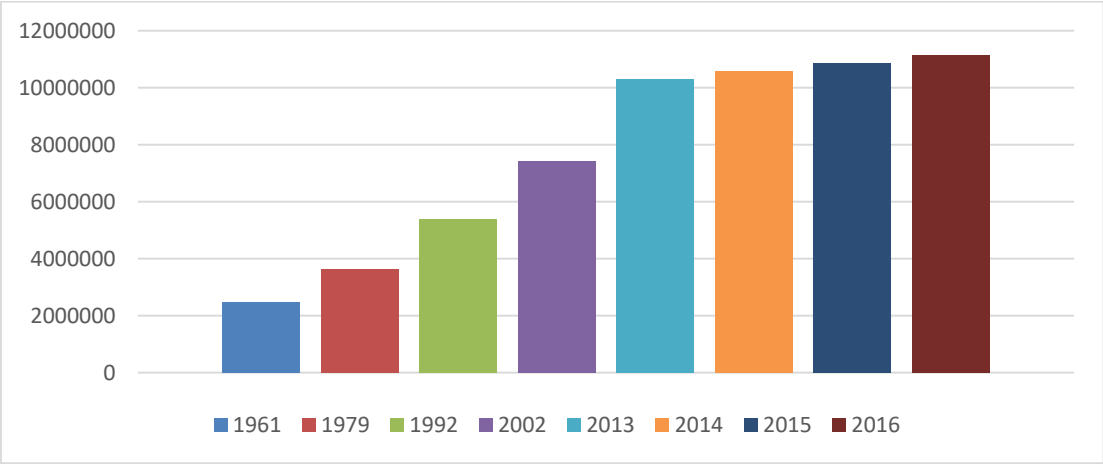
Figure 1: carte administrative du Bénin

Données démographiques

Le quatrième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH4) de 2013 a permis de dénombrer une population de 10 008 749 habitants dont 5 120 929 de sexe féminin, soit 51,2% de la population totale. La densité de la population est estimée à 87,2 habitants au kilomètre carré en 2013. Le taux d'accroissement de 3,5%. Cette population est inégalement répartie : 44,6% de la population béninoise réside en milieu urbain et les 55,4% restant vivent en milieu rural. Les stratégies de lutte contre les MTN doivent donc s'adapter à ces contextes différents.

La population dénombrée au troisième recensement de février 2002 étant de 6 769 914 habitants, il ressort sur la période 2002-2013, un taux annuel d'accroissement inter censitaire de 3,5%, légèrement supérieur à celui obtenu entre 1992-2002 (3,25%). Cet accroissement de la population pourrait être le reflet d'une stabilité socioéconomique et politique relative observée ces dernières années au Bénin. Cette stabilité est favorable au maintien de la population au

niveau du pays, à l'immigration en provenance de pays de la sous-région et donc à un solde migratoire positif. . Les projections de l'INSAE donnent une population de 10 598 482 en 2014 et 11 096 879en 2016. Le graphique ci- dessous donne une évolution de la population depuis 1961 à 2016.

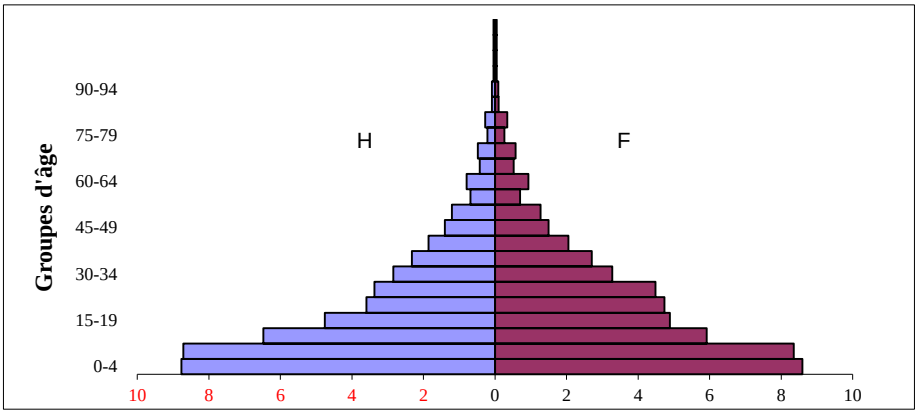


Source : INSAE, Projections Démographiques.
Figure 2 : Evolution de la population béninoise de 1961 à 2016.

Selon la répartition par groupe d'âge pour l'année 2013, les moins de 15 ans représentent 46,7 %, ceux qui ont entre 15 et 60 ans font 48,8 % et les plus de 60 ans ne représentent que 4,5 % de la population. Cette répartition révèle la jeunesse de la population et la nécessité d'une stratégie de communication adaptée à ce groupe cible.

Les enfants de moins d'un an représentent 3,3%, ceux de 1 à 4 ans 13,7 %, 5 à 14 ans 29,7% (RGPH4, 2013).

La pyramide des âges de la population présente une base large avec un rétrécissement rapide à partir de 10 ans. C'est le résultat d'une forte fécondité malgré une mortalité infanto juvénile qui, nonobstant les différentes stratégies de lutte mises en œuvre par le gouvernement reste encore élevée. Au-delà de 20 ans, on constate que le rétrécissement est régulier et plus accentué du côté masculin que du côté féminin. La migration pourrait être une explication plausible à ces genres d'observations. Le phénomène semble plus intense chez les hommes que chez les femmes (Cf. Pyramide des âges). De même, la mortalité générale encore élevée au Bénin dans un contexte de pauvreté serait aussi une explication du rétrécissement de plus en plus grand selon que l'on avance vers les groupes d'âges avancés.



Source : Annuaire des statistiques sanitaires SNIGS, DPP, 2014

Figure 3 : Pyramide des âges au Bénin en 2014

Au Bénin l'espérance de vie à la naissance était de 59 ans pour l'ensemble de la population. Elle est de 57,18 ans pour les hommes et 61,25 ans pour les femmes. En milieu urbain sur le plan national elle est de 63,8 ans. En milieu rural sur le plan national elle est de 61,88 ans. (RGPH4, 2013).

Le taux net de scolarisation sur le plan national était de 56,9 % en 2013. Le taux net de scolarisation des garçons était de 58,1% et celui des filles de 55,7% soit un indice de parité du genre de 0,95.

L'estimation de la population béninoise en 2016 est de 11 096 879habitants sur base du taux d'accroissement de 3,5 % (RGPH4, 2013).

Tableau 2 : Projections de la Population par département du Bénin (2016 – 2020)

N°	DEPARTEMENT	Population totale				
		2016	2017	2018	2019	2020
1	ALIBORI	961772	995434	1030274	1066334	1103655
2	ATACORA	856221	886188	917205	949307	982533
3	ATLANTIQUE	1550241	1604500	1660657	1718780	1778938
4	BORGOU	1346260	1393379	1442147	1492622	1544864
5	COLLINES	795480	823321	852138	881962	912831
6	COUFFO	826358	855281	885216	916198	948265
7	DONGA	602178	623254	645068	667645	691013
8	LITTORAL	752833	779182	806453	834679	863893
9	MONO	551302	570598	590569	611239	632632
10	OUEME	1220038	1262739	1306935	1352677	1400021
11	PLATEAU	690035	714186	739183	765054	791831
12	ZOU	944162	977208	1011410	1046809	1083448
TOTAL BENIN		11 096 879	11 485 270	11 887 254	12 303 308	12 733 924

Source : RGPH4, 2013

Structures communautaires

Au Bénin, la diversité ethnique est une richesse et n'entrave pas la mise en œuvre des différentes stratégies de lutte contre les MTN. Ainsi le Bénin compte huit principaux groupes ethniques (sociolinguistiques) selon le recensement de 2013 : Fon (38,4%), Adja (15,1%), Yoruba (12,0%), Bariba (9,6%), Peulh (8,6%) Ottamari (6,1%) Yoa-Lokpa (4,3%) Dendi (2,9%)

Chaque groupe ethnique dispose de son organisation propre définissant les règles de vie en société (chefferie, royauté, classes etc.). L'idéal serait donc que dans le cadre de la lutte contre les MTN, les contextes sociolinguistiques soient pris en compte lors de l'élaboration des stratégies de communication et de lutte.

Selon les résultats du RGPH4(2013) les différentes confessions religieuses se répartissent comme suit :

Islam (27,7%), Catholique (25,5%), Vodoun (11,6%), autres religions traditionnelles (2,6%), , Protestant Méthodiste (3,4%), autres Protestants (3,4%), autres Chrétiens (9,5%), Célestes (6,7%), , autres Religions (2,6%), sans religion (5,8%).

Dans le cadre de la lutte contre les MTN, divers acteurs de la société sont impliqués :

- Les leaders d'opinion (chefs de communauté, élus locaux, chefs religieux) participent au choix des relais communautaires, à la mobilisation sociale et aident à lever d'éventuels réticences ;
- Les enseignants sont associés pour la distribution de masse en milieu scolaire (les schistosomiases, les géo helminthiases), pour le dépistage des cas (ulcère de Buruli) et les sensibilisations ;
- Les relais ou distributeurs communautaires sont le premier contact des populations avec le système de lutte contre les MTN. Ils sont identifiés au sein des communautés touchées

et participent aussi bien au dépistage, au TDM qu'à la prise en charge à domicile de certaines complications.

Si en milieu urbain, la densité de la population favorise une distribution aisée lors des campagnes de distribution ou de dépistage, certaines zones du pays à faible densité obligent les acteurs à parcourir de grandes distances pour toucher les cibles. Il s'agit des régions du septentrion (entre 33 et 49hbts au km^2) et des collines (52hbts au km^2). Les ressources nécessaires pour une surveillance épidémiologique efficace doivent donc tenir compte de ces spécificités géographiques (moyens de déplacement adaptés, plus de temps pour les activités, fréquence de rapportage…)

En outre, la mobilité de certaines populations nomades (peulhs…) ou se déplaçant au gré des saisons agricoles peut être une entrave momentanée à l'atteinte de certaines cibles. Des stratégies au cas par cas doivent être adaptées pour ce type de groupe cible.

Lorsque les populations nomades sont à cheval sur deux pays frontaliers (Bénin-Togo, Bénin – Nigéria, Bénin – Niger), la communication entre les structures sanitaires des pays concernés doit être renforcée pour pouvoir donner aux populations la capacité de se faire prendre en charge quel que soit le pays. Cela peut être l'objet de rencontres transfrontalières pour les campagnes de TDM (onchocercose, filariose…), de transmission des dossiers des malades (cas de la lèpre et de l'UB), etc.

1.1.2. Contexte géographique, climatique et hydrographique

Géographie

Ancienne colonie française située dans le golfe de Guinée, l'ex-Dahomey, l'actuelle République du Bénin est un Etat de la sous- région Ouest Africaine. Il fait partie des pays membres du Conseil de l'Entente, de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), et est un membre actif de l'Union Africaine (UA).

Limité au nord par le Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigeria et au sud par l'océan Atlantique, le Bénin couvre une superficie de 114.763 km^2 et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta) et présente de vastes étendues sous peuplées au nord (Alibori 20 hbt/km^2, Atacora 27 hbt/km^2) et des zones méridionales surpeuplées (Ouémé 570 hbt/km^2, Littoral 8419 hbt/km^2).

Il présente un relief peu accidenté car la seule région élevée (658 m) est située dans le nord-ouest du pays : c'est la chaîne de l'Atacora.

Climat

Situé dans la zone intertropicale, le Bénin présente un climat chaud et humide. La moyenne de température est de 25°C pour l'ensemble du pays. Les extrêmes s'observent en mars (températures plus élevées et en août (températures plus basses). La variabilité des températures est plus importante dans le nord que dans les régions côtières. Au cours de la période de fin novembre à mi-janvier, l'harmattan y souffle et est très fort dans le Nord. Les facteurs géographiques tels que l'allongement du pays en latitude, l'existence de la chaîne de

l'Atacora et l'orientation du Littoral introduisent des nuances dans ce climat et on y dénombre ainsi trois principales zones climatiques:

- De la côte jusqu'à la latitude de Savè, règne le climat béninéen ou subéquatorial avec un régime assez tempéré. Les températures sont élevées mais jamais excessives. Les maxima se situent en Mars (29,6° à Cotonou) et les minima en Août (25,9°). La pluviométrie annuelle enregistrée à Cotonou est de 1513mm, soit une moyenne mensuelle qui varie entre 00mm en Janvier à 674,3mm en Juin. C'est un climat à quatre saisons :
  - une grande saison de pluies d'avril à juillet ;
  - une petite saison sèche d'août à septembre ;
  - une petite saison pluvieuse d'octobre à novembre ;
  - une grande saison sèche de décembre à mars.

- Au Centre, s'observe un climat tropical semi humide avec une pluviométrie annuelle de 1192 en 2009, soit une moyenne mensuelle qui oscille entre 15mm en Janvier et 204 mm en Avril.

- Au Nord du pays, règne le climat atacorien (chaîne de l'Atacora). Les températures sont plus fraîches à cause de l'altitude et les orages sont plus fréquents avec une saison pluvieuse (mai à octobre) et une saison sèche (novembre à avril) caractérisée par une pluviométrie annuelle de plus de 1 475mm à Natitingou, soit une moyenne mensuelle de 122mm.

Hydrographie

Le Bénin est arrosé par de nombreux fleuves appartenant généralement à deux grands bassins : le bassin du Niger et le bassin côtier. La plupart de ces cours d'eau prennent leur source dans le massif de l'Atacora .

Le bassin du Niger comprend trois fleuves : le fleuve Mékrou (410 km), le fleuve Alibori (338 km) et le fleuve Sota (250 km).

Le bassin côtier, quant à lui, est arrosé par les fleuves Ouémé (510 km), Couffo (190 km) et Mono (500 km, dont 100 km au Bénin). Les lacs et les lagunes leur servent de relais vers la mer. Tous ces fleuves, en dehors du Niger, ont un régime tropical avec une crue pendant la saison pluvieuse (juillet – octobre) et l'étiage à la fin du mois d'avril.

Le fleuve Pendjari quant à lui (380 km) prend sa source dans l'Atacora et se jette dans la Volta au Ghana.

Toutes les basses vallées et les zones deltaïques des grands cours d'eau sont menacées par les inondations qui facilitent la propagation de certaines maladies : le paludisme, la bilharziose. L'onchocercose infeste les bassins de la plupart de nos cours d'eau. Le ver de Guinée était très répandu dans les eaux de la pénéplaine cristalline. L'ulcère de Buruli se concentre également dans le bassin côtier du Sud Bénin, en particulier dans les zones à faible débit.

Cet ensemble géomorphologique, climatique et hydrographique influence au cours de l'année le profil épidémiologique national enregistré. Ce profil est essentiellement caractérisé par une variété de pathologies tropicales avec une prédominance des affections endémo épidémiques notamment le paludisme, la Filariose Lymphatique, le choléra et la méningite cérébro-spinale. L'éclosion saisonnière des maladies infectieuses notamment parasitaires et leur endémicité sont dues à la prolifération de certains vecteurs auxquels le climat chaud et humide est favorable.

1.1.3. Contexte socio-économique

Le taux brut d'activité tous sexes confondus est de 67,7 %. Il est de 82,3 % chez les hommes, et de 54,7 % chez les femmes. Le rapport de dépendance économique est de 136 personnes inactives prises en charge par 100 personnes actives. Les activités économiques sont essentiellement représentées par l'agriculture. La principale culture d'exportation est le coton. (Source : INSAE)

Un autre facteur économique accroissant le revenu des communautés est la pêche. Les cours d'eau et plans d'eau du Bénin sont très poissonneux. Aussi les populations riveraines se livrent elles à de très fructueuses activités de pêche : pêche dans les lacs et lagunes, et le long de certains cours d'eau (Mono, Ouémé, Zou, Okpara, Pendjari, Niger). Ils servent également comme voies de communication :

- de Togbin à Grand-Popo et vers le Togo ;
- de Cotonou à Porto-novo et Gbadagri (Nigeria) ;
- de Aguégués à Sagon ;
- sur le Niger et sur toute la longueur des lacs Ahémé et Nokoué.

En dehors de l'utilisation domestique de leurs eaux, celles-ci servent au maraîchage (vallée du Bas Ouémé, vallée du Mono, vallée de l'Alibori et du Niger ainsi qu'à l'irrigation des cultures (ferme d'Adjara-Hounvè, périmètre sucrier de Savè, ferme de l'Okpara, périmètres rizicoles des vallées de l'Ouémé et du Niger.)

Un barrage hydroélectrique est prévu sur le fleuve Mono à Adjarala (Commune d'Aplahoué) : ce barrage artificiel produira de l'électricité pour la consommation du Bénin et du Togo, et servira pour l'irrigation des terres environnantes. D'autres barrages sont en projet sur l'Ouémé entre Kétou et Bétérou.

Il faut retenir que le Bénin ne dispose pas de ressources extraordinaires. Son économie est essentiellement fiscale avec une forte dépendance des recettes douanières notamment au niveau du port.

1.1.4. TRANSPORT ET COMMUNICATION

Le réseau routier, autrefois en dégradation avancée, est en pleine restructuration avec notamment l'édification de réseaux régionaux et de desserte des pôles de production agricole. Il n'existe pas véritablement de zones enclavées, mais des zones difficiles d'accès surtout en saison pluvieuse. La disponibilité du réseau routier facilite la logistique lors de la mise en place des intrants (médicaments, supports) lors des campagnes de dépistage.

Le réseau ferroviaire est limité. L'initiative de l'Organisation Commune Bénin Niger (OCBN) qui visait de relier Cotonou au Niger par les rails n'a pas atteint ses objectifs. Une tentative de relance des activités ferroviaires est en cours. Le seul Axe ferroviaire exploité aujourd'hui est long de 420 km et relie Cotonou (sud) à Parakou (nord).

TABLEAU 3: Réseau routier National

DEPARTEMENTS	SUPERFICIE (Km2)	ROUTES BITUMEES (Km)	ROUTES EN TERRE (Km)
ATACORA – DONGA	31 625	470,99	939,05
ATLANTIQUE – LITTORAL	3 312	163,49	391,80
BORGOU – ALIBORI	52 098	577,53	1 134,82
MONO – COUFFO	4 009	209,38	242,96
OUEME – PLATEAU	4 545	188,99	309,00
ZOU – COLLINES	19 174	464,74	691,00
TOTAL DE TOUS LES DEPARTEMENTS	114 763	2 075,12	3 708,63

Dans la plupart des communes il y a au moins une radio locale de desserte avec des émissions en langues locales. En outre, les chaînes de radio et de télévision de service public couvrent pratiquement tout le territoire national. La bonne couverture géographique du pays par les media de proximité est donc une opportunité pour les programmes de lutte contre les MTN. Ils peuvent se servir de ces canaux pour faire passer certains messages de sensibilisation, informer la population sur les campagnes de distribution, etc.

1.2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE

1.2.1 Structuration du système de santé au Bénin

Le système de santé du Bénin sera abordé au travers de sa pyramide, le secteur privé et partenariat public-privé, la collaboration intra et intersectorielle.

La pyramide sanitaire

Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- le niveau central ou national ;
- le niveau intermédiaire ou départemental ;
- le niveau périphérique.

Au niveau central, les prestations de services sont assurées par les structures ci-après : le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM), le Centre National de Pneumo-phtisiologie, le Centre National de Psychiatrie, le Centre National de Gérontologie, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL).

Au niveau départemental, les prestations des services de santé sont assurées par cinq Centres Hospitaliers Départementaux (CHD), quatre centres de dépistage et de traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB), huit centre de traitement anti Lèpre (CTAL) et un centre de Pneumo-phtisiologie.

Au niveau périphérique, les prestations de services de santé sont assurées par vingt-sept (27) Hôpitaux de Zone (HZ), cinq cent soixante et onze (571) centres de santé complets, cent dix-huit (118) dispensaires isolés, cent treize (113) maternités isolées et cinquante-neuf centres de santé confessionnels.

Le secteur privé et le partenariat public-privé

Le secteur privé en République du Bénin comprend trois composantes :

- Le secteur privé libéral ;
- Le secteur privé à vocation humanitaire (confessionnel, associatif, ONG, coopératif à but non lucratif) ;
- Le secteur pharmaceutique ;
  Le secteur pharmaceutique au niveau des produits médicaux.

L'offre des soins de santé des secteurs privés et libéraux est prépondérante
Actuellement il existe un cadre de concertation entre le secteur public et le secteur privé, créé par arrêté n° 4139 du 13 mai 2005. Plusieurs actions notamment le renforcement des compétences du personnel soignant du privé dans les domaines de la prévention des infections et dans la prise en charge des patients ont été engagées. Ces actions ont été réalisées grâce au concours de l'état et des partenaires au développement. Des hôpitaux privés sont érigés en hôpitaux de zone et bénéficient de ce fait de l'appui technique et financier de l'état.
Par ailleurs, plusieurs formations sanitaires privées participent à la collecte des données de statistique sanitaire.

La collaboration intra et intersectorielle

La collaboration au sein du secteur de la santé ainsi que celle avec les autres secteurs, les privés, les communautés, n'est pas encore optimale pour favoriser l'offre et la demande des services et soins de santé de qualité.
La coordination du secteur demeure encore faible malgré les efforts d'alignement aux priorités nationales .Le cadre de concertation ne fonctionne pas encore de façon optimale. Les structures techniques (Commissions et Groupes de Travail) chargés de fournir la matière n'ont pas été pleinement fonctionnelles.

Dans le cadre du partenariat intra sectoriel, il est utile de signaler que l'endémie palustre est partout et que le réseau de distribution qui sera mis en place dans le cadre du traitement de masse des MTN pourra servir de tremplin au programme paludisme dans le cadre de l'atteinte de ses objectifs. Il est important de faire remarquer que la distribution des antiparasitaires à large échelle contribue à l'atteinte des objectifs du PNLP en ceci que ce traitement prévient l'anémie et prépare à mieux affronter les accès palustres

Tableau 4 : Ministères connexes pour les activités des différents programmes MTN

Ministères	**PNLMT**							**PNLLUB**	
	ONCHO	**FL**	**STH**	**SCH**	**TRAC HOME**	**HEPA TITES**	**THA**	**LEPRE**	**ULCERE BURULI**
Enseignement primaire, secondaire et professionnel			X	X	X			X	X
Agriculture	X	X		X					
Environnement		X	X	X	X				X
Communication	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Finances	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Affaires sociales	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Intérieur	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Energie	X	X		X					X
Enseignement supérieur/ Recherche scientifique	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1.2.2) le profil sanitaire du Bénin

Le profil sanitaire sera abordé à travers les affections les plus fréquentes et la situation de l'hygiène et de l'assainissement

Les maladies les plus fréquentes

En 2014, les dix affections les plus fréquentes dans la population générale sont : le paludisme (40,6%), les infections respiratoires aiguës (12,9%), les affections gastro-intestinales (6,6%), les lésions traumatiques (4.6%), les anémies (3.9%), les diarrhées (2.8%), les affections dermatologiques (2.1%), l'hypertension artérielle (1,4%), les douleurs abdominales basses (1.4%), la conjonctivite (1.0%), autres affections (22.7%).

Hygiène et assainissement

Sur le plan de l'hygiène et de l'assainissement, l'annuaire statistique 2014 mentionne que les départements de l'Alibori, et de l'Ouémé sont les plus salubres avec respectivement des taux de salubrité de 93,47% et 64,23%. Par contre, les départements de l'Atacora, des Collines et du Borgou regorgent de maisons insalubres avec des taux d'insalubrité respectifs de 73,26% ; 57,84% et 57,46%.

1.2.3 But et priorités du système de santé

Le Ministère de la Santé est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent. Le niveau central est le premier responsable de la conception et de la mise en œuvre des actions découlant des politiques précitées (Cf. Décret N°2005–191 du 14 avril 2005). Pour y parvenir le Ministère de la Santé se dote de Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Le plan actuel cours de 2009 à 2018.

De façon générale l'objectif du PNDS est d' « *améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes* »

Il s'agit de façon spécifique :

- ☞ d'assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ;
- ☞ de renforcer le partenariat pour la santé ;

☞ d'améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé.

La volonté de lutter contre les maladies et donc contre les Maladies Tropicales Négligées est clairement affirmée dans le domaine stratégique N° 1 du PNDS : « la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins ».

1.2.3) Analyse du système national de santé

L'analyse du système de santé se fera à travers les six piliers du système que sont la gouvernance, le financement, les ressources humaines pour la santé, les prestations de service, le système d'information sanitaires, les technologies et produits médicaux.

a) La gouvernance du secteur santé

Le Ministère de la Santé est structuré en 3 niveaux à savoir : le niveau central, le niveau Intermédiaire ou Départemental et le niveau périphérique.

a. Niveau central

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général qui compte 4 Directions Centrales, 7 Directions techniques, des Programmes Spécialisés, des Agences spécialisées et 6 Hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative et de régulation, de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre dans les départements.

L'ensemble des programmes nationaux de lutte contre les MTN est sous la tutelle de la Direction Nationale de la Santé Publique.

b. Niveau intermédiaire

Il regroupe les Directions Départementales de la Santé (DDS) qui sont au nombre de 6 (une Direction Départementale regroupant deux nouveaux départements). Elles 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 dans les départements.

c. Niveau périphérique

Le niveau périphérique représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. C'est le niveau d'intégration de toutes les activités. Il est constitué des zones sanitaires qui regroupe chacune, une ou plusieurs communes. Le Bénin compte 34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national.

Une zone sanitaire est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, maternités et dispensaires isolés, CSA, CSC) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone), et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

La réorganisation en zones sanitaires a pour finalité l'amélioration des conditions socio sanitaires de la population habitant des espaces géographiques bien définis. Elle vise à:

- améliorer la qualité des services de santé de base et de première référence ;

- améliorer la viabilité des services socio sanitaires ;
- favoriser la décentralisation et la participation communautaire ;
- Développer le partenariat avec le secteur privé.

b) Le financement du secteur santé

Le financement de la santé se fait essentiellement sur les ressources intérieures (60,4 milliards en exécution) ; les ressources extérieures (29,1 milliards) et les ressources communautaires localisées (7 milliards).

Le ratio prévisionnel du Budget secteur santé sur Budget Général de l'Etat en 2015 est de 7,1 %

Tableau 5 : Evolution du Financement du Programme MTN de 2012 à 2015

Structures	**Années**	**2015 (million de CFA)**		**2014 (million de CFA)**		**2013 (million de CFA)**		**2012 (million de CFA)**	
	Source de financement	BN	Ressour-ces ext.	BN	Ressour-ces ext.	BN	Ressour-ces ext.	BN	Ressources extérieures
PNLMT	Allocation	200	40	150	18	149	18	150	30
	Réalisation	103	40	117	18	146	18	136	30
PNLLUB	Allocation	29	288	120	288	150	291	110	291
	Réalisation	29	288	52	285	138	273	101	273

Les principaux partenaires du secteur santé au titre de l'année 2014 sont l'OMS, la BM, l'IDA (BOOSTER), l'UNICEF, l'UNFPA, LES ONG DE DEVELOPPEMENT (Raoul FOLLEREAU, ANESVAD, CRS), la GIZ, la COOPERATION TECHNIQUE BELGE, l'AFRF, le FONDS MONDIAL, la BAD, l'USAID, la DANIDA, le SIGHTSAVERS, RTI/ENVISION.

c) Les ressources humaines pour la santé

Le développement du secteur de la santé s'appuie sur les prestations d'un personnel insuffisant et mal réparti eu égard aux différents ratios.

La gestion du personnel de santé est confrontée aux problèmes suivants :

- La concentration du personnel dans les centres urbains au détriment des centres ruraux ;
- Le manque de personnel spécialisé;
- Le vieillissement du personnel de la fonction publique en général.

Sur le plan national, on note d'une part l'insuffisance du personnel de santé, et d'autre part sa répartition inégale sur le territoire. En 2014, on comptait 1,5 médecins pour 10 000 habitants avec des extrêmes entre 0,1 (Alibori) et 6,5 (Littoral). Au niveau des paramédicaux, on note 2,4 infirmiers pour 5 000 habitants (0,9 à 4,1) et 2,9 sage-femme pour 5 000 Femmes en Age de Procréer (0,9 à 6,6).

d) Les prestations de service

L'accès de la population aux soins de santé est l'une des priorités des autorités sanitaires Les raisons économiques constituent l'un des principaux problèmes d'accessibilité aux

soins. On estime qu'en 2014 le rayon moyen d'action théorique d'un centre de santé est de 6,6 km sur le plan national (11,4 km dans l'Alibori à 1,2 km dans le littoral).

Les soins et services de santé sont payants (initiative de Bamako). La mise en œuvre du système d'assurance santé est encore à ses débuts. Des expériences de mutualisation sont en cours dans les départements du Borgou, de l'Alibori, de l'Ouémé et dans une moindre mesure dans les autres départements du pays. La vaccination des enfants de zéro à cinq ans et des femmes enceintes est gratuite dans le secteur sanitaire public. La gratuité de la césarienne décrétée en 2008 et est effective depuis 2009 sur le plan national. La prise en charge gratuite du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de cinq ans, la tuberculose et le VIH pour toute la population est une réalité dans tous les centres de santé publics du Bénin.

e) Le système d'information sanitaire

Mis en place depuis plus d'une décennie, le SNIGS connaît encore d'énormes problèmes dans la production des données statistiques de surveillance. Les travaux de la quatrième évaluation qui ont eu lieu en 2007 ont relevé trois grands problèmes et leurs causes. Au nombre des faiblesses du système, on retient:

- La non fiabilité des données recueillies ;
- Le non exhaustivité des données transmises ;
- L'insuffisance ou l'absence de l'utilisation des données pour la prise de décision au niveau des formations sanitaires.

Toutefois le système possède quelques acquis et atouts pour lesquels des actions de sauvegarde ont été proposées. Il s'agit de :

- Rendre dynamique et flexible les logiciels de gestion de façon à intégrer les informations de nouveaux projets et programmes ;
- Assurer la mise à jour régulière des bases de données ;
- Assurer la mise à jour régulière des logiciels du SNIGS ;
- Renforcer les ressources nécessaires au bon fonctionnement du SNIGS ;
- Faire un plaidoyer en direction des partenaires et des autorités pour un appui au système
- Augmenter les ressources allouées au SNIGS (humain, matériel et financier) ;
- Poursuivre la sensibilisation des acteurs du SNIGS à produire régulièrement les données
- Trouver un mécanisme de motivation des acteurs ;
- sensibiliser à l'exploitation des données statistiques pour la planification et la prise de décision.

Pour le moment, le système de collecte de routine n'intègre pas la plupart des données relatives aux MTN. En effet, pour les MTN à chimiothérapie préventive la collecte des données nécessite la mise en place d'enquêtes lourdes. La situation est beaucoup plus gérable pour les MTN à prise en charge des cas qui peuvent les fournir annuellement. .

La mise en œuvre de toutes ces actions a été envisagée dans le PNDS 2009-2018 par les acteurs du secteur depuis le niveau opérationnel.

f) Les technologies et produits médicaux.

Ce volet sera apprécié à travers les infrastructures, la disponibilité des médicaments et des produits sanguins.

- **Infrastructures et équipement :**

Chaque année, grâce à l'assistance des partenaires au développement du secteur, le ministère de la santé consacre une partie de son budget à la construction et à l'équipement des infrastructures sanitaires.

Mais quelques années après leur réalisation, les bâtiments et les équipements se dégradent en raison des défauts de conception et de maintenance adéquate.

S'agissant des équipements, leurs origines sont diverses et leurs modes d'acquisition sont aussi variés que complexes. Des besoins réels d'équipement existent sur le terrain mais leurs acquisitions ne répondent pas toujours aux situations réelles. En dehors de la chaîne de froid qui est bien entretenue, la question de la maintenance reste entière. La conséquence est l'amoncellement de matériels médico-techniques abandonnés dans certains centres de santé. Les cas les plus frappants sont ceux des équipements lourds (appareils d'imagerie médicale ou de stomatologie) qui sont délaissés.

De plus en plus, il est recommandé de mieux cibler les besoins et surtout d'associer les futurs utilisateurs à la conception et aux acquisitions d'équipement.

- **Médicaments et produits sanguins**

Dans le secteur pharmaceutique, le marché parallèle constitue un réel problème de santé publique.

Les mesures de répression visant à réduire l'offre du marché illicite des médicaments, demeurent insuffisantes.

Les ruptures de stocks fréquents dans le circuit officiel d'approvisionnement, l'insuffisance de régulation du secteur pharmaceutique, la faible production locale font que les populations s'approvisionnent en médicaments moins chers quelle que soit leur qualité et souvent hors du circuit mis en place. Ce faisant les populations ont un faible accès aux médicaments essentiels génériques de bonne qualité.

Il s'avère donc indispensable de renforcer cette lutte et augmenter l'offre des médicaments génériques.

Quant aux produits sanguins er dérivés, le gouvernement tente d'en assurer une meilleur disponibilité à travers la mise en place d'une Agence Nationale de Transfusion sanguine

1.3. ANALYSE DE SITUATION DES MALADIES TROPICALES NEGLIGEES

1.3.1. EPIDEMIOLOGIE ET IMPORTANCE DES MALADIES

Maladies Tropicales Négligées au Bénin concernées par le plan

Parmi les quatorze maladies tropicales négligées (MTN de la région OMS de l'Afrique), celles qui sont endémiques au Bénin sont :

- Onchocercose ;
- Filariose lymphatique ;
- Schistosomiases ;
- Trypanosomiase Humaine Africaine ;
- Géo helminthiase ;
- Dracunculose ;
- Lèpre ;
- Ulcère de Buruli ;
- Trachome ;
- Loase

La preuve de l'endémicité de la Loase et du Pian n'est pas faite. Ces deux maladies sont sur surveillance.

.

Situation épidémiologique des MTN

a. Situation épidémiologique et lutte contre l'onchocercose

La zone d'endémie à l'onchocercose au Bénin couvre une superficie de 81.000 km² s'étendant du nord jusqu'à environ 40 km au sud avant la mer. Cinquante et une (51) communes sur les soixante-dix-sept (77) que compte le Bénin sont ainsi endémiques avec une ampleur variant d'une région à l'autre.

Avant le début des opérations de lutte en 1994 par le Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP), les différentes évaluations ont permis d'enregistrer des prévalences variant entre 25% et 98% selon les localités.

Les taux de cécité étaient de 1 à 3% en zone d'hyper endémie et de 1% en zone méso endémique. Sur le plan entomologique, des potentiels annuels de transmission de plus de 800 larves infectantes par homme et par an étaient enregistrés au niveau de plusieurs points de capture. Les cartes ci-après présentent la situation épidémiologique avant et après l'intervention de l'OCP.

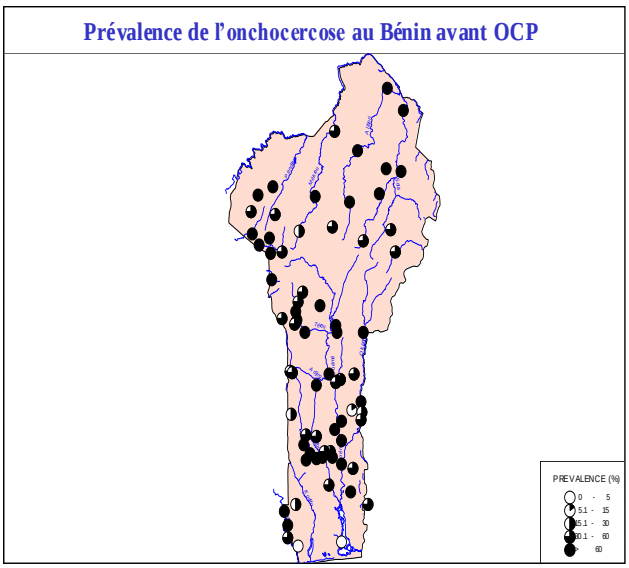


Figure 4 : prévalence de l'onchocercose dans les villages de suivi au debut de la lutte

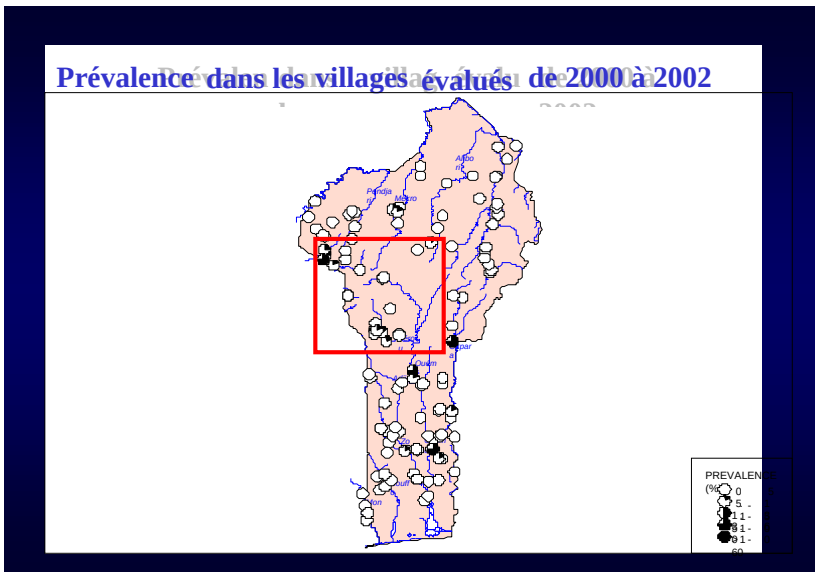


Figure 5 : prévalence de l'onchocercose dans les villages de suivi en 2002

La lutte antivectorielle par épandage de larvicides dans les cours d'eau, le traitement par l'ivermectine conduits avec méthode, année après année ont permis d'améliorer de façon importante les indicateurs entomo-épidémiologiques. Ainsi, les évaluations menées de l'an 2000 à l'an 2002 révèlent que les potentiels annuels de transmission étaient inférieurs à 100 au niveau de la plupart des points de captures et les prévalences inférieures à 5% dans la plupart des villages de surveillance épidémiologique.

En 2015, l'endémie onchocercose au Bénin se résume comme suit :

- 26 communes non endémiques
- 51 communes endémiques sous contrôle où se déroulent les activités résiduelles suivantes :
  - Le Traitement par Ivermectine
  - La Surveillance épidémiologique
  - La Surveillance entomologique

La population à risque dans ces zones endémiques est de 6 642 272 en 2016

Cette endémicité est résumée dans la carte suivante.

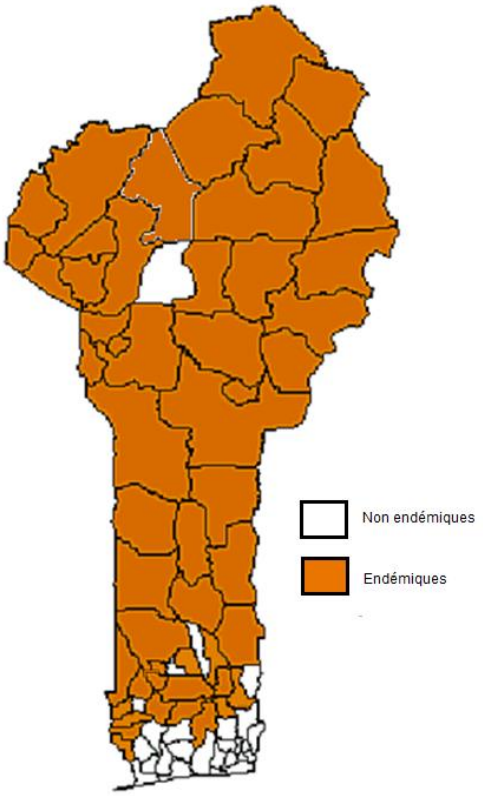


Figure 6 : carte d'endémicité de l'onchocercose

Il est nécessaire de maintenir les acquis du programme par la mise en œuvre des activités résiduelles que sont : le Traitement par l'Ivermectine, la surveillance épidémiologique et la surveillance entomologique

b. Situation épidémiologique et lutte contre la Filariose lymphatique :

- Données épidémiologiques avant l'année 2000 :

En 1983 et 1995, deux études ont été réalisées au Bénin dans la région méridionale, plus précisément dans la sous-préfecture de Comè sur le Plateau Adja. La méthodologie utilisée est basée essentiellement sur la recherche de signes cliniques de la maladie et la filarémie nocturne. Les résultats obtenus ont donné respectivement des prévalences de 24,6% et de 46,3%.

- Données épidémiologiques en 2000 :

En l'an 2000, la cartographie de la Filariose Lymphatique a été réalisée dans l'ensemble du pays. Il s'agissait d'une étude transversale destinée à déterminer la prévalence de la maladie dans le pays. La Sous-préfecture a été retenue comme Unité d'Application, c'est-à-dire la structure administrative à mettre sous traitement une fois que le village identifié pour cette étude aurait une prévalence d'au moins 1%.

La recherche d'antigène filarien dans le sang total par le test d'immuno chromatographie sur carte (ICT) et l'examen clinique des enquêtés ont donné les résultats suivants :

Au total, 5184 personnes dont 2304 hommes (44,44 %) et 2880 femmes (55,56%) ont été enquêtées dans soixante-six villages et 109 d'entre elles étaient positives au test ICT soit une prévalence générale de 2,10%. ; 102 hommes sur les 2304 examinées (4,4 %) ont présenté un gonflement du scrotum et 17 personnes ont présenté un éléphantiasis (0,3%).

La prévalence globale est de 2,03% ; elle est de 3,03% chez les hommes contre 1,35% chez les femmes. Toutefois, elle varie de 0 à 12,5 % selon les villages. Les départements qui enregistrent les forts taux de prévalence sont respectivement le Mono et le Couffo (6 sur 6 soit 100% de villages endémiques), l'Ouémé et le Plateau (6 sur 7 soit 85,71% de villages endémiques), le Zou et les Collines (7 sur 12 soit 58,33% de villages endémiques) et l'Atacora et la Donga (5 sur 15 soit 33,3% de villages endémiques). Au terme de cette cartographie, 50 communes comprenant les villes de Cotonou et Porto-Novo ont été retenues comme endémiques sur les 77 communes du pays.

A la suite de la cartographie de 2000, un plan d'élimination de la filariose lymphatique a été mis en route à partir de 2002. De 2002 à 2011, 30 communes ont été enrôlées dans le traitement de masse de façon progressive

En 2012, 23 communes sur les 30 sous traitement ont arrêté le TDM après l'enquête portant sur l'évaluation de la transmission (Transmission Assessment Survey -TAS) qui a été concluante (0 cas positif dans 5 Unités d'évaluation et 1 seul cas positif dans une d'évaluation dont le seuil à ne pas dépasser est de 20).

A partir de 2013, toutes les 25 communes endémiques restantes ont été mises TDM à l'exception de Cotonou et de Porto-Novo dont l'endémicité a été mise en doute. Une enquête est réalisée en 2016 dans Cotonou et Porto-Novo pour confirmer ou non l'endémicité de ces deux communes. Les résultats de cette enquête ont infirmé l'endémicité de la Filariose Lymphatique dans ces communes. L'endémicité de la filariose lymphatique au Bénin à l'issue des cartographies de 2000 et de 2016 est présentée par les figures 7et 8.

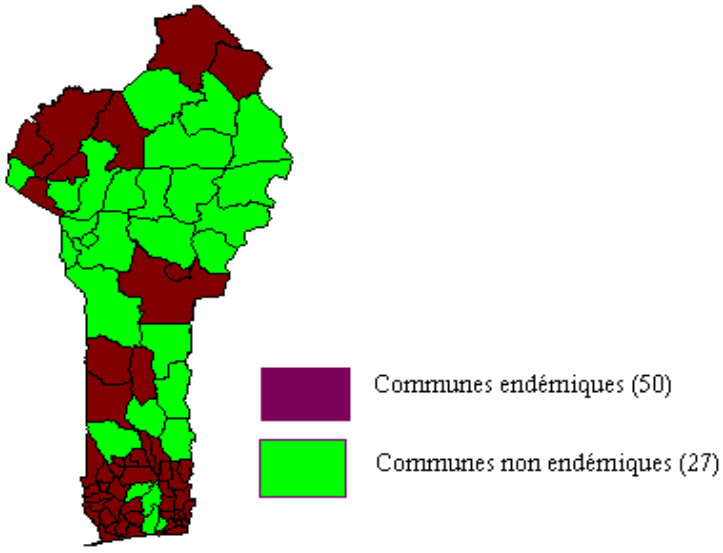


Figure 7 : Endémicité de la filariose lymphatique en 2000

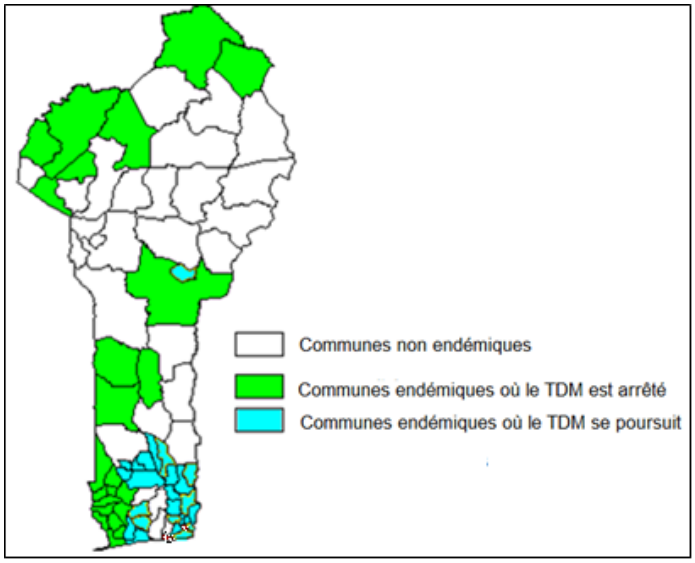


Figure 8 : Situation de la Filariose Lymphatique en 2016

La co-endémicité Onchocercose –Filariose Lymphatique est présentée dans la carte ci-dessous.

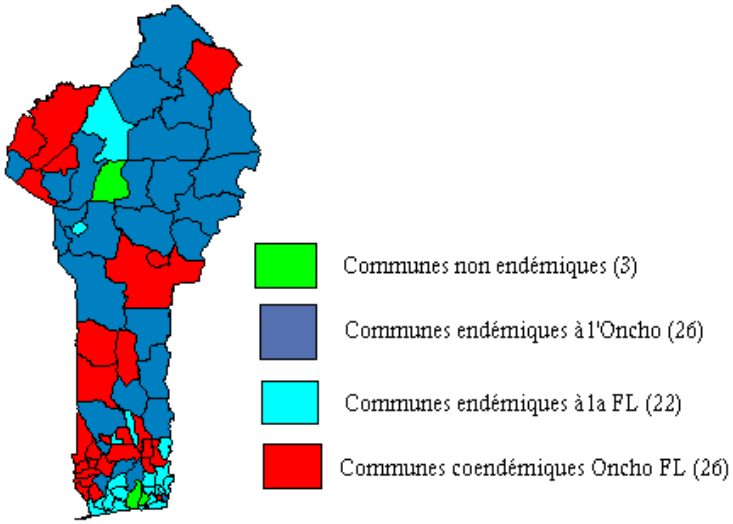


Figure 9 : carte de co-endémicité de l'onchocercose- filariose

Dans les cinq ans à venir, il est nécessaire de poursuivre le traitement de masse, la surveillance épidémiologique, de mettre en place un système de prise en charge des incapacités liées à cette pathologie, de réaliser une étude d'arrêt de traitement dans les communes endémiques ayant bénéficié des six tours de traitement.

c. *Situation épidémiologique de la schistosomiase :*

Le Ministère de la Santé a réalisé avec l'appui technique et financier de RTI/ENVISION une enquête de prévalence des Schistosomoses dans toutes les 77 communes du pays.

Un total de 19 250 écoliers âgés de 8 à 14 ans, dont 9 625 filles et 9625 garçons provenant de 385 villages des 77 communes, ont été enquêtés. Au cours de cette enquête, 19250 échantillons d'urines et 19250 échantillons de selles ont été analysés.

Les résultats de cette enquête montrent que 76 communes y sont endémiques sur les 77 que compte le pays.

La prévalence des schistosomiases sur le plan national est en moyenne de 20%. Elle varie de 0,40% à 91% en fonction des communes.

Au terme de cette cartographie, XXXX communes (prévalence supérieure à 50%) auront besoin d'un TDM annuel au Praziquantel, XXX communes (prévalence compris entre 10 et 50) auront un TDM tous les deux ans. Quant aux communes ayant une prévalence entre 0,4 et 10%, le protocole prévoit un traitement à l'entrée et à la sortie de l'école primaire.

Toutes ces informations sont résumées dans la carte de la figure 10.

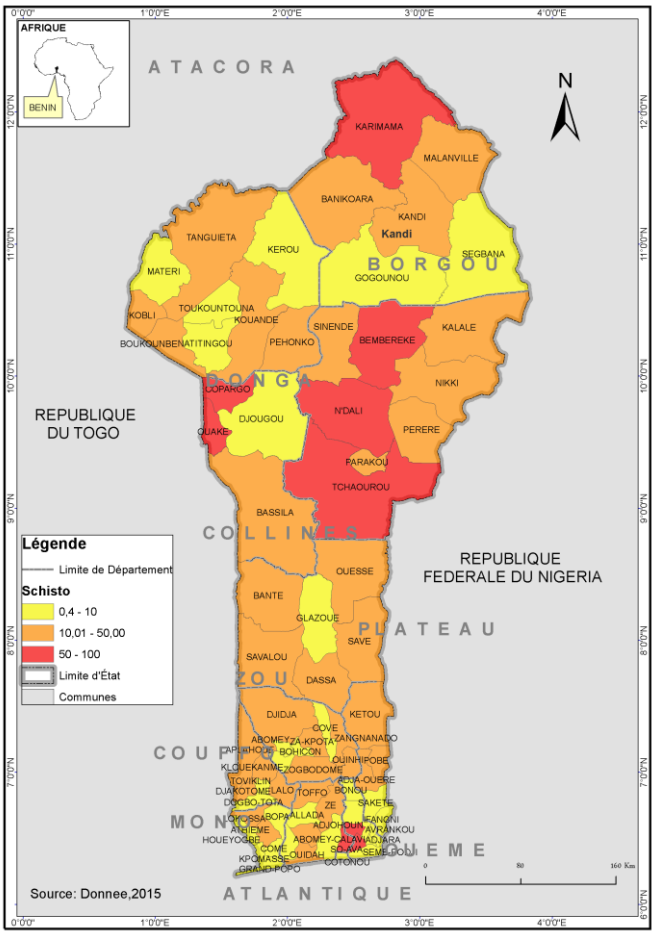


Figure 10 : prévalence de la schistosomiase par commune au Bénin en 2015

d. Situation épidémiologique des géo helminthiases :

Le Ministère de la Santé a réalisé avec l'appui technique et financier de RTI/ENVISION une enquête de prévalence des Géo helminthiases dans toutes les 77 communes du pays (2013 à 2015).

Un total de 19 250 écoliers âgés de 8 à 14 ans, dont 9 625 filles et 9625 garçons provenant de 385 villages de 77 communes, ont été analysés au cours de cette enquête. Les résultats de cette enquête montrent que toutes les 77 communes y sont endémiques.

La prévalence des Géo helminthiases sur le plan national est en moyenne de 22,66%. Elle varie de 2% à 60% en fonction de la commune.

Au terme de cette cartographie, XXXX communes (prévalence supérieure à 50%) auront besoin d'un TDM annuel à l'Albendazole, XXX communes (prévalence compris entre 20 et 50%) auront un TDM tous les deux ans. Quant aux communes ayant une prévalence inférieure à 20%, le protocole prévoit un traitement au cas par cas lors des consultations de routine.

Toutes ces informations sont résumées sur la figure 11.

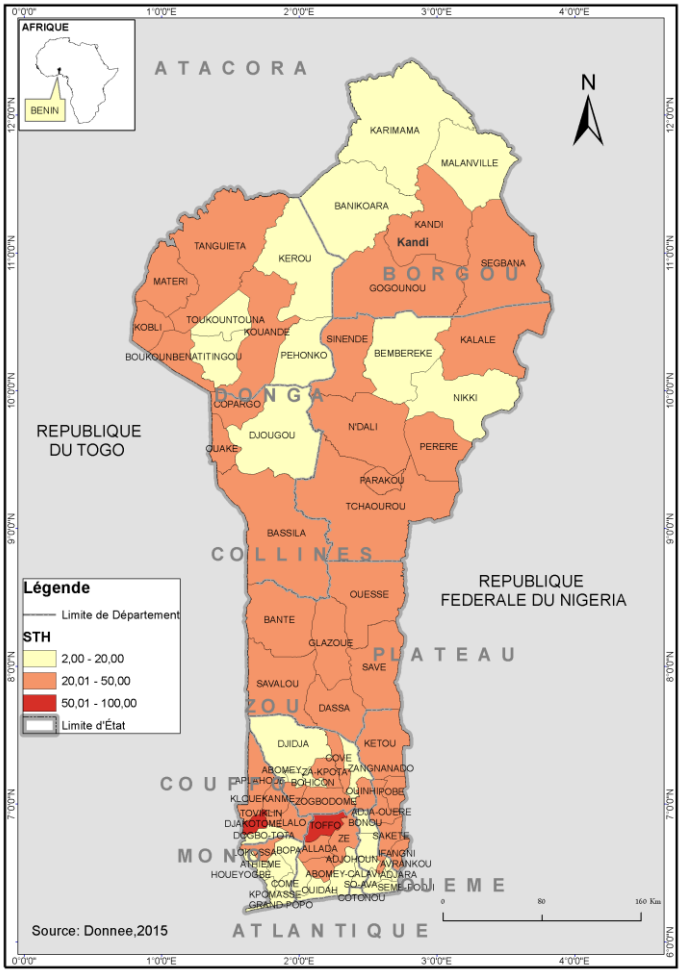


Figure 11 : Prévalence des géo helminthiases par commune au Bénin en 2015

e. *Situation épidémiologique du trachome* :

La cartographie du Trachome a été terminée en 2015 dans les 26 communes du Nord suspectées sous financement de Sightsavers.

Les résultats issus de cette cartographie montrent que toutes les communes suspectées sont endémiques au Trachome Folliculaire(TF) avec des prévalences allant de 2% à 24%. De ces résultats, quatre communes auront à faire trois tours de Traitement De Masse (TDM). Il s'agit de :Banikoara, Natitingou, Toucountouna et Boukombé. Quatre autres auront un seul tour de TDM (Nikki, Kalalé, Pèrèrè et Tchaourou).

Toutes ces informations sont résumées par les figures 12.

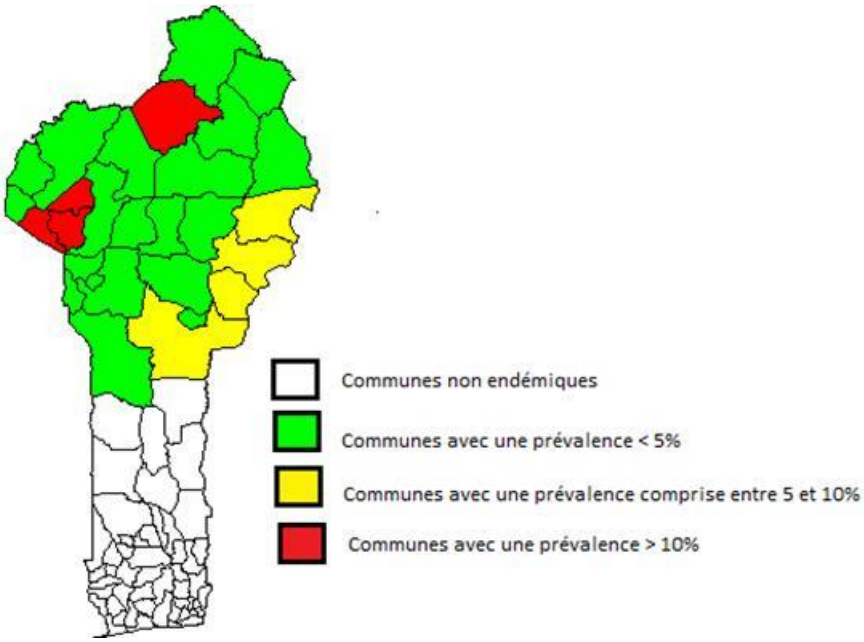


Figure 12 : Prévalence du trachome folliculaire au Bénin en 2015..

En ce qui concerne le Trichiasis Trachomateux (TT), la prévalence varie de 0,1% à 1,9%.

La prise en charge du Trichiasis Trachomateux se fera par :

- L'antibiothérapie : Distribution de l'Azithromycine 250 mg à tous les enfants de 6 mois à moins de 5 ans par voie orale (sirop) et 500 mg pour les 5 ans et plus. La Tétracycline pommade 1% est appliquée par voie locale aux enfants de 0 à 6 mois ;
- La chirurgie des cas de TT est prévue pour 2016

  Nettoyage du visage : dans tous les villages visités, l'eau est disponible à proximité. Ce sont les parents qui ne prennent pas soins de l'hygiène des enfants après leur sevrage. Le degré de propreté des enfants est un facteur de risque important dans la survenue du trachome.

- Changement de l'environnement.
  - sensibilisation à la cessation de la cohabitation homme /bétail ;
  - gestion des ordures ;
  - construction et utilisation des latrines.

  Toutes ces informations sont résumées par les figures 13

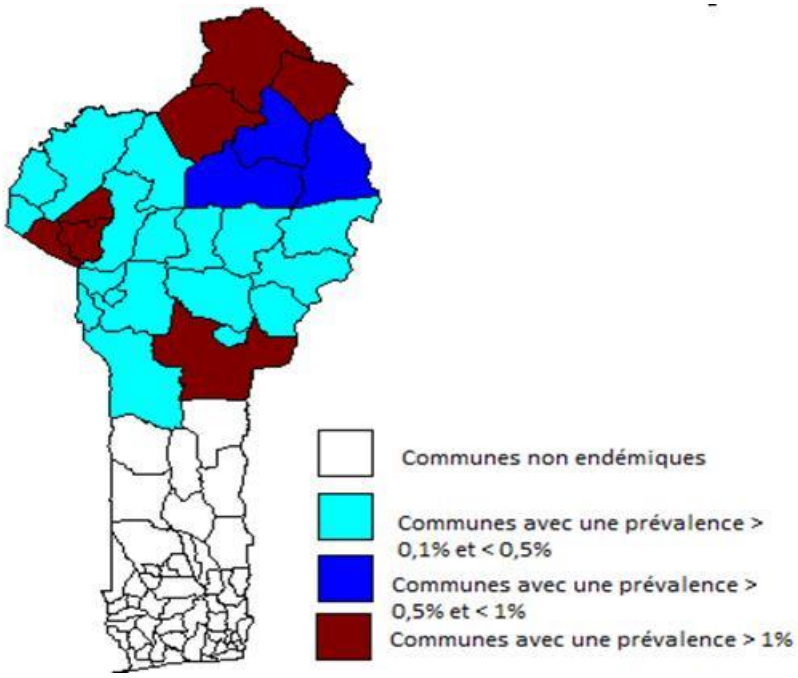


Figure 13 : Prévalence du Trichiasis Trachomateux au Bénin en 2015.

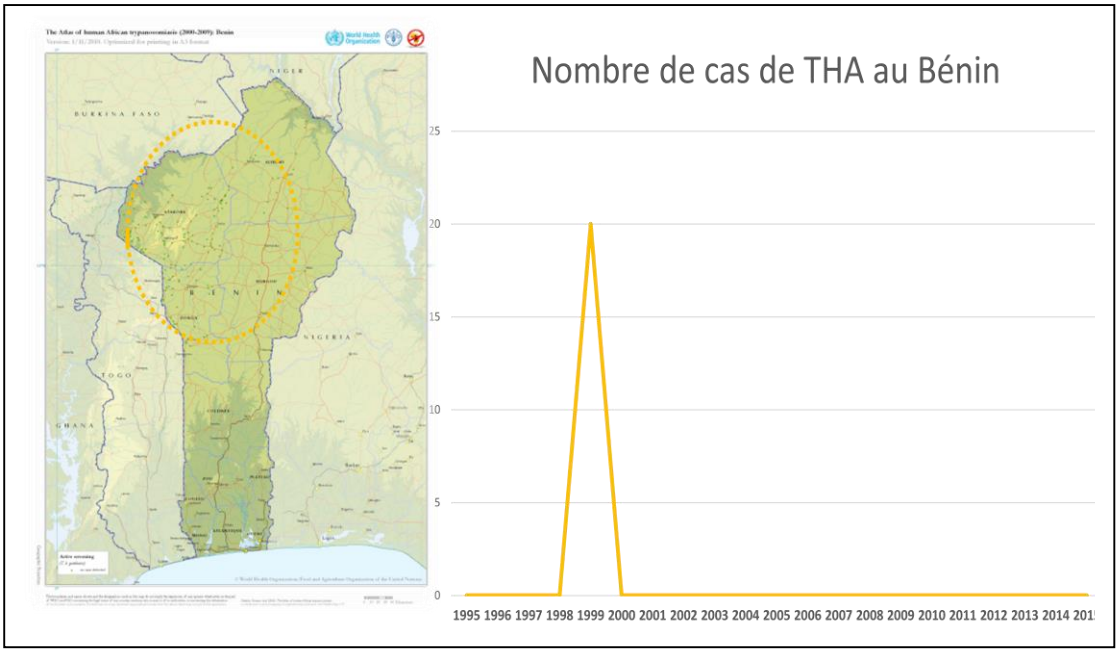
f. Situation épidémiologique de la THA :

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) ou maladie du sommeil est une maladie réémergente en Afrique subsaharienne.

Au Bénin, les foyers endémiques maladie étaient focalisés dans les départements de l'Atacora et de la Donga qui couvrent une superficie de 31 200 km² répartie en 13 communes avec environ 714 613 habitants (1999). Ces foyers historiques sont considérés comme éteints.

Il se poursuit une surveillance épidémiologique réalisée trimestriellement sur trois sites sentinelles sélectionnés depuis l'année 2000 (Tanguieta, Basila et Banikoara).

Cette surveillance parait insuffisante au regard des risques de réémergence cités plus haut. Il serait souhaitable que le pays conduise sporadiquement des enquêtes de dépistage actives en complément à la surveillance passive.



g. Situation épidémiologique de la Loase :

L'endémicité de la Loase n'est pas connue au Bénin. Cependant trois (03) communes dans le département du Plateau sont fortement suspectées d'être une continuité sur le territoire national des foyers endémiques du Nigéria. Cet état de choses avait justifié l'arrêt des traitements de masse par l'Ivermectine et l'Albendazole entreprises dans la zone en 2003. Toutefois, les enquêtes épidémiologiques rapides par RAPLOA en 2007 et 2008 ont permis de conclure qu'il n'y a pas de risque à conduire des traitements de masse par l'Ivermectine et l'Albendazole dans cette zone.

h. Situation épidémiologique de la lèpre :

Dépistage

La prévalence de la lèpre est de 0,17 pour 10.000 habitants au Bénin en 2015.

Il est largement en dessous du seuil d'élimination reconnu à 1 pour 10 000 même si à l'intérieur du pays des poches restent encore très actives (5 communes sont au- dessus de 1 pour 10 000).

En 2015, 174 nouveaux cas de lèpre ont été dépistés sur le plan national, dont 143 de forme multi bacillaire ou MB (82%) et 31 de forme pauci bacillaire ou PB (18 %). 28 cas sur les 143 MB sont à bacilloscopie positive, soit prêt de1 cas sur 5 (20%).

On note donc toujours une prédominance des formes contagieuses, ce qui témoigne de la persistance de la circulation du Bacille de Hansen.

Etant donné que la maladie a une période d'incubation longue, on pourrait penser que ceux qui feront la lèpre les prochaines années sont déjà infectés aujourd'hui. Pour rompre la chaine de transmission, le dépistage et le traitement précoce demeurent donc la meilleure stratégie.

21% des malades portaient au dépistage, une infirmité de degré >1 soit 1malade sur 5. Ce résultat est stationnaire depuis déjà plusieurs années.

Traitement

Tous les 362 cas enregistrés (nouveaux cas, anciens cas) durant l'année 2015 sont mis sous poly chimiothérapie (PCT) soit une couverture de 100%. Cette bonne couverture en PCT témoigne d'une disponibilité et d'une bonne accessibilité au traitement.

La pratique de la PCT supervisée mensuellement n'est pas un obstacle pour les patients puisqu'ils sont réguliers à 82% (297 patients ont été réguliers à la PCT). En effet, l'administration de la PCT est décentralisée vers les formations sanitaires périphériques.

Il faut déplorer l'irrégularité de quelques malades surtout dans les départements de l'Atacora, des collines et du Couffo qui présentent les plus faibles proportions de régularité.

Enfin, en ce qui concerne les hospitalisations de longue durée, on note que 207 nouveaux cas sont admis en hospitalisation dans les centres de traitement anti-lèpre (CTAL) en 2015 pour divers motifs. Les maux perforants plantaires (MPP), les cas sociaux, les cas PCT et les autres ulcères sont les motifs les plus fréquents d'hospitalisation. 15 % des malades sont admis pour les réactions réverses (RR) et érythèmes noueux lépreux (ENL).

Tableau 6: Evolution des principaux indicateurs de la lèpre de 2011 à 2015

Indicateurs retenus	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de prévalence en fin d'année	0,21	0,25	0,27	0,19	0,17
Taux de détection annuel	0,27	0,26	0,3	0,15	0,17
Taux de couverture PCT	100%	100%	100%	100%	100%
% des enfants parmi les nouveaux cas	5%	6%	7%	11%	11%
% des infirmités parmi les nouveaux cas	17%	19%	17%	23%	21%
Pourcentage des multi bacillaires	78%	69%	68%	74%	82%
Nombre de nouveaux cas dépistés	246	243	254	192	174

Le nombre de cas de lèpre dépistés par communes au Bénin en 2015 est dans un tableau en annexe.

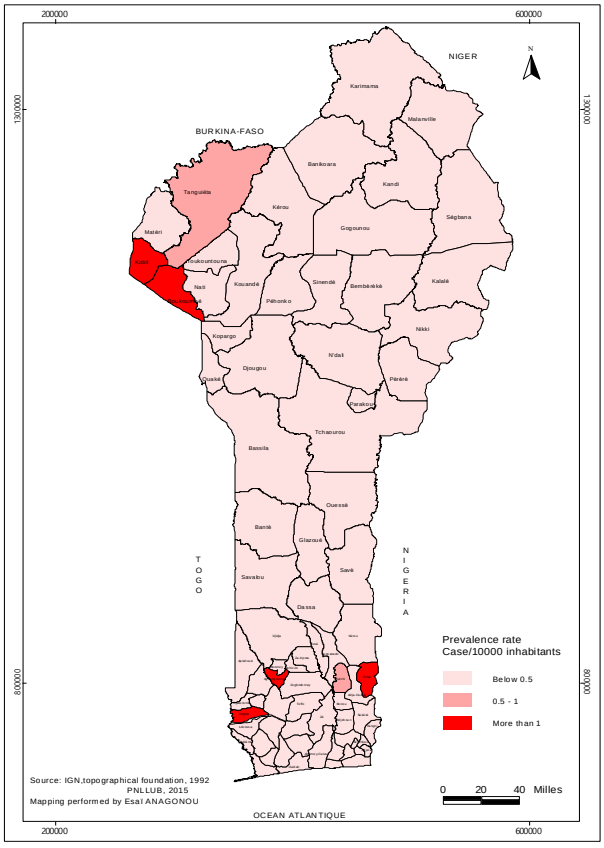


Figure 14 : Prévalence de la lèpre par commune au Benin en 2015

Pour les prochaines années, il y aura l'intégration de la lutte (UB, lèpre et autres MTN à manifestation cutanée), le renforcement des capacités de tous les acteurs intervenant dans le système de dépistage et réaliser des enquêtes systématiques autour des cas multi bacillaires.

i. Situation épidémiologique de l'ulcère de Buruli :

Dépistage

311 nouveaux cas d'ulcère de Buruli (UB) ont été dépistés en 2015 avec 0 cas de rechute.

La forme ulcérée de l'UB vient en tête (31%) suivie de la forme en plaque (8%) et la forme mixte (47%). Les autres formes restent minoritaires.

Sur l'ensemble des nouveaux cas dépistés en 2015, on dénombre 156 hommes (50%) pour 155 femmes (50%). Il n'y a donc pas une discrimination par rapport au sexe.

L'Ulcère de Buruli touche encore une proportion non négligeable d'enfants (< 15 ans). On enregistre 151 cas soit une proportion de 48% de l'effectif total des cas dépistés. Cette tranche d'âge est la plus touchée. Les personnes en âge de travailler sont également affectées par la maladie (37%) ainsi que celles du 3ème âge (15%).

Les cas dépistés sont classés habituellement en 3 catégories :

Catégorie 1 : Lésions évolutives (nodules, plaques, œdèmes ou ulcères de moins de 5 cm de diamètre)
Catégorie 2 : Lésions évolutives (nodules, plaques, œdèmes ou ulcères de diamètre compris entre 5 et 15 cm
Catégorie 3 : Lésions évolutives (nodules, plaques, œdèmes ou ulcères de plus de 15 cm de diamètre) ; lésions osseuses et disséminées ; lésions à localisation spécifique (organes nobles, yeux, organes génitaux externes)
En 2015, les catégories I et II représentent 51% des cas détectés, donc encore 49% des cas détectés sont des cas "graves".

Traitement

Tous les 311 cas enregistrés durant l'année 2015 sont mis sous traitement antibiotique soit une couverture de 100%.

Le nombre de cas d'Ulcère de Buruli par commune en 2015 est présenté dans un tableau en annexe

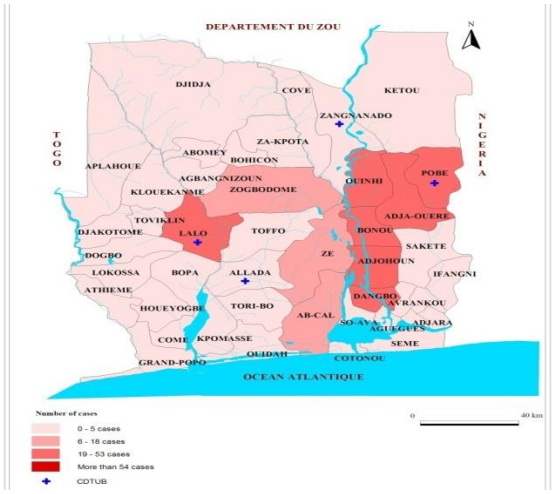


Figure 15 : Prévalence de l'Ulcère de Buruli par Commune au Benin en 2015 (Sud – Benin)

Il y aura comme activités prioritaires pour les cinq années à venir, outre l'intégration des stratégies de lutte des MTN à manifestation cutanée, la prise en charge des invalidités, le maintien du dépistage précoce, la promotion de l'hygiène individuelle et collective et la recherche épidémiologique sur la transmission.

j. Co-endémicité FL, Onchocercose, Schistosomoses, Géo helminthes et Trachome

Le Bénin est constitué de soixante – dix- sept (77) communes qui sont considérées dans le présent plan comme les unités d'exécution.

Au sein des communes la co-endémicité se résume comme suit :

- 8 communes co-endémiques à l'onchocercose, la filariose lymphatique, la schistosomiase les géo helminthiases et le trachome
- 17 communes co-endémiques à l'onchocercose, la schistosomiase les géo helminthiases et le Trachome
- 1 commune.co-endémique à la schistosomiase, aux géo helminthiases et au Trachome
- 1 commune co-endémique à la Filariose Lymphatique et aux géo helminthiases
- 22 communes co-endémiques à la filariose lymphatique, aux schistosomiases et aux géo helminthiases
- 2 communes co-endémiques à la schistosomiase et aux géo helminthiases
- 7 communes co-endémiques à la schistosomiase, aux géo helminthiases et à l'Onchocercose
- 19 communes sont co-endémiques à la filariose lymphatique, la schistosomiase, les géo helminthiases et à l'Onchocercose.

La figure suivante résume la situation de co-endémicité.

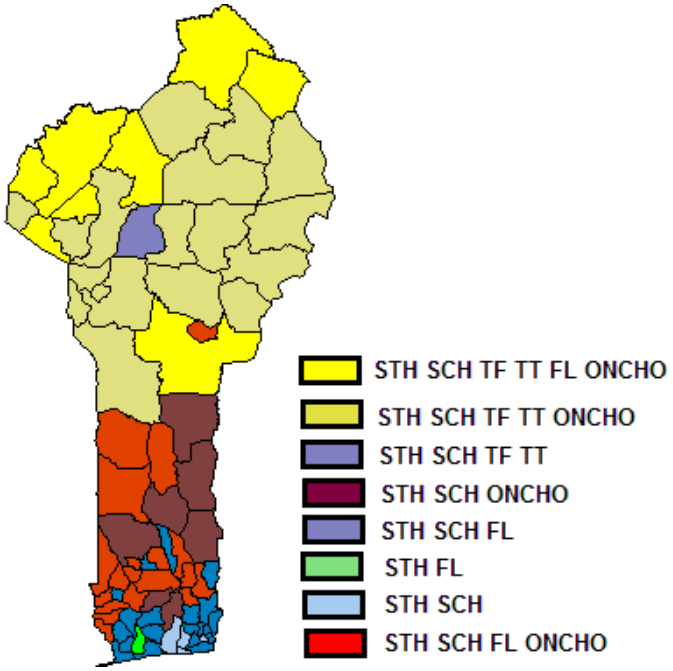


Figure 16 : Co-endémicité des MTN-CTP au Bénin

Tableau 7 : Estimation de besoins de cartographie et d'interventions pour chaque MTN cible dans les districts

Nom de la MTN	Nombre de districts suspectés d'être endémiques	Nombre de districts cartographiés	Nombre total de districts où la cartographie est nécessaire
Dracunculose	0	77	0
Filariose Lymphatique	77	77	0
Géo helminthiases	77	77	0
Lèpre	77	77	0
Onchocercose	77	77	0
Schistosomoses	77	77	0
Trachome	26	26	0
Trypanosomiase Humaine Africaine	13	13	0
Ulcère de Buruli	36	36	0

Tableau 8 : Principaux programmes des MTN au Bénin

Programmes	MTN à prise en charge de cas	MTN à traitement de masse
PNLMT	Dracunculose et THA	Onchocercose, Fiariose Lymphatique, Schistosomoses, Géo helminthias, Trachome
PNLLUB	Lèpre et Ulcère de Buruli	Pian

1.3.2 MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME MTN

Les MTN pour lesquelles des activités de lutte à l'échelle nationale ont été mises en œuvre en 2015 sont l'Onchocercose, la FL, les schistosomiases, les géo-helminthiases, le Trachome, la Lèpre, la THA et l'Ulcère de Buruli.

Les tableaux ci-dessous donnent la liste des interventions des MTN CTP et PCC existant au Benin

Tableau 9 : Mise en œuvre du programme MTN-CTP en 2015

MTNs	Date de démarrage	Total des communes endémiques	Nombre de communes sous traitement	Population totale des communes endémiques	Population (couverture) sous traitement	Principale stratégie utilisée	Principaux partenaires
FL	2001	27*	25	3 898 884	1 631 438 (42%)	DMM	OMS, RTI
Oncho	1975	51	51	5 936 430	3 612 142 (61%)	DMM	OMS, RTI SS
SCH	2013	76	16	2 981 764	450 277 (15%)	DMM	OMS, RTI
STH	2013	77	49	3 002 054	1 108 147 (37%)	DMM	OMS, RTI
TRA	2014	26	0		0	CHANCE	

Source : Rapport TDM 2015 du PNLMT

* : En 2000, 50 Communes étaient endémiques à la FL ; le traitement de masse a été arrêté dans 23 après avoir organisé 2 TAS respectivement en 2012 et 2014

Tableau10 : Mise en œuvre du programme MTN-PCC en 2015

MTNs	Date de démarrage	Total des communes endémiques	Nombre de communes couvertes	Couverture géographique	Principale stratégie utilisée	Principaux partenaires
Lèpre		77	77	100	Dépistage passif et prise en charge	OMS, Raoul Follereau
THA	1999	13	13	100	Dépistage passif et prise en charge	OMS
Ulcère de Buruli		44	44	100	Dépistage actif et prise en charge	OMS, Follereau, ANESVAD

La dracunculose déjà éliminé, la loase et le pian sont sous surveillance

1.3.3. LACUNES ET PRIORITES

Il découle de l'analyse épidémiologique des différentes maladies ci-dessus des forces, faiblesses, opportunités et menaces qui peuvent influencer la mise en œuvre du plan.

Tableau 11 : Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces des programmes de lutte contre les MTN au Bénin

Forces	Faiblesses
• Volonté politique • Création de programmes intégrés de lutte contre les MTN • Engagement et disponibilité des équipes de coordination • Bonne relation inter personnelle pour le travail d'équipe • Intégration des activités au niveau périphérique de la pyramide sanitaire • Existence de stratégies de lutte contre la plupart des MTN • Existence de ligne au budget national pour lutter contre les MTN •	• Faible motivation des acteurs (agents de santé, enseignants et relais communautaires) • Faible encrage des stratégies de lutte contre les MTN dans les plans de développement des zones sanitaires • Lourdeur des procédures de décaissement des fonds publiques
Opportunités	**Menaces**
• Existence des campagnes de masse de vaccination et de distribution de MIILD • Engagement des ONG partenaires • Existence d'une collaboration avec le système d'éducation • Existence d'un cadre institutionnel au niveau des organisations internationales Existence d'outils et matériels standards de formation	• Préférences de certains partenaires à certains types d'intervention et à certaines maladies • Insuffisances des ressources • Barrières socioculturelles peu favorables à la prévention

Les principales lacunes

De l'analyse des forces, faiblesses, menaces et opportunités des programmes de lutte contre les MTN au Bénin, il découle certaines lacunes qui devront être levées à travers la mise en œuvre de stratégies adéquates. Il s'agit de :

- Faible niveau de mobilisation de ressources pour la lutte contre les MTN
- Risque de non pérennisation des activités de lutte contre les MTN
- Comportements des populations non favorables à la santé
- Disparité de la qualité des données sur les MTN

Pour contrecarrer les lacunes, les programmes pourront bénéficier des différentes forces et opportunités dont ils disposent et pourront opposer aux faiblesses et menaces identifiées.

Tableau12: Matrice d'appariement de l'analyse FFOM(SWOT) du Programme MTN

Faiblesses	Force contrecarrant les faiblesses	Opportunités contrecarrant les faiblesses
• Manque d'informations actualisées sur l'endémicité de certaines maladies • Manque de motivation des acteurs (agents de santé, enseignants et relais communautaires) • Faible encrage des stratégies de lutte contre les MTN dans les plans de développement des zones sanitaires	• Volonté politique • Création de programmes intégrés de lutte contre les MTN • Intégration des activités au niveau périphérique de la pyramide sanitaire • Existence de stratégies de lutte contre la plupart des MTN	• Existence de ligne au budget national pour lutter contre les MTN • Engagement des ONG partenaires • Existence d'une collaboration avec le système d'éducation • Existence d'un cadre institutionnel au niveau des organisations internationales (OMS)
Menace	Force contrecarrant les menaces	Opportunités contrecarrant les menaces
• Préférences de certains partenaires à certains types d'intervention et à certaines maladies • Lourdeur des procédures de décaissement des fonds publiques • Insuffisances des ressources Barrières socioculturelles peu favorables à la prévention	• Volonté politique • Création de programmes intégrés de lutte contre les MTN • Engagement et disponibilité des équipes de coordination • Intégration des activités au niveau périphérique de la pyramide sanitaire • Existence de stratégies de lutte contre la plupart des MTN	• Existence de ligne au budget national pour lutter contre les MTN • Existence des campagnes de masse de vaccination et de distribution de MIILD • Engagement des ONG partenaires • Existence d'un cadre institutionnel au niveau des organisations internationales •

Les priorités:

Dans le cadre du plan directeur 2016 – 2020, les priorités stratégiques globales retenues sont :

- Renforcement de l'appropriation par le Gouvernement, de la sensibilisation, de la Coordination et des Partenariats
- Amélioration de la planification axée sur les résultats, mobilisation des ressources et viabilité financière des Programmes Nationaux de lutte contre les MTN
- Amélioration de l'accès aux interventions, au traitement et au renforcement des capacités du système (prestations de services)
- Renforcement du suivi et de l'évaluation des MTN, de la surveillance et de la recherche opérationnelle sur les MTN

Priorités spécifiques du pays pour le programme MTN

1. Planification

    i. Elaborer les plans d'action opérationnels et le plan de mobilisation des ressources
    ii. Intégrer dans les plans d'action départementaux les activités de lutte contre les MTN
2. Coordination et gestion des interventions

    i. Renforcer les capacités managériales et techniques des personnels impliqués dans la lutte contre les MTN (national et périphérique)
    ii. Renforcer les capacités institutionnelles des programmes MTN
    iii. Renforcer le leadership et la bonne gouvernance dans la lutte contre les MTN

3. Partenariat

    i. Instituer et organiser le forum national des partenaires de lutte contre les MTN
    ii. Intensifier le plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales et extérieures nécessaires à la mise en œuvre du plan

4. Mise en œuvre des interventions

    i. Poursuivre la DMM dans les zones de santé endémiques des MTN/CTP
    ii. Renforcer le dépistage passif et actif des cas des MTN-PCC et les manifestations chroniques de la FL et du Trachome
    iii. Prendre en charge les cas dépistés
    iv. Promouvoir l'hygiène et l'assainissement de l'environnement.

5. Surveillance

    i. Réaliser les enquêtes dans les sites sentinelles FL, SCH, THA
    ii. Renforcer la surveillance épidémiologique et entomologique de l'onchocercose
    iii. Renforcer la surveillance post éradication du Ver de Guinée
    iv. Assurer la pharmacovigilance et la gestion des effets secondaires

6. Supervision, Monitorage (suivi), Evaluation et Recherche Opérationnelle

    i. Elaborer le plan de suivi - évaluation du plan directeur MTN

ii. Renforcer la supervision formative
iii. Mener les activités de recherche opérationnelle
iv. Mettre en place une base intégrée de gestion des données sur les MTN
v. Adapter les outils de collecte de données
vi. Réaliser les enquêtes de couverture dans les zones de DMM

DEUXIÈME PARTIE
CADRE STRATÉGIQUE

2.1. MISSION ET BUTS DU PROGRAMME MTN

Vision :

La lutte contre les MTN est mise en œuvre avec un programme intégré, efficace et durable, fondé sur une approche multisectorielle, permettant d'ici 2025 de contrôler, d'éliminer ou d'éradiquer les MTN afin qu'elles ne constituent plus un fardeau socio - économique pour les populations y compris les plus pauvres.

Mission :
Mettre à l'échelle les interventions intégrées pour la lutte contre les MTN dans toutes les zones endémiques du Bénin

Buts stratégiques :

D'ici à 2025, au plan national et au niveau des communes :

- Eliminer la filariose lymphatique, l'onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine, le trachome et la lèpre ;
- Contrôler les Schistosomiases, les Géo helminthiases, l'Ulcère de Buruli ;
- Maintenir le statut d'éradication de la dracunculose ;
- Surveiller le Pian.

2.2. PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES STRATEGIQUES

Principes directeurs

Le présent plan directeur est basé sur des principes clés qui ont guidé toutes les phases de son élaboration, depuis les concertations, le choix des priorités stratégiques jusqu'à la budgétisation des activités. Ainsi, les principes directeurs suivants ont été pris en compte à différentes étapes :

- La prise en compte des leçons tirées du précédent plan et la valorisation des bonnes pratiques issues de la mise en œuvre des interventions antérieures ;
- Le respect du caractère participatif du processus en impliquant les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Le renforcement du leadership national et local en matière de lutte contre les MTN ;
- L'équité ;
- Le respect de l'approche fondée sur les droits humains ;
- La recherche permanente d'efficacité basée sur une approche axée sur les résultats ;
- L'efficience et la recherche de durabilité dans les financements;
- La participation et l'appropriation communautaires
- La redevabilité de chaque responsable envers sa population

Priorités stratégiques

De l'analyse de la situation épidémiologique des Maladies Tropicales Négligées, il se dégage les priorités stratégiques suivantes :

1. Mise à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN et des capacités de prestation de service du programme ;
2. Renforcement de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN ;
3. Renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation du programme par le gouvernement;
4. Renforcement du Suivi/Evaluation, de la Surveillance et de la Recherche opérationnelle

Le tableau suivant donne le résumé des priorités et des objectifs stratégiques.

Tableau 10 : Objectifs stratégiques

PRIORITES STRATEGIQUES	**OBJECTIFS STRATEGIQUES**
Mise à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN et des capacités de prestation de service du programme	Intensifier l'administration de la chimio prévention contre la filariose lymphatique, l'onchocercose, les schistosomiases, le trachome et les helminthiases transmises par le sol
	Intensifier les interventions pour la prise en charge des cas de MTN-PCC, spécialement pour la lèpre, la THA, l'Ulcère de Buruli
	Contrôler la transmission des MTN à travers des interventions transversales (Eau, Hygiène et Assainissement)
	Assurer la pharmacovigilance des médicaments utilisés pour la distribution de masse
	Assurer la prise en charge des complications, séquelles et handicaps liés aux MTN
Renforcement de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN	Décliner le plan stratégique en plans opérationnels réalistes avec des indicateurs SMART
	Rechercher et privilégier les sources de financement prévisibles, équitables et pérennes pour les activités de lutte contre les MTN
	Diversifier les partenariats pour des financements innovants en renforçant les mécanismes de mobilisation des ressources locales
Renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation du programme par le gouvernement	Mettre en place un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources
	Renforcer les mécanismes de coordination et de concertation pour la lutte contre les MTN
	Renforcer et améliorer les partenariats pour les MTN à tous les niveaux
	Améliorer la performance des revues des programmes MTN et utiliser leurs recommandations pour la prise de décision
	Renforcer la visibilité des programmes de lutte contre les MTN

Renforcement du Suivi/Evaluation, de la Surveillance et de la Recherche opérationnelle	Renforcer le monitorage des activités des programmes nationaux de lutte contre les MTN
	Appuyer la recherche, la documentation et l'exploitation des données pour renforcer la performance des programmes nationaux de lutte contre les MTN
	Etablir un système intégré de gestion des données des programmes de lutte contre les MTN
	Assurer l'amélioration continue de la qualité des données

2.3 LES OBJECTIFS, STRATEGIES, CIBLES ET INDICATEURS DES PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LES MTN

Le tableau ci-dessous résume les buts, les objectifs, les stratégies, et les moyens de mise en œuvre pour chaque MTN visé par les activités de lutte.

Tableau 11 : Résumé des buts et objectifs des programmes MTN spécifiques

BUT REGIONAL DU PROGRAMME MTN	BUT NATIONAL	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
Eliminer la filariose lymphatique comme problème de santé publique dans la région africaine	Eliminer la FL au Bénin d'ici 2020	-Ramener la prévalence de la filariose lymphatique à moins de 1 % dans les 50 communes endémiques du Bénin d'ici 2020 - Déterminer les cas de complications liés à la FL dans l'ensemble des zones endémiques - Prendre en charge les complications liées à la FL	-Distribution de masse de médicaments -Lutte anti vectorielle -Chirurgie -Hygiène personnelle et auto-soins à domicile -Surveillance épidémiologique	-Communauté -Moustiquaires imprégnées aux insecticides à longue durée d'action -Formations sanitaires du pays -Soins à domicile -Radios de proximité
Eliminer la lèpre dans la région africaine	Eliminer la lèpre au Bénin à 2020	-Maintenir la prévalence de la lèpre en dessous de 1 cas pour 100.000 habitants -Réduire la proportion de cas dépistés avec infirmité de degrés 2 à moins de 1 cas /million	-Détection précoce des cas -Prise en charge des cas -Communication pour un Changement de Comportement	-Communauté -Formations sanitaires du pays - Radios de proximité

BUT REGIONAL DU PROGRAMME MTN	BUT NATIONAL	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
		d'habitants -Aucun enfant (moins de 15 ans) dépisté avec infirmité de degré 2		
Eliminer l'onchocercose dans la région africaine	Eliminer l'onchocercose au Bénin d'ici à 2025	-Ramener la prévalence de l'onchocercose à moins de 0,1% (par Ov16) dans les 51 communes endémiques du Bénin d'ici 2025	-Distribution de masse de médicaments --Surveillance entomologique -Surveillance épidémiologique	-Communauté -Formations sanitaires du pays - Radio de proximité
Eliminer la trypanosomiase humaine africaine dans la région africaine	Eliminer la trypanosomiase humaine africaine au Bénin d'ici à 2020	-Renforcer la surveillance épidémiologique de la THA dans les zones historiquement endémiques	-Surveillance épidémiologique	-Hôpitaux de zone de Tanguiéta, Bassila et Banikoara
Contrôler les schistosomoses dans la région africaine	Contrôler les Schistosomoses au Bénin d'ici à 2020	-Réduire la prévalence des schistosomiases à moins de 10% chez 75% des enfants d'âge scolaire d'ici 2020	-Distribution de masse de médicaments en milieux scolaire et communautaire -Communication pour un changement de comportement	-Ecoles -Communauté – Formations sanitaires - Radios de proximité, télévision, groupes organisés
Contrôler l'ulcère de Buruli dans la région africaine	Contrôler l'ulcère de Buruli au Bénin d'ici à 2020	-Réduire la proportion des cas d'ulcère de Buruli de catégorie 3 à moins de 10% -Réduire les incapacités liées à l'ulcère de Buruli à moins de 5%	-Détection précoce des cas -Prise en charge des cas -Promotion de l'hygiène	-Communauté -Formations sanitaires du pays - Radios de proximité télévision, groupes organisés
Eliminer le trachome dans la région africaine	Eliminer le trachome au Bénin d'ici à 2020	-Réduire la prévalence du trachome à moins de 5% d'ici 2020 -Assurer la prise	-Distribution de masse de médicaments -Chirurgie	-Communauté -Formations sanitaires du pays

BUT REGIONAL DU PROGRAMME MTN	BUT NATIONAL	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
		en charge des complications dûes au Trachome	-Promotion de l'hygiène et assainissement de l'environnement	-Radios de proximité
Eradiquer la dracunculose dans la région africaine	Maintenir le statut d'éradication de la dracunculose au Bénin d'ici à 2020	-Détecter tout nouveau cas autochtone ou importé de dracunculose au Bénin	-Surveillance épidémiologique	-Communauté et formations sanitaires
Contrôler les Géo helminthiases dans la région africaine	Contrôler les Géo helminthiases au Bénin d'ici à 2020	-Réduire la prévalence des parasitoses intestinales à moins de 20% chez 75% des enfants d'âge scolaire d'ici 2020	-Distribution de masse de médicaments en milieu scolaire et communautaire -Promotion de l'hygiène et assainissement de l'environnement	-Ecoles - Communauté -Cadre de concertation intersectorielle sur les MTN -Radios de proximité

TROISIEME PARTIE: CADRE OPERATIONNEL

Introduction

Le cadre opérationnel de la lutte contre les MTN va découler des priorités stratégiques et objectives stratégiques définis sur la période du plan.

Les quatre priorités stratégiques retenues pour la période 2016 2020 sont :

- Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme
- Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN
- Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement
- Renforcer le Suivi Evaluation, la Surveillance et la Recherche

3.1. MISE A L'ECHELLE DE L'ACCES AUX INTERVENTIONS, DES TRAITEMENTS ET DES CAPACITES DE PRESTATION DE SERVICES DU PROGRAMME MTN

Cinq objectifs stratégiques composent cette priorité; chaque objectif est décliné en activités et sous activités :

1. Intensifier l'administration de la chimio prévention contre la filariose lymphatique, les helminthiases transmises par le sol, l'onchocercose, les schistosomiases et le trachome ;
2. Intensifier les interventions pour la prise en charge des cas de MTN-PCC, spécialement pour la lèpre, la THA, l'ulcère de Buruli ;
3. Contrôler la transmission à travers des interventions transversales (Eau Hygiène et Assainissement) et la lutte anti vectorielle
4. Assurer la pharmacovigilance des médicaments utilisés pour la distribution de masse
5. Assurer la prise en charge des complications, séquelles et handicaps liés aux MTN

3.1.1 INTENSIFIER L'ADMINISTRATION DE LA CHIMIO PREVENTION CONTRE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE, LES HELMINTHIASES TRANSMISES PAR LE SOL, L'ONCHOCERCOSE, LES SCHISTOSOMIASES ET LE TRACHOME

La mise en œuvre de cette stratégie devra tenir compte de:

- Données épidémiologiques des MTN (confer tableau 12)
- Des opportunités de collaboration (intra sectorielle et intersectorielle)(confer tableau 13)
- Des ressources financières et logistiques disponibles.

Ainsi la mise à l'échelle des interventions consistera à :

- Rendre disponibles les médicaments et intrants spécifiques
- Organiser la distribution de masse des médicaments contre les MTN – CTP dans toutes zones endémiques éligibles ciblées par année.

Tableau 12 : Projection des populations à traiter par MTN de 2016 à 2020

MTN	**Nombre de districts endémiques**	**Population à risque totale 2016**	**2016 : nombre de districts et populations à traiter**	**2017 : nombre de districts et populations à traiter**	**2018: nombre de districts et populations à traiter**	**2019 : nombre de districts et populations à traiter**	**2020 : nombre de districts et populations à traiter**
Mise en œuvre du TDM							
LF	27	3 662 397	27 & 3 113 037	27 & 3 221 994	27 & 3 334 764	27 & 3 451 480	27 & 3 572 282
Oncho	51	6 662 904	51 & 5 663 458	51 & 5 861 690	51 &6 066 849	51 & 6 279 184	51 & 6 498 960
SCH (EAS)	76	3 086 125	34 & 1 249 361	35 & 1 058 262	35 & 1 387 591	44 & 2 292 783	40 & 1 713 170
GéoH (EAS)	77	3 107 126	59 & 2 278 962	77 & 3 491 425	45 & 1 896 241	77 & 3 740 102	45 & 2 031 301
Trachome	26*	3 620 905	4 & 527 491	8 & 1 300 636	4 & 584 839	N/A	N/A

* : il faut préciser que pour le trachome, seules 8 communes sur les 26 ont une prévalence de 5 à 29 % dont 4 ont besoin d'un seul tour et 4 de 3 tours.

* : au Bénin, le district désigne la commune administrative.

Tableau 13 : Principales interventions/stratégies et les méthodes (canaux de prestations**)-**

MTN	**STRATEGIES**	**CANAUX DE PRESTATION**
ONCHO	DMM/TIDC	Communauté et structures de santé
FILARIOSE LYMPHATIQUE	DMM/IDC, LAV, Chirurgie, Hygiène personnelle, auto-prise en charge à domicile	Communauté, domiciles, services de santé
SCHISTOSOMIASES ET GEO HELMINTHIASES	DMM, IEC, assainissement du milieu, hygiène individuelle et collective	Communautés, écoles
TRACHOME	CHANCE (chirurgie, antibiothérapie, nettoyage du visage et changement de l'environnement)	Communautés, écoles

Les activités et sous activités retenues pour cet objectif stratégique sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme							
Objectif stratégique 1.1. Mettre à l'échelle les paquets de chimiothérapie préventive intégrée							
ACTIVITES	**SOUS - ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Rendre disponible les médicaments	Assurer la commande conjointe des médicaments	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Approvisionner les structures de santé en médicaments	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	
Améliorer les connaissances des populations et des acteurs de santé sur les MTN CTP	Evaluer l'utilisation des supports IEC dans les zones déjà couvertes(enquêtes CAP)	**x**		**X**			
	Former / Recycler les agents de santé, les enseignants, les relais communautaires impliqués dans la DMM sur les MTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	
	Organiser des réunions communautaires avant chaque campagne	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	
	Assurer la production et la dissémination des matériels IEC	**x**	**x**	**x**			
	Diffuser les messages radiotélévisés	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	
	Organiser des concours de sketchs dans les écoles sur les bonnes pratiques dans la lutte contre les MTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	
Assurer la distribution coordonnée de masse des médicaments	Organiser les cérémonies de lancement des campagnes de distribution des médicaments à tous les niveaux	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Assurer l'administration de médicaments à la population/EAS par les DCs et Enseignants	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
Rendre disponible les informations sur la distribution de masse des médicaments	Produire les outils de collecte des données	x	x	x	x	x	
	Approvisionner les structures en outils de collecte des données	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Former/recycler les gestionnaires des données à l'utilisation des outils et logiciels de gestion des données à tous les niveaux.	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Produire les rapports de la distribution de masse des médicaments.	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Diffuser un bulletin sur les activités du programme.	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières

3.1.2 INTENSIFIER LES INTERVENTIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES CAS DE MTN-PCC, SPECIALEMENT POUR LA LEPRE, LA THA, L'ULCERE DE BURULI

L'intensification des interventions de prise en charge de ces maladies passe, d'une part, par l'intégration des stratégies de lutte (dépistage, prise en charge et prévention des invalidités), et d'autre part, par l'utilisation des opportunités existantes dans le système de santé.

Tableau 14 : Paquet pour la prise en charge des cas et la prévention des infirmités

MTN VISEES	INTERVENTIONS TRANSV ERSALES	BESOINS	AUTRES OPPORTUNITES NON MTN D'INTEGRATION
*Trachome Trichiasis, THA, Lèpre et Ulcère de Buruli.	Dépistage précoce	-formation des agents de santé -formation des relais communautaires formation des enseignants ; - activités IEC/CCC -suivi / supervision - achats motos	JNV et distribution de MILLD
Trachome, THA, Lèpre et Ulcère de Buruli.	Chimiothérapie	-médicaments spécifiques -formation des agents de santé ; - suivi/supervision	
FL, Lèpre et Ulcère de Buruli	Prévention des incapacités	-formation des agents de santé et des relais communautaires ; -IEC/CCC -équipements de rééducation (kiné), -kits de prévention	
Hydrocèles de la Filariose lymphatique,	Chirurgie des Hydrocèles (hydrocélectomies)	-Formation des médecins et des infirmiers - Kits de chirurgie, -Structures hospitalières ou des formations sanitaires de base appropriées avec des blocs opératoires équipés -Suivi/supervision	Renforcement de capacité pour la chirurgie générale au niveau du district
Trichiasis du trachome	Chirurgie du Trichiasis (CHANCE)	-Formation des médecins et des infirmiers -Suivi/supervision	Le Programme chargé de la lutte contre la cécité
Cas tardifs d'ulcère de Buruli	Chirurgie	-Formation des médecins et des infirmiers - Kits de chirurgie, dermatomes et expanseur de peau (pour greffe de peau) -Structures hospitalières ou des formations sanitaires de base appropriées avec des blocs opératoires équipés -Suivi/supervision	

*Trachome : Bien que n'étant pas une maladie à PCC, le trachome est mentionné ici parce que pouvant bénéficier également des opportunités d'intégration.

Les activités et sous activités retenues pour cet objectif stratégique sont résumées dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU : PLANIFICATION DES ACTIVITES ET SOUS-ACTIVITES DE L'OBJECTIF STRATEGIQUE 1.2

Priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme							
Objectif stratégique 1.2. Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge intégrée des maladies basée sur la prise en charge des cas, spécialement pour la lèpre, la THA, l'ulcère de Buruli							
ACTIVITES	**SOUS - ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre les MTN PCC	Organiser la formation et ou le recyclage de 500 agents de santé par an à la prise en charge des MTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	341 900 USD
	Intégrer les modules de formation des relais communautaires sur l'UB et la Lèpre au cours de formations sur les MTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	0
Prendre en charge les cas de MTN PCC	Mettre à l'échelle la stratégie de Prévention des Invalidités dues aux MTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	105 560
	Renforcer le dépistage communautaire et les activités de prévention primaire de l'Ulcère de Buruli, de la Lèpre et de la THA	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	76 720
	Acquérir les médicaments pour la prise en charge des cas	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	0
	S'approvisionner en réactifs pour la surveillance épidémiologique de la THA	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	PM
	Poursuivre la surveillance épidémiologique de la THA dans les sites sentinels de Tanguiéta, Bassila et Banikoara	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	0
	Former les agents de santé des communes de Tanguiéta, Bassila et Banikoara pour la surveillance épidémiologique de la THA	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	
Rendre disponible les informations sur la prise en charge des cas	Produire les outils de collecte des données	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières

	Approvisionner les structures en outils de collecte des données	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Former/recycler les gestionnaires des données à l'utilisation des outils et logiciels de gestion des données à tous les niveaux.	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Faire le suivi de la tenue à jour des dossiers médicaux des cas de MTN-PCC	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Archiver tous les dossiers médicaux des cas de MTN-PCC	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Rédiger le rapport annuel des activités et diffuser	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières

3.1.3 CONTROLER LA TRANSMISSION A TRAVERS DES INTERVENTIONS TRANSVERSALES (EAU HYGIENE ET ASSAINISSEMENT) ET LA LUTTE ANTI VECTORIELLE

Le contrôle de la transmission des MTN est entrepris dans ce plan à travers la lutte anti vectorielle et le WASH (eau, hygiène et assainissement). A cet effet, le programme pourra profiter d'opportunités d'intégration en s'associant à d'autres programmes (PNLP) et d'autres services du ministère (SHAB).

Tableau 15 : Paquet d'interventions pour le contrôle de la transmission

INTERVENTIONS TRANSVERSALES	MTN VISEES	BESOINS	AUTRES OPPORTUNITES NON-MTN D'INTEGRATION
Lutte contre les moustiques par l'usage de: - moustiquaires imprégnées d'insecticides -Pulvérisation intra-domiciliaires résiduelles	Filariose lymphatique	- MIILD, - Insecticides pour pulvérisation - Matériels de pulvérisation	Lutte anti vectorielle du PNLP
Eau, Hygiène et Assainissement	Filariose lymphatique Ulcère de buruli	-latrines -lavoirs -sensibilisation envers les populations riveraines des cours d'eau -points d'eau potable	Service de l'hygiène et de l'assainissement de base

TABLEAU : PLANIFICATION DES ACTIVITES ET SOUS-ACTIVITES DE L'OBJECTIF STRATEGIQUE 1.3

Priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme							
Objectif stratégique 1.3. Contrôler la transmission à travers des interventions transversales (Eau Hygiène et Assainissement) et la lutte contre les vecteurs de la FL et de la THA							
ACTIVITES	**SOUS - ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Réaliser la Cartographie des vecteurs responsables de la transmission de la FL dans le pays, avec l'appui d'un laboratoire d'entomologie	Former les enquêteurs		**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Réaliser les enquêtes		**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
Organiser la distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action et l'assainissement du milieu dans les zones éligibles au TDM contre la FL en collaboration avec le PNLP	Organiser des réunions de planification avec le PNLP		**x**		**x**		Humaines, matérielles et financières
	S'assurer de la disponibilité des MIILD dans les zones éligibles au TDM contre la FL		**x**		**x**		Humaines, matérielles et financières
	Sensibiliser la population sur les bienfaits de l'utilisation des MIILD dans la lutte contre la FL et le Paludisme	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Distribuer les MIILD en collaboration avec le PNLP		**x**		**x**		Humaines, matérielles et financières
	Contribuer à l'assainissement et à l'hygiène du milieu pour lutter contre les gites larvaires de moustiques	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières

Assurer la Lutte anti vectorielle (LAV)	Contribuer à l'amélioration de l'approvisionnement en eau et à l'hygiène du milieu	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Organiser la pulvérisation intra- domiciliaire	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Effectuer l'épandage de malacocides (abate) dans les plans d'eau circonscrits	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Assainir les milieux	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Assurer les piégeages sélectifs (sites hyper endémiques)	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
Mettre en œuvre le WASH	Renforcer la couverture en latrines et lavoirs dans les lieux publics, les écoles et les structures de santé	X	X	X	X	X	
	Renforcer la CCC en faveur des bonnes pratiques d'hygiène et assainissement (lavage des mains, lavage du visage, port de chaussures…..)	X	X	X	X	X	
	Renforcer la disponibilité en eau potable dans les lieux publics, les écoles et les structures de santé	X	X	X	X	X	

PHARMACOVIGILANCE DES MEDICAMENTS UTILISES POUR LA DISTRIBUTION DE MASSE

La pharmacovigilance est la surveillance et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments, que ce risque soit potentiel ou avéré.

Elle repose sur :

- Le recueil basé sur la notification spontanée des effets indésirables par les professionnels de santé, les communautés
- L'enregistrement et l'évaluation de ces informations
- La mise en place d'enquêtes ou d'études pour analyser les risques, la participation à la mise en place et au suivi des plans de gestion des risques
- La prise en charge des effets secondaires enregistrés et la communication vers les professionnels de santé et la communauté
- La communication et la diffusion de toute information relative à la sécurité d'emploi du médicament

Les activités et sous activités retenues pour cet objectif stratégique sont résumées dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU : PLANIFICATION DES ACTIVITES ET SOUS-ACTIVITES DE L'OBJECTIF STRATEGIQUE 1.4

Priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme							
Objectif stratégique 1.4 : **Assurer la pharmacovigilance des médicaments utilisés pour la distribution de masse**							
ACTIVITES	**SOUS - ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Renforcer les capacités des acteurs sur la surveillance des effets secondaires graves (ESG) liés à la prise des médicaments	Former les Infirmiers et les Membres des équipes cadres des zones sanitaires sur la Prise en charge des ESG	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Elaborer des fiches de notifications des ESG	**x**					Humaines, matérielles et financières
	Mettre en place des équipes multidisciplinaires de surveillance et de gestion des effets secondaires	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Communiquer sur les risques potentiels d'effets secondaires avant et pendant les distributions	**x**	**x**	**x**			Humaines, matérielles et financières
	Doter les centres de santé de médicaments nécessaires pour la prise en charge des effets secondaires	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières

3.1.5. Assurer la prise en charge des complications, séquelles et handicaps liés aux MTN

Afin d'assurer une meilleure prise en charge des complications, séquelles et handicaps liés aux MTN, il est nécessaire de disposer des données fiables et d'un plateau technique adéquat (personnels formés et équipements).

Les activités et sous activités retenues pour cet objectif stratégique sont résumées dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU : PLANIFICATION DES ACTIVITES ET SOUS-ACTIVITES DE L'OBJECTIF STRATEGIQUE 1.5

Priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme							
Objectif stratégique 1.5 : Assurer la prise en charge des complications, séquelles et handicaps liés aux MTN							
Disposer d'une base de données sur la situation des complications, séquelles et handicaps liés aux MTN	Outiller les relais communautaires pour la notification des cas de séquelles ou handicaps liés au MTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Recenser les personnes souffrant des séquelles ou handicaps liés aux MTN et leurs besoins de prise en charge	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Identifier les besoins de prise en charge de ces personnes	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
Offrir les services adéquats à chaque personne en situation de handicap	Organiser des missions chirurgicales en faveur des personnes recensées	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Promouvoir les services d'auto soin et d'hygiène individuelle	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Appuyer la réinsertion socioéconomique des personnes en situation de handicap du fait des MTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières

3.2. RENFORCER LA PLANIFICATION AXEE SUR LES RESULTATS, LA MOBILISATION DES RESSOURCES ET LA DURABILITE DU FINANCEMENT DES ACTIVITES DE LUTTE/MTN

La mise en œuvre des activités de la priorité stratégique 2 requiert de la part des responsables et agents du Programme MTN un niveau de compétence leur permettant d'assurer une planification efficace, une coordination et un suivi des interventions à tous les niveaux.

Pour ce faire, des ateliers d'élaboration des plans opérationnels tirés du plan directeur seront organisés aux différents niveaux du système de santé, de même que des missions d'appui aux niveaux périphériques pour l'élaboration de ces plans.

L'élaboration des documents de politique nationale, des manuels/modules de formation, des outils de collecte d'information pour la lutte intégrée contre les MTN, facilitera la compréhension des concepts et des approches dans la mise en œuvre.

La formation des acteurs et l'implication des autorités locales dans la mobilisation des ressources sont des piliers pour la réussite des interventions et des facteurs de durabilité du programme.

Trois objectifs composent cette priorité stratégique; chaque objectif est décliné en activités et sous activités :

1. Elaborer le plan stratégique pluriannuel intégré ou plan Directeur de lutte contre les MTN.et les plans opérationnels réalistes avec des indicateurs SMART
2. Rechercher et privilégier les sources de financement prévisibles, équitables et viables pour les activités de lutte contre les MTN
3. Diversifier les partenariats pour des financements innovants en renforçant les mécanismes de mobilisation des ressources domestiques

Les activités et sous activités retenues pour cet objectif stratégique sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Priorité stratégique 2 : Améliorer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources financières et la viabilité financière du programme de lutte contre les MTN							
Objectif stratégique 2.1 : Elaborer le plan stratégique pluriannuel intégré ou Plan Directeur MTN 2016-2020 et les plans opérationnels							
ACTIVITES	**SOUS-ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Elaborer le plan directeur de lutte contre les MTN 2016-2020.	Elaborer les TDRs et l'agenda de l'atelier de consolidation/validation	**x**					0
	Organiser l'atelier de consolidation/validation du PDMTN						
	Finaliser le plan directeur intégré MTN	**x**					27 715
	Organiser la réunion d'adoption du PDMTN par le Ministère de la santé	**x**					62 250
	Disséminer le plan pluriannuel auprès des autorités politiques, gouvernementales et des partenaires (mulitlatéraux, bilatéraux, ONGD etc)	**x**					2 001
Elaborer des plans opérationnels à tous les niveaux	Elaborer un guide de micro planification opérationnelle pour le niveau périphérique	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Organiser les missions d'appui à l'élaboration des plans opérationnels des zones sanitaires	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
Objectif stratégique 2.2. Renforcer les systèmes et stratégies de mobilisation des ressources à tous les niveaux (régional, national et infranational)							
Mobiliser les ressources en faveur de la lutte contre les MTN	Elaborer un plan de mobilisation des ressources/dossier de plaidoyer.	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Mobiliser les administrations locales et les partenaires autour de la mise en œuvre du PDMTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Elaborer les requêtes de financement	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	
Renforcer le mécanisme de bonne gouvernance des	Tenir des réunions d'évaluation avec les partenaires	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	

ressources mobilisées	Assurer les audits internes et externes	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	
Objectif stratégique 2.3. Renforcer les systèmes et stratégies de mobilisation des ressources à tous les niveaux (régional, national et infranational)							
Diversifier les partenariats pour des financements innovants en renforçant les mécanismes de mobilisation des ressources domestiques	Elaborer un plan de mobilisation des ressources/dossier de plaidoyer.			**x**	**x**	**x**	
	Evaluer l'efficacité des nouveaux mécanismes de financement mis en place (poids dans le financement global, la durabilité, l'acceptation par les contribuables)			**x**	**x**	**x**	

3.3. RENFORCER L'APPROPRIATION GOUVERNEMENTALE, LE PLAIDOYER, LA COORDINATION ET LES PARTENARIATS

L'appropriation de la lutte contre les MTN par le Gouvernement se traduira notamment parl'allocation d'une ligne budgétaire pour la lutte contre les MTN au sein du budget national et des budgets départementaux alloués au secteur de la santé. Cette appropriation se concrétisera par la prise en compte des activités de lutte contre les MTN dans les Plans nationaux et départementaux de développement Sanitaire ainsi que dans les Plans de Développement des Zones sanitaires endémiques pour les MTN. Cela aboutira à La mise à disposition effective des ressources financières pour la conduite des activités et la coordination des interventions.
Pour ce faire, un plaidoyer soutenu à l'attention des partenaires nationaux et internationaux et des décideurs doit être mené pour l'obtention d'un financement plus accru des activités à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Vu le nombre des intervenants dans le domaine de la lutte contre les MTN, un cadre de concertation avec les secteurs connexes de la santé et les différents partenaires doit être mis en place, non seulement au niveau central mais aussi au niveau périphérique. Cela se traduira par la mise en place des mécanismes de coordination des interventions à tous les niveaux, avec des rôles et des responsabilités clairement définis.
Quatre objectifs stratégiques permettront de renforcer l'appropriation gouvernementale, le plaidoyer, la coordination et les partenariats :

1. Renforcer les mécanismes de coordination et de concertation pour la lutte contre les MTN au Bénin
2. Renforcer et améliorer les partenariats pour les MTN à tous les niveaux
3. Améliorer la performance des revues des programmes MTN et les utiliser pour la prise de décision
4. Renforcer la visibilité des programmes de lutte contre les MTN

Les activités et sous activités retenues pour cet objectif stratégique sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et le partenariat							
Objectif stratégique 3.1 : Renforcer les mécanismes de coordination et de concertation pour la lutte contre les MTN au Bénin							
ACTIVITES	**SOUS-ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Améliorer l'intégration des activités de lutte contre les MTN aux autres activités du secteur santé	Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)				x		
	Suivre l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les plans intégrés de travail annuel (PITA) des zones sanitaires et des DDS	x	x	x	x	x	
	Organiser un atelier de concertation sur l'intégration des activités MTN avec les Médecins Coordonnateurs de Zone	x	x	x	x	x	
Améliorer la collaboration régionale et internationale en faveur de lutte contre les MTN	Participer à au moins cinq réunions et ateliers d'échanges régionaux et internationaux	x	x	x	x	x	
	Organiser des rencontres transfrontalières dans le cadre de la lutte contre les MTN	x	x	x	x	x	
Objectif stratégique 3.2. Renforcer et améliorer les partenariats pour les MTN à tous les niveaux							
Renforcer le cadre de concertation entre les programmes de lutte contre les MTN et les différentes structures et secteurs impliqués	Redynamiser le cadre de concertation entre les parties prenantes.	x	x	x	x	x	
	Organiser la revue périodique (annuelle) des programmes de lutte contre les MTN	x	x	x	x	x	
Objectif stratégique 3.3 : Améliorer la performance des revues des programmes MTN et les utiliser pour la prise de décision							
ACTIVITES	**SOUS-ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Améliorer l'intégration des activités MTN aux autres secteurs connexes (enseignement, collectivités locales, affaires	Faire un plaidoyer pour l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les Plans de Développement Communaux	x	x	x	x	x	

sociales)							
Renforcer le cadre de concertation entre les programmes de lutte contre les MTN et les différentes structures et secteurs impliqués	Redynamiser le cadre de concertation entre les parties prenantes.	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	
	Organiser la revue périodique (annuelle) des programmes de lutte contre les MTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	
Objectif stratégique 3.4 : Renforcer la visibilité des programmes de lutte contre les MTN							
ACTIVITES	**SOUS-ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Améliorer la visibilité des programmes MTN	Sensibiliser les conseils communaux et municipaux sur la problématique de la lutte contre les MTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	38 500
	Editer un bulletin annuel de retro information	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	103 340
	Organiser la semaine de lutte contre les MTN et le publireportage sur les activités	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	55 690

3.4. RENFORCER LE SUIVI-EVALUATION, LA SURVEILLANCE ET LA RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LA LUTTE CONTRE LES MTN

Le cadre de monitorage et évaluation (M&E) est une référence pour la mesure des progrès réalisés dans la mise en œuvre des activités planifiées et de la performance des interventions de lutte contre les MTN. Cette section comporte :

3.4.1 LE CIRCUIT DE L'INFORMATION ET DE LA RETRO-INFORMATION

La transmission de l'information part du niveau périphérique au niveau intermédiaire qui, à son tour, l'achemine au niveau central. La rétro information, qui suit le même circuit dans le sens inverse, consistera à :

- Accuser réception des données transmises ;
- Relever les points forts et les points faibles ;
- Corriger les écarts et **faire le feed-back.**

Il est recommandé que la transmission se fasse selon le calendrier ci-après :

a) Hebdomadairement de la communauté vers le centre de santé
b) Mensuellement du CS (Centre de Santé) / HGR vers le Bureau central de la zone sanitaire ;
c) Mensuellement du BCZS au niveau intermédiaire
d) Mensuellement du niveau intermédiaire vers le niveau central

Il faut signaler qu'à chaque niveau de transmission, les informations sont collectées, analysées, utilisées et diffusées.

3.4.2 LE SUIVI.

Le suivi désigne le processus d'observation et de collecte continu des données relatives à la mise en œuvre d'un projet /programme afin de s'assurer qu'il évolue tel que prévu. Ce processus d'observation peut être quotidien, hebdomadaire, mensuel, trimestriel voire semestriel**.**

a) Périodicité du suivi des activités

Des réunions de suivi des activités de lutte contre les MTN vont être organisées 2 semaines à 1 mois après chaque visite de supervision ; tous les 3 mois, aux niveaux national et intermédiaire ; chaque mois, au niveau des zones de santé et Aire Sanitaire.

La coordination MTN et ses partenaires participeront et apporteront l'assistance nécessaire là où cela est requis. Ces sessions de suivi seront des opportunités pour :

- discuter des progrès enregistrés dans la mise en œuvre par niveau ;
- prendre des décisions sur les prochaines étapes et proposer des rétro informations ;
- planifier les activités pour la prochaine période.

b) Modalités pratiques du suivi des activités

Sur le plan pratique, il conviendra de se conformer à la logique du Ministère de la Santé : outre les revues annuelles organisées avec la participation de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre des activités sanitaires, des revues organisées par d'autres programmes offriront une opportunité de discuter des aspects de la lutte contre les MTN.

c) Composantes du suivi

- **Le système de suivi de routine**

Le système du suivi de routine se fonde principalement sur les indicateurs relatifs aux intrants et au processus. Il est intégré dans le système national d'information sanitaire du Ministère de la Santé et piloté par la Direction de la Lutte contre la maladie. Il tient compte de la collecte des données tant au niveau communautaire qu'au niveau des structures sanitaires.

Ce système de routine repose sur :

- **Le système de suivi à base communautaire**

Ce suivi sera réalisé par les relais communautaires ou distributaires communautaires (DC) qui devront enregistrer toutes les données se rapportant à leurs activités, à l'aide des fiches ad hoc contenues dans le cahier du relais, fiches transmises d'une part à l'infirmier titulaire du CS et d'autre part, à la cellule d'animation communautaire dont l'une des fonctions consiste à consolider les données.

- **Système National d'Information Sanitaire / Soins de Santé Primaires**

Le système consiste en une récolte régulière des données au niveau des structures sanitaires qui les transmettent au niveau de la hiérarchie à travers les rapports mensuels d'activités (notamment pour les MTN à PCC).A ce sujet, on utilisera les différents canevas de transmission des données, tels que validés par les différents programmes.

Les outils standards, adaptés aux besoins spécifiques en information du pays seront utilisés.

- **Le système de surveillance à travers les sites sentinelles**

Dans ce cadre, on retiendra quelques sites sentinelles sur base des critères bien établis, à savoir :

- le faciès épidémiologique des maladies ;
- la représentativité géographique ;
- la fonctionnalité de la zone de santé ;
- la présence des partenaires actifs appuyant la mise en œuvre des activités ;
- l'accessibilité géographique ;
- l'existence des données de base.

3.4.3 SURVEILLANCE DANS LE DOMAINE DES MTNS

Une attention particulière sera accordée aux MTN à caractère épidémique (THA) dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies et la riposte. Ceci permettra de détecter à temps l'éclosion de foyers épidémiques et de proposer des actions rapides pour contenir la propagation des cas dans les zones de santé affectées.

3.4.4 LA RECHERCHE

La recherche dans le domaine des MTN permettra de développer des réponses adaptées au contexte du terrain tel que la DMM ou le dépistage/traitement des cas dans des communautés particulières, de prévenir les MTN à transmission vectorielle, de contribuer à la pharmacovigilance et aux essais thérapeutiques pour l'usage des médicaments plus efficaces et moins nocifs pour le traitement des cas de MTN.

Les données de la recherche opérationnelle seront nécessaires pour permettre la prise de décisions sur des bases factuelles. Les activités de recherche vont être focalisées sur les aspects ci-après :

- recherche dans le domaine de la prise en charge ;
- le renforcement de la recherche dans le domaine de la prévention ;
- la réalisation d'études sur les aspects sociaux économiques des MTN ;
- le renforcement des capacités du programme en personnel et équipements dans ce domaine;

3.4.5 LA SUPERVISION

Pendant la mise en œuvre des interventions sur le terrain (Distribution de masse, dépistage et prise en charge des cas), la supervision par le niveau départemental et communal permettra de garantir la qualité des prestations des agents de santé et des relais communautaires. La coordination nationale assurera des visites de supervision en appui au niveau départemental et ce dernier aussi le fera pour les niveaux inférieurs.

La supervision se fera de manière intégrée du niveau central vers le niveau intermédiaire et du niveau intermédiaire vers le niveau périphérique. La fréquence des descentes sur le terrain se présente de la manière ci-après :

- tous les 3 mois, du niveau central vers le niveau intermédiaire ;
- tous les 3 mois, du niveau intermédiaire vers le niveau périphérique ;
- chaque mois, du bureau central de la zone sanitaire vers les formations sanitaires ;
- chaque mois, des structures sanitaires vers les structures communautaires.

Il s'agira essentiellement d'exécuter les activités suivantes :

- Produire et diffuser les fiches de supervision adaptées à chaque niveau.
- Former le personnel à tous les niveaux en techniques de supervision intégrée.
- Organiser des visites de suivi de la supervision.

Les rapports de supervision doivent être élaborés et transmis au niveau hiérarchique supérieur dans les 2 semaines qui suivent la visite de supervision en mettant en exergue les points forts et les points faibles des structures visitées. Un feedback du niveau supérieur sera fait au niveau opérationnel au plus tard une semaine après la réception du rapport comprenant recommandations et suggestions d'actions à mener.

3.4.6 EVALUATION

L'évaluation est une analyse systématique et critique de l'adéquation, de l'efficacité et de l'efficience du programme et des stratégies utilisées, ainsi que de son évolution. Elle est la mesure du niveau d'atteinte des objectifs du Programme.

L'évaluation porte sur l'analyse des résultats à long ou à moyen terme, ou même annuels, par rapport aux buts, objectifs et cibles fixés. Les activités d'évaluation seront plus externes pour une meilleure objectivité. Sans être exhaustif, les évaluations seront réalisées par des organismes tel que l'OMS, le CDC, les ONGDs partenaires etc. Elle se réalisera par :

a. Les enquêtes de base
b. Les enquêtes des ménages
c. Les enquêtes dans les formations sanitaires
d. Les enquêtes dans les pharmacies et centrales de distribution régionales des médicaments

Les évaluations seront réalisées à des intervalles réguliers et ad hoc pour mesurer les produits et l'impact des interventions par rapport aux termes de référence qui fixe les objectifs de l'évaluation : pertinence, efficacité et efficience du programme MTN-CTP

Cette priorité comporte les objectifs stratégiques ci-après :

1. Renforcer la supervision et le suivi-évaluation de la lutte contre MTN
2. Renforcer la surveillance sur sites sentinelles
3. Mener la recherche opérationnelle, la documentation des évidences, leur exploitation dans la prise des décisions
4. Assurer l'amélioration continue de la qualité des données

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi-évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle sur la lutte contre les MTN							
Objectif stratégique 4.1 : 1. Renforcer la supervision et le suivi-évaluation de la lutte contre MTN							
ACTIVITES	**SOUS-ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Développer les guides de supervision, les indicateurs de suivi et d'évaluation ainsi que des outils de collecte d'informations	Elaborer le guide de supervision /monitoring des activités de lutte contre les MTN	**x**					Humaines, matérielles et financières
	Valider le guide de supervision /monitoring des activités de lutte contre les MTN		**x**				Humaines, matérielles et financières
	Reproduire le guide de supervision /monitoring des activités de lutte contre les MTN		**x**				Humaines, matérielles et financières
Renforcer les capacités des niveaux : national, départemental et périphérique en matière de supervision, suivi et évaluation	Former les cadres des niveaux : départemental et zones sanitaires en matière de supervision, le monitorage et l'évaluation des activités de lutte contre les MTN	**x**		**x**		**x**	Humaines, matérielles et financières
	Former/recycler les ICP en matière de supervision, le monitorage et l'évaluation des activités de lutte contre les MTN	**x**		**x**		**x**	Humaines, matérielles et financières
Organiser les missions de supervision et suivi au niveau des départements et zones de sanitaires	Superviser les acteurs du niveau départemental et zones sanitaires	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
Renforcer les capacités des personnels dans la surveillance et riposte	Mettre en place des nouveaux sites de surveillance des MTN pour une meilleure couverture de la surveillance	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Mettre en place des sites de surveillance des schistosomes et les géo-helminthiases pour une meilleure couverture de la surveillance	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
	Former les personnels à tous les niveaux sur la surveillance épidémiologique et riposte sur les MTN	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et

							financières
	Approvisionner les structures en outils de gestion.	x	x	x	x	x	Humaines, matérielles et financières
Organiser les enquêtes sur les sites sentinelles pour FL, ONCHO, SCH Géo-helminthiase et THA	Elaborer un chronogramme d'enquêtes respectant l'agenda épidémiologique de chaque MTN	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Sensibiliser les communautés et écoles abritant les sites en vue de leur adhésion à l'activité	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
	Réaliser les enquêtes (FL : Microfilarémie nocturne, ONCHO : épidémiologique, SCH : Kato Katz et filtration d'urine, THA : test rapide)	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	Humaines, matérielles et financières
Objectif stratégique 4. 2. Etablir un système intégré de gestion des données des programmes de lutte contre les MTN							
ACTIVITES	**SOUS-ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Promouvoir les CAP favorables à la lutte contre les MTN au sein des communautés	Réaliser une enquête CAP	**x**					
	Evaluer l'efficacité des outils de communication		**X**				
	Rédiger un plan de communication sur les MTN		**X**				
Mettre en place une base de données intégrées des MTN	Faire un état des lieux des données disponibles		**X**				
	Commanditer la réalisation d'une base de données accessible via internet		**X**				
	Former tous les acteurs sur la gestion des données						
	Mettre en place les supports de données						
	Intégrer les données des MTN au SNIGS		**X**	**X**			

Doter toutes les zones sanitaires d'équipements pour la gestion des données	Faire un état des lieux des besoins		**X**	**X**			
	Faire les acquisitions d'équipements		**X**	**X**			
	Assurer la maintenance des équipements		**X**	**X**	**X**	**X**	
Objectif stratégique 4. 3.	3. Mener la recherche opérationnelle, la documentation des évidences, leur exploitation dans la prise des décisions						
ACTIVITES	**SOUS-ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Mener des recherches sur les MTN et en disséminer les résultats	Rédiger un plan d'orientation sur la recherche pour les MTN		**X**	**X**			
	Mobiliser les ressources (bourses d'études, financement des recherches)		**X**	**X**	**X**	**X**	
	Mettre en place un centre de documentation sur les MTN		**X**	**X**	**X**	**X**	
Objectif stratégique 4. 4.	Assurer l'amélioration continue de la qualité des données						
ACTIVITES	**SOUS-ACTIVITES**	**CHRONOGRAMME**					**RESSOURCES NECESSAIRES**
		2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
Mettre en place la DQA à tous les niveaux	Former les acteurs sur la DQA		**X**	**X**	**X**	**X**	
	Réaliser à la fin de chaque campagne l'évaluation de la qualité des données		**X**	**X**	**X**	**X**	
	Réaliser une fois par semestre l'évaluation qualité des données pour les MTN à PCC		**X**	**X**	**X**	**X**	

JUSTIFICATION ET ESTIMATION DU BUDGET

Au Bénin, l'analyse de la situation épidémiologique confirme l'existence d'un certain nombre de Maladies Tropicales Négligées et la co-endémicité à plusieurs MTN dans les communes. Le Bénin fait partie des pays d'Afrique ayant mis en œuvre le premier plan quinquennal intégré de lutte contre les MTN de 2012-2016. L'environnement favorable a permis au Bénin de mettre en œuvre les activités planifiées dans ce plan afin que les Maladies Tropicales Négligées ne constituent plus un problème de santé publique. A partir de 2016, le Bénin envisage une lutte anti vectorielle pour les maladies à transmission vectorielle (FL, Schistosomiases, Trachome), une prise en charge de la morbidité liée aux MTN tout en maintenant les acquis des traitements de masse en milieu scolaire et communautaire.

Budgétisation du plan directeur MTN

Un outil de budgétisation conçu par l'OMS permet l'estimation d'un budget du plan stratégique de lutte contre les MTN ; ce budget se veut concis, complet, réaliste et efficient. L'outil de Budgétisation est basé sur le logiciel EXCEL et a un certain nombre de feuilles de calcul.

Pour sa mise en œuvre ce plan nécessite des ressources estimées à vingt-six millions quatre cent quarante-sept mille vingt et un (26 447 021) $US non compris le coût des médicaments

ACTIVITES DU PLAN STRATEGIQUE 2016 A 2020

SP	SO	Category	Activity	Sub-activity	Montant ($US)					Source de financ.
					2016	2017	2018	2019	2020	
SP1	SO1	Procurement of medicine (PC)	Rendre disponible les médicaments	Assurer la commande conjointe des médicaments	234 856	234 856	234 856	234 856	234 856	
SP1	SO1	Procurement of medicine (PC)		Approvisionner les structures de santé en médicaments	2 140	2 140	2 140	2 140	2 140	
SP1	SO1	Mass Drug Administration	Améliorer les connaissances des populations et des acteurs de santé sur les MTN à CTP	Evaluer l'utilisation des supports IEC dans les zones déjà couvertes	18 123	11 323	11 323	11 323	11 323	
SP1	SO1	Mass Drug Administration		Former/recycler les agents de santé, les enseignants et les relais communautaires impliqués dans la DMM sur les MTN à CTP	903 760	903 760	903 760	903 760	903 760	
SP1	SO1	Mass Drug Administration		Organiser des réunions communautaires avant chaque campagne	341 800	0	0	0	1	
SP1	SO1	Mass Drug Administration		Assurer la production et la dissémination du matériel IEC	67 050	22 050	67 050	22 050	22 050	
SP1	SO1	Mass Drug Administration		Organiser les concours de sketch dans les écoles sur les bonnes pratiques dans la lutte contre les MTN	67 050	22 050	67 050	22 050	22 050	
SP1	SO1	Mass Drug Administration	Assurer la distribution coordonnée de masse des médicaments	Organiser les cérémonies de lancement de campagne de distribution de médicaments à tous les niveaux	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	
SP1	SO1	Mass Drug Administration		Assurer l'administration des médicaments en milieu scolaire et communautaire	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	

SP	SO	Category	Activity	Sub-activity	Montant ($US)					Source de financ.
					2016	2017	2018	2019	2020	
SP1	SO1	Mass Drug Administration	Rendre disponible les informations sur la distribution de masse des médicaments	Produire les outils de collecte des données	43 000	5 000	5 000	79 000	5 000	
SP1	SO1	Mass Drug Administration		Approvisionner les structures en outils de collecte de données	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	
SP1	SO1	Mass Drug Administration		Former/recycler les gestionnaires de données à l'utilisation des outils et logiciels de gestion des données à tous les niveaus	15 200	15 200	15 200	15 200	15 200	
SP1	SO1	Mass Drug Administration		Rédiger les rapports de la distribution de masse des médicaments	0	0	0	0	0	
SP1	SO1	Mass Drug Administration		Diffuser le rapport de traitement de masse des médicaments	500	500	500	500	500	
SP1	SO2	Disease surveillance, réponse & control	Renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre les MTN-PCC	Organiser la formation/récyclage de 500 agents de santé par an à la prise en charge des MTN-PCC	175 000	111 900	111 900	111 900	111 900	
SP1	SO2	Disease surveillance, réponse & control		Intégrer les modules de formation des relais communautaires sur l'UB et la lèpre aucours de formation des MTN	0	0	0	0	0	
SP1	SO2	Disease surveillance, réponse & control	Prendre en charge les cas de MTN -PCC	Mettre à l'échelle la stratégie de prévention des invalidités	27 600	24 100	24 100	24 100	24 100	
SP1	SO2	Disease surveillance, réponse & control		Renforcer le dépistage communautaire et les activités de prévention primaires des MTN-PCC	13 400	13 400	13 400	13 400	13 400	
SP1	SO2	Disease surveillance, réponse & control		Acquérir les médicaments pour la prise en charge des cas	0	0	0	0	0	

SP	SO	Category	Activity	Sub-activity	Montant ($US)					Source de financ.
					2016	2017	2018	2019	2020	
SP1	SO2	Disease surveillance, réponse & control		S'approvisionner en réactifs pour la surveillance épidémiologique de la THA	0	0	0	0	0	
SP1	SO2	Disease surveillance, réponse & control		Poursuivre la surveillance épidémiologique de la THA dans les sites sentinels de Tanguiéta, Bassila et Banikoara	6 680	6 680	6 680	6 680	6 680	
SP1	SO2	Disease surveillance, réponse & control		Réunion de synthèse avec les agents de santé des communes de Tanguiéta, Bassila et Banikoara sur la surveillance épidémiologique de la THA	9 082	8 542	8 542	8 542	8 542	
SP1	SO2	Disease surveillance, réponse & control	Rendre disponible les informations sur la prise en charge des cas	Produire les outils de collecte des données	600	0	0	0	0	
SP1	SO2	Disease surveillance, réponse & control		Approvisionner les structures en outils de collecte de données	0	0	0	0	0	
SP1	SO2	Disease surveillance, response & control		Rédiger les rapports de la collecte des informations sur la prise en charge des cas	500	500	500	500	0	
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement	Cartographier et caractériser en collaboration avec le PNLP et le CREC les vecteurs responsables de la transmission de la FL dans le pays	Former les enquêteurs	0	0	0	0	0	
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement		Réaliser l'enquête						
SP1	SO3	Vector and Environmental		Organiser des réunions de planification avec le PNLLUB	800	800	800	800	800	

SP	SO	Category	Activity	Sub-activity	Montant ($US)					Source de financ.
					2016	2017	2018	2019	2020	
		Measurement								
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement		S'assurer de la disponibilité des MIILD dans les zones elligibles au TDM contre la FL	0	0	0	0	0	
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement		Sensibiliser la population sur les bienfaits de l'utilisation des MIILD dans la lutte contre la FL et le paludisme		8 500	5 000	8 500	5 000	
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement		Distribuer les MIILD en collaboration avec le PNLP				500		
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement		Contribuer à l'assainissement et à l'hygiène du milieu pour lutter conttre les gîtes lavaires des moustiques		18 000	10 000	10 000	10 000	
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement		Organiser la PID						
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement	Assurer la lutte anti vectorielle	Contribuer à l'amélioration de l'approvisionnement en eau et à l'hygiène du milieu		50 000	40 000	55 000	30 000	
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement		Effectuer l'épandage de mallococides (Abate) dans les plans d'eau circonscrits						
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement		Assainir le milieu						
SP1	SO3	Vector and Environmental Measurement		Assurer les piégeages sélectifs (sites hyper endémiques)	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	

SP	SO	Category	Activity	Sub-activity	Montant ($US)					Source de financ.
					2016	2017	2018	2019	2020	
SP1	SO4	Case/Morbidity management & disability prevention	Renforcer les capacités des acteurs sur la surveillance des effets secondaires graves (ESG) liés à la prise des médicaments	Mettre en place des équipes multidisciplinaires de surveillance et de gestion des effets secondaires	1 096	0	136	0	0	
SP1	SO4	Case/Morbidity management & disability prevention		Communiquer sur les risques potentiels d'effets secondaires avant et pendant les distributions	3 216	0	0	0	0	
SP1	SO5	Case/Morbidity management & disability prevention	Disposer d'une base de données sur la situation des complications, séquelles et handicaps liés aux MTN	Outiller les relais communautaires pour la notification des cas de séquelles ou handicaps liés aux MTN (FL et Trachome notamment)	12 000	0	0	0	0	
SP1	SO5	Case/Morbidity management & disability prevention		Organiser des missions chirurgicales en faveur des personnes recensées	56 100	26 600	31 800	26 600	26 600	
SP1	SO5	Case/Morbidity management & disability prevention	Offrir les services adéquats à chaque personne en situation de handicap	Promouvoir les services d'auto soin et d'hygiène individuelle	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
SP1	SO5	Case/Morbidity management & disability prevention		Appuyer la réinsertion socioéconomique des personnes en situation de handicap du fait des MTN en collaboration avec la direction des affaires sociales, CARITAS et autres	0	0	0	0	0	

SP	SO	Category	Activity	Sub-activity	Montant ($US)					Source de financ.
					2016	2017	2018	2019	2020	
SP2	SO1	Strategic and operational planning	Elaborer le plan directeur de lutte contre les MTN 2016-2020.	Organiser l'atelier de consolidation et de validation du PSLMTN	22 360	0	0	0	0	
SP2	SO1	Strategic and operational planning		Organiser la réunion d'adoption du PD MTN par le Ministère de la santé	320	0	0	0	0	
SP2	SO1	Strategic and operational planning		Disséminer le plan pluriannuel auprès des autorités politiques, gouvernementales et des partenaires (mulitlatéraux, bilatéraux, ONGD etc)	6 000	0	0	0	0	
SP2	SO1	Strategic and operational planning	Elaborer des plans opérationnels à tous les niveaux	Elaborer un guide de micro planification opérationnelle pour le niveau périphérique	0	0	0	0	0	
SP2	SO1	Strategic and operational planning		Organiser les missions d'appui à l'élaboration des plans opérationnels des zones sanitaires	21 780	0	0	0	0	
SP2	SO2	Resource Mobilization Initiatives	Mobiliser les ressources en faveur de la lutte contre les MTN	Elaborer un plan de mobilisation des ressources/dossier de plaidoyer.	3 600	0	0	0	0	
SP2	SO2	Resource Mobilization Initiatives		Soumettre les plans opérationnels annuels aux administrations locales et aux partenaires	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	
SP2	SO2	Resource Mobilization Initiatives		Elaborer les requêtes de financement	0	0	0	0	0	
SP2	SO2	Coordination Mechanisms	Renforcer le mécanisme de bonne gouvernance des ressources mobilisées	Tenir des réunions d'évaluation avec les partenaires	4 428	4 428	4 428	4 428	4 428	

SP	SO	Category	Activity	Sub-activity	Montant ($US)					Source de financ.
					2016	2017	2018	2019	2020	
SP2	SO2	Coordination Mechanisms		Assurer les audits internes et externes	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	
SP3	SO1	Integration & Linkages of Plans & Budgets	Améliorer l'intégration des activités de lutte contre les MTN aux autres activités du secteur santé	Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)	0	0	0	0	0	
SP3	SO1	Integration & Linkages of Plans & Budgets		Suivre l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les plans intégrés de travail annuel (PITA) des zones sanitaires et des DDS	4 790	4 790	4 790	4 790	4 790	
SP3	SO1	Integration & Linkages of Plans & Budgets		Organiser un atelier de concertation sur l'intégration des activités MTN avec les Médecins Coordonnateurs de Zone	42 060	42 060	42 060	42 060	42 060	
SP3	SO1	Integration & Linkages of Plans & Budgets	Améliorer l'intégration des activités MTN aux autres secteurs connexes (enseignement, collectivités locales, affaires sociales)	Faire un plaidoyer pour l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les Plans de Développement Communal	0	5 530	0	0	0	0
SP3	SO1	High-level Review Meetings	Améliorer la collaboration régionale et internationale en faveur de lutte contre les MTN	Participer à au moins cinq réunions et ateliers d'échanges régionaux et internationaux	0	0	0	0	0	

SP	SO	Category	Activity	Sub-activity	Montant ($US)					Source de financ.
					2016	2017	2018	2019	2020	
SP3	SO1	High-level Review Meetings		Organiser des rencontres transfrontalières dans le cadre de la lutte contre les MTN	6 780	6 780	6 780	6 780	6 780	
SP3	SO2	Advocacy and Communication	Renforcer le cadre de concertation entre les programmes de lutte contre les MTN et les différentes structures et secteurs impliqués	Redynamiser le cadre de concertation entre les parties prenantes.	15 800	15 800	15 800	15 800	15 800	
SP3	SO2	Advocacy and Communication		Organiser la revue périodique (annuelle) des programmes de lutte contre les MTN	84 992	84 992	84 992	84 992	84 992	
SP3	SO2	Advocacy and Communication	Améliorer la visibilité des	Sensibiliser les conseils communaux et municipaux sur la	89 782	89 782	89 782	89 782	89 782	
			programmes MTN	problématique de la lutte contre les MTN						
SP3	SO2	Advocacy and Communication		Editer un bulletin de retro information	18 000	18 000	18 000	18 000	18 000	
SP3	SO2	Advocacy and Communication		Organiser la semaine de lutte contre sur les MTN et le publireportage sur les activités	24 710	24 710	24 710	24 710	24 710	
SP4	SO1	Monitoring, Supervision & Evaluation	Développer les guides de supervision, les indicateurs de suivi et d'évaluation ainsi que des outils de collecte d'informations	Elaborer le guide de supervision du personnel de santé et des agents communautaires	0	10 000	0	0	0	

SP	SO	Category	Activity	Sub-activity	Montant ($US)					Source de financ.
					2016	2017	2018	2019	2020	
SP4	SO1	Monitoring, Supervision & Evaluation		Valider le guide de supervision /monitorage des activités de lutte contre les MTN	0	12 266	0	0	0	
SP4	SO1	Monitoring, Supervision & Evaluation		Reproduire le guide de supervision /monitorage des activités de lutte contre les MTN	7	101 112	0	0	0	
SP4	SO1	Monitoring, Supervision & Evaluation		Former/recycler les ICP en matière de supervision, le monitorage et l'évaluation des activités de lutte contre les MTN	0	30 300	0	0	0	
SP4	SO1	Monitoring, Supervision & Evaluation	Organiser les missions de supervision et suivi au niveau des départements et zones sanitaires	Superviser les acteurs du niveau départemental et zones sanitaires	0	42 120	42 120	42 120	42 120	
SP4	SO2	Monitoring, Supervision & Evaluation	Renforcer les capacités des personnels dans la surveillance et riposte	Mettre en place des sites de surveillance des Schistosomoses et des géo helminthiases pour une meilleure couverture de la surveillance	25 000	0	0	0	0	
SP4	SO2	Monitoring, Supervision & Evaluation		Former les personnels à tous les niveaux sur la surveillance épidémiologique et riposte sur les MTN	0	0	117 008	0	0	
SP4	SO2	Monitoring, Supervision & Evaluation		Approvisionner les structures en outils de gestion	0	0	0	0	0	
SP4	SO2	Monitoring, Supervision & Evaluation	Organiser les enquêtes sur les sites sentinelles pour FL, ONCHO, SCH et THA	Elaborer un chronogramme d'enquêtes respectant l'agenda épidémiologique de chaque MTN	0	0	0	0	0	

SP	SO	Category	Activity	Sub-activity	Montant ($US)					Source de financ.
					2016	2017	2018	2019	2020	
SP4	SO2	Monitoring, Supervision & Evaluation		Sensibiliser les communautés et écoles abritant les sites en vue de leur adhésion à l'activité	0	5 270	5 270	5 270	5 270	
SP4	SO2	Monitoring, Supervision & Evaluation		Réaliser l'enquêtes de Microfilarémie nocturne pour la FL	0	48 600	0	48 600	0	
SP4	SO2	Monitoring, Supervision & Evaluation		Réaliser les enquêtes épidémiologiques de l'Oncho	53 360	21 000	21 000	21 000	21 000	
SP4	SO2	Monitoring, Supervision & Evaluation		Réaliser les enquêtes épidémiologiques de la THA	29 420	29 420	29 420	29 420	29 420	
SP4	SO3	Monitoring, Supervision & Evaluation	Promouvoir les CAP favorables à la lutte contre les MTN au sein des communautés	Réaliser une enquête CAP	0	120 560	0	0	0	
SP4	SO3	Monitoring, Supervision & Evaluation		Evaluer l'efficacité des outils de communication	0	0	10 200	0	0	
SP4	SO3	Monitoring, Supervision & Evaluation		Rédiger un plan de communication sur les MTN	0	24 560	0	0	0	
0				Réaliser une enquête de couverture post TDM	20 280	20 280	20 280	20 280	20 280	
		TOTAL			2 608 353	2 383 592	2 231 708	2 150 764	1 998 665	

TABLEAU 15 : DONNEES ADMINISTRATIVES, SCOLAIRES ET SANITAIRES PAR COMMUNES EN 2016

Départements	**Zones sanitaires**	**Communes**	**Nombre de villages**	**Population totale**	**12 – 59 mois**	**5–14 ans**	**Nombre d'écoles primaires***	**Formations sanitaires**		
								Hôpital de Référence (CHD)	**Hôpital de zone**	**Centre de santé**
ALIBORI		BANIKOARA	69	275 651	50 168	77 182	184	1	1	
		GOGOUNOU	34	130 599	23 769	36 568	73			
		KANDI	48	197 000	35 854	55 160	116		1	
		KARIMAMA	18	73 924	13 454	20 699	42			
		MALANVILLE	31	186 271	33 901	52 156	69		1	
		SEGBANA	29	98 973	18 013	27 712	46			
TOTAL ALIBORI			**229**				**530**	**1**	**3**	

Départements	Zones sanitaires	Communes	Nombre de villages	Population totale	12 – 59 mois	5–14 ans	Nombre d'écoles primaires*	Formations sanitaires		
								Hôpital de Référence (CHD)	Hôpital de zone	Centre de santé
		BOUKOUMBE	71	92 187	16 778	25 812	108			
		COBLY	26	76 452	13 914	21 406	85			
		KEROU	28	109 004	19 839	30 521	73			
		KOUANDE	51	124 192	22 603	34 774	106		1	
		MATERI	56	123 071	22 399	34 460	130			
		NATITINGOU	65	115 318	20 988	32 289	144		1	
		PEHUNCO	26	86 672	15 774	24 268	71			
		TANGUIETA	39	81 747	14 878	22 889	82		1	
ATACORA		TOUCOUNTOUNA	21	44 337	8 069	12 414	50			
TOTAL ATACORA			**383**				**849**	**1**	**3**	
		ABOMEY-CALAVI	71	727 280	132 365	203 638	702		1	
		ALLADA	85	141 354	25 726	39 579	159			
		KPOMASSE	68	75 085	13 665	21 024	81			
ATLANTIQUE		OUIDAH	60	179 107	32 597	50 150	165		1	

Départements	Zones sanitaires	Communes	Nombre de villages	Population totale	12 – 59 mois	5–14 ans	Nombre d'écoles primaires*	Formations sanitaires		
								Hôpital de Référence (CHD)	Hôpital de zone	Centre de santé
		SO-AVA	42	131 380	23 911	36 786	67			
		TOFFO	55	111 892	20 364	31 330	104			
		TORI-BOSSITO	47	63 690	11 592	17 833	73			
		ZE	73	118 591	21 584	33 205	110			
TOTAL ATLANTIQUE			**501**				**1461**	**0**	**2**	
		BEMBEREKE	43	139 105	25 317	38 949	103		1	
		KALALE	44	186 841	34 005	52 316	96			
		N'DALI	24	127 124	23 137	35 595	92		1	
		NIKKI	53	166 824	30 362	46 711	128		1	
		PARAKOU	41	281 896	51 305	78 931	271			
		PERERE	35	87 855	15 990	24 599	72			
		SINENDE	35	97 992	17 835	27 438	61			
BORGOU		TCHAOUROU	36	245 146	44 617	68 641	176			
TOTAL BORGOU			**311**				**999**	**1**	**3**	

Départements	Zones sanitaires	Communes	Nombre de villages	Population totale	12 – 59 mois	5–14 ans	Nombre d'écoles primaires*	Formations sanitaires		
								Hôpital de Référence (CHD)	Hôpital de zone	Centre de santé
		BANTE	34	118 572	21 580	33 200	114			
		DASSA-ZOUME	68	124 307	22 624	34 806	151		1	
		GLAZOUE	48	136 973	24 929	38 353	152			
		OUESSE	39	157 172	28 605	44 008	122			
		SAVALOU	71	160 558	29 222	44 956	155		1	
COLLINES		SAVE	38	96 879	17 632	27 126	116		1	
TOTAL COLLINES			**298**				**810**	**0**	**3**	
		APLAHOUE	65	188 559	34 318	52 796	159		1	
		DJAKOTOME	72	149 349	27 181	41 818	119			
		DOGBO	53	112 945	20 556	31 625	122			
		KLOUEKANME	60	142 511	25 937	39 903	108		1	
		LALO	61	132 026	24 029	36 967	112			
COUFFO		TOVIKLIN	57	97 162	17 684	27 205	92			
TOTAL COUFFO			**368**				**712**	**0**	**2**	

Départements	Zones sanitaires	Communes	Nombre de villages	Population totale	12 – 59 mois	5–14 ans	Nombre d'écoles primaires*	Formations sanitaires		
								Hôpital de Référence (CHD)	Hôpital de zone	Centre de santé
		BASSILA	29	144 987	26 388	40 596	115		1	
		COPARGO	28	79 040	14 385	22 131	74			
		DJOUGOU	76	295 498	53 781	82 739	268		1	
DONGA		OUAKE	44	82 071	14 937	22 980	77			
TOTAL DONGA			**177**				**534**	**1**	**2**	
LITTORAL		COTONOU	142	752 680	136 988	210 750	628			
TOTAL LITTORAL			**142**				**628**	**0**		
		ATHIEME	47	62 362	11 350	17 461	70			
		BOPA	60	107 100	19 492	29 988	112			
		COME	38	88 326	16 075	24 731	102		1	
		GRAND-POPO	43	63 740	11 601	17 847	78			
		HOUEYOGBE	60	111 846	20 356	31 317	128			
MONO		LOKOSSA	46	115 781	21 072	32 419	134		1	
TOTAL MONO			**294**				**624**	**1**	**2**	
OUEME		ADJARRA	48	107 436	19 553	30 082	131			

Départements	Zones sanitaires	Communes	Nombre de villages	Population totale	12 – 59 mois	5–14 ans	Nombre d'écoles primaires*	Formations sanitaires		
								Hôpital de Référence (CHD)	Hôpital de zone	Centre de santé
		ADJOHOUN	55	83 105	15 125	23 269	76		1	
		AGUEGUES	21	49 320	8 976	13 810	27			
		AKPRO-MISSERET	40	134 788	24 531	37 741	132			
		AVRANKOU	51	144 995	26 389	40 599	144			
		BONOU	28	49 260	8 965	13 793	52			
		DANGBO	42	106 335	19 353	29 774	93			
		PORTO-NOVO	83	292 276	53 194	81 837	353			
		SEME-KPODJI	38	248 582	45 242	69 603	260			
TOTAL OUEME			**406**				**1268**	**1**	**1**	
		ADJA-OUERE	47	128 559	23 398	35 997	109			
		IFANGNI	41	126 116	22 953	35 312	120			
		KETOU	38	173 511	31 579	48 583	177			
		POBE	46	137 193	24 969	38 414	113		1	
PLATEAU		SAKETE	48	126 623	23 045	35 455	108		1	

Départements	Zones sanitaires	Communes	Nombre de villages	Population totale	12 – 59 mois	5–14 ans	Nombre d'écoles primaires*	Formations sanitaires		
								Hôpital de Référence (CHD)	Hôpital de zone	Centre de santé
TOTAL PLATEAU			**220**				**627**	**0**	**2**	
		ABOMEY	29	102 915	18 730	28 816	113			
		AGBANGNIZOUN	50	80 634	14 675	22 577	92			
		BOHICON	51	189 152	34 426	52 962	183			
		COVE	35	55 696	10 137	15 595	52		1	
		DJIDJA	77	137 264	24 982	38 434	158		1	
		OUINHI	28	66 360	12 078	18 581	61			
		ZAGNANADO	34	60 884	11 081	17 048	81			
		ZA-KPOTA	56	146 795	26 717	41 103	124			
ZOU		ZOGBODOMEY	65	104 510	19 021	29 263	109			
TOTAL ZOU			**425**	**803 531**	**115 387**	**219 926**	**973**	1	2	
TOTAL BENIN			**3754**	**9 067 075**	**1 295 127**	**2 473 818**	**10 115**	**6**		

Tableau : Répartition du nombre de nouveaux cas de lèpre dépistés par commune en 2015

Département	**Communes**	**Nombre de nouveaux cas**
Ouémé	Adjarra	0
	Adjohoun	0
	Aguégués	0
	Akpro-Missérété	0
	Avrankou	1
	Bonou	0
	Dangbo	0
	Porto-Novo	0
	Sèmè-Kpodji	0
Plateau	Adja-Ouèrè	0
	Ifangni	0
	Kétou	6
	Pobè	21
	Sakété	0
Atlantique	Abomey-Calavi	0
	Allada	0
	Kpomassè	0
	Ouidah	4
	So-Ava	0
	Toffo	0
	Torri-Bossito	0
	Zè	2
Littoral	Cotonou	3
Mono	Athiémé	0
	Bopa	0
	Comé	0
	Grand-Popo	0
	Houéyogbé	1
	Lokossa	0

Couffo	Aplahoué	0
	Djakotomè	0
	Dogbo	27
	Klouékamè	0
	Lalo	0
	Toviklin	0
Zou	Abomey	0
	Agbangnizoun	33
	Bohicon	0
	Covè	1
	Djidja	0
	Ouinhi	8
	Zagnanado	0
	Za-Kpota	0
	Zogbodomè	0
Collines	Bantè	0
	Dassa-Zoumè	1
	Glazoué	0
	Ouèssè	0
	Savalou	1
	Savè	0
Borgou	Bembèrèkè	0
	Kalalé	1
	N'Dali	0
	Nikki	4
	Parakou	6
	Pèrèrè	1
	Sinendé	0
	Tchaourou	0
Alibori	Banikoara	0
	Gogounou	0

	Kandi	0
	Karimama	0
	Malanville	0
	Ségbana	1
Atacora	Boukoumbé	2
	Cobly	15
	Kérou	4
	Kouandé	2
	Matéri	4
	Natitingou	2
	Péhunco	2
	Tanguiéta	5
	Toukountouna	0
Donga	Bassila	0
	Copargo	0
	Djougou	14
	Ouaké	2
TOTAL		**174**

Tableau : Répartition du nombre de nouveaux cas d'UB dépistés par commune en 2015

Département	Commune	Nombre de cas
Atlantique	Abomey-Calavi	7
	Allada	1
	So-Ava	4
	Toffo	4

	Zè	15
Collines	DassaZoumè	1
	Glazoué	1
Couffo	Aplahoué	2
	Klouékanmey	2
	Lalo	25
	Toviklin	2
Littoral	Cotonou	1
Mono	Athiémé	1
	Bopa	3
	Houéyogbé	1
Ouémé	Adjohoun	28
	Akpo-Missérété	1
	Bonou	46
	Dangbo	23
	Porto-Novo	3
	Sèmè-Kpodji	2
Plateau	Adja-Ouèrè	32
	Ifangni	1
	Kétou	4
	Pobè	22
	Sakété	5
Zou	Abomey	2
	Agbangnizoun	1
	Bohicon	3
	Covè	1
	Djidja	2
	Ouinhi	19
	ZaKpota	5
	Zagnanado	3
	Zogbodomey	14

Hors République	24
Total général	311