

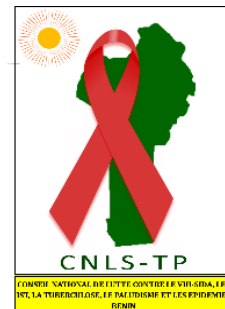


**PRESIDENCE DE LE REPUBLIQUE DU BENIN**

**CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA,  
LA TUBERCULOSE, LE PALUDISME, LES HEPATITES,  
LES IST ET LES EPIDEMIES**

**(CNLS-TP)**

**SECRETARIAT EXECUTIF**



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL INTEGRE ORIENTE VERS  
L'ELIMINATION DU VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE, LE  
PALUDISME, LES HEPATITES VIRALES, LES IST ET LES  
MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE**

**2019-2023**

**Avril 2019**

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	0
AVANT PROPOS .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
DECLARATION.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
LISTE DES FIGURES.....	4
LISTE DES TABLEAUX .....	4
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	5
RESUME EXECUTIF .....	10
INTRODUCTION .....	12
I. Contexte et justification .....	13
1.1 Caractéristiques socio-économiques du Bénin .....	13
1.2 Caractéristiques socio-sanitaires du Bénin .....	15
1.3 Analyse des piliers du système de santé au Bénin .....	18
II. Justification de l'approche de l'intégration des pathologies prioritaires VIH/Sida, Tuberculose, Hépatites virales, Paludisme et maladies à potentiel épidémiques au Bénin .....	20
2.1 Définition opérationnelle de concepts.....	20
2.2 Bases conceptuelles .....	20
2.3 Approche méthodologique du processus .....	22
III. Analyse de la situation épidémiologique et de la riposte aux différentes pathologies prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique .....	23
3.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse aux IST et au VIH/Sida.....	23
3.1.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique .....	23
3.1.2 Synthèse de l'analyse de la riposte aux IST et au VIH/Sida .....	26
3.2 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à la tuberculose.....	31
3.2.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique de la tuberculose .....	31
3.2.2 Synthèse de l'analyse de la riposte à la tuberculose.....	31
3.3 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse au paludisme.....	33
3.3.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique du Paludisme.....	33
3.3.2 Synthèse de l'analyse de la riposte au paludisme .....	35
3.4 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse aux hépatites virales .	38
3.4.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique des hépatites virales .....	38
3.4.2 Synthèse de l'analyse de la riposte aux hépatites virales .....	40
3.5 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse aux maladies à potentiel épidémique.....	42
3.5.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique des maladies à potentiel épidémique .....	42
3.5.2 Synthèse de l'analyse de la riposte aux maladies à potentiel épidémique.....	45
IV. Autres domaines de riposte aux maladies .....	50

4.1 Contribution de la médecine traditionnelle à la prise en charge des pathologies couvertes.....	50
4.2 Contribution de la société civile à la riposte aux pathologies prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique.....	51
4.3 Riposte aux maladies couvertes dans le monde du travail .....	52
V. Analyse transversale du système de santé .....	53
5.1 Cartographie des parties prenantes du CNLS-TP .....	53
5.2 Principaux défis transversaux du système de santé du Bénin .....	56
5.3 Cartographie des interventions de lutte contre les maladies prioritaires .....	58
VI. Orientations stratégiques du PSNIE 2019-2023.....	59
6.1 Principes directeurs.....	59
6.2 Alignement du PSNIE.....	60
6.3 Vision, objectifs et résultats d'impact du PSNIE.....	63
6.3.1 Vision .....	63
6.3.2 Objectifs.....	63
6.3.3 Résultats d'impact global attendus du PSNIE.....	63
6.4 Approche différenciée pour le développement dans la riposte intégrée.....	64
6.5 Stratégies novatrices, y compris des aspects intégrés de la lutte contre les maladies cibles du CNLS-TP retenues pour le PSNIE .....	65
6.5.1 VIH/Sida et IST .....	65
6.5.2 Tuberculose .....	67
6.5.3 Paludisme .....	68
6.5.4 Hépatites .....	70
6.5.5 Epidémies .....	72
6.6 Stratégies des aspects transversaux de la lutte contre les maladies cibles du CNLS-TP.....	74
6.6.1 Gouvernance, leadership et multisectorialité.....	74
6.6.2 Financement.....	74
6.6.3 Ressources humaines pour la santé (RHS) .....	74
6.6.4 Produits de santé, infrastructures et équipements .....	74
6.6.5 Prestations de services .....	75
6.6.6 Système d'information, suivi-évaluation et recherche .....	75
6.6.7 Genre et droits humains.....	75
VII. Cadre de résultats du PSNIE 2019-2023.....	76
VIII. Mécanisme de mise en œuvre .....	95
8.1 Cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre du PSNIE .....	95
8.2 Rôle du Secrétariat Exécutif du CNLS-TP .....	95
8.3 Rôle des organes de mise en œuvre du CNLS-TP .....	96
8.3.1 Rôle des programmes et directions du Ministère de la Santé .....	96
8.3.2. Rôle des ministères en charge des cibles prioritaires et des autres ministères .....	97

8.3.3 Rôle de la société civile et du secteur privé .....	98
IX. Cadre de suivi et évaluation .....	101
9.1 Le suivi des performances en routine .....	101
9.2 Mise en œuvre des revues et des évaluations.....	103
X. Cadrage budgétaire du PSNIE.....	104
10.1 Méthode de budgétisation du PSNIE .....	104
10.2 Stratégie de mobilisation des ressources.....	105
XII. Analyse des contraintes .....	105
XIII. Conditions de réussite.....	105
CONCLUSION .....	106
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	107

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : <i>Evolution de la Prévalence du VIH au sein de la population générale, des populations clés et autres groupes vulnérables au Bénin (Source : ESDG 2017)</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 2 : <i>Cascade TARV au 31 décembre 2018</i> .....	29
Figure 3 : <i>Evolution de la couverture vaccinale BCG selon les moyens financiers ...</i> <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Figure 4 : <i>Trajectoire théorique des programmes vers l'élimination</i> .....	50
Figure 5 : <i>Cartographie des principales directions et agences opérationnelles du CNLS-TP</i> .....	54
Figure 6 : <i>Synthèse des principes directeurs du PSNIE</i> .....	60
Figure 7 : <i>Schéma du cadre institutionnel de mise en œuvre</i> .....	100
Figure 8 : <i>Représentation de l'approche de budgétisation</i> .....	104

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : <i>Indicateurs macroéconomiques du Bénin (Source : PEA 2018 ; estimations (e) et prévisions (p) basées sur les calculs des auteurs)</i> .....	14
<b>Tableau 2</b> : <i>Système national de santé au Bénin en 2016 (Source : SGSI/DPP/MS, Annuaire des Statistiques Sanitaires 2017)</i> .....	16
Tableau 3 : <i>Synthèse des sources de financement des interventions de lutte contre les maladies</i> .....	19
Tableau 4 : <i>Cascade des 3X90 au 31 décembre 2018</i> .....	30
Tableau 5 : <i>Récapitulatif du niveau de couverture adéquate des interventions</i> .....	58
Tableau 6 : <i>Cadre de résultats du PSNIE 2019-2023</i> .....	76

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES**

ABE	:	Agence Béninoise pour l'Environnement
ABMS/PSI	:	Association Béninoise de Marketing Social/Population Service International
ABOSCHVi	:	Alliance Béninoise des Organisations de la Société Civile contre les Hépatites Virales
ABPF/IPPF	:	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille/ International Planned Parenthood Federation
ABSSA	:	Agence Béninoise pour la Sécurité Sanitaire des Aliments
ANPC	:	Agence Nationale de la Protection Civile
ANRS	:	Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales
ANTS	:	Agence Nationale de Transfusion Sanguine
ANV – SSP	:	Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaires
ARCH	:	Assurance pour Renforcement du Capital Humain
ARV	:	Antirétroviraux
ASCQ	:	Agent de Santé Communautaire Qualifié
ATDA	:	Agences Territoriales de Développement Agricole
BAD	:	Banque Africaine de Développement
BCG	:	Bacille de Calmette et Guérin
BESYP	:	Bénin Synergie Plus
BIT	:	Bureau International du Travail
CAME	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CCLS-TP	:	Conseil Communal de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies
CDI	:	Consommateur de Drogue par Injection
CDLS-TP	:	Conseil Départemental de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies
CDT	:	Centre de Dépistage et de Traitement
CELS	:	Comités d'Entreprise de Lutte contre le SIDA
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CNLS-TP	:	Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le

Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies

COUSP	:	Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
CPN	:	Consultation Prénatale
CPS	:	Centre de Promotion Sociale
CPS	:	Chimio prophylaxie du Paludisme Saisonnier
CSA	:	Centre de Santé d'Arrondissement
CSU	:	Couverture Santé Universelle
CTA	:	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DDS	:	Direction Départementale de la Sante
DHIS2	:	District Health Information System
DNSP	:	Direction Nationale de la Santé Publique
DPP	:	Direction de la Programmation et de la Prospective
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
EEZS	:	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
EIR	:	Equipe d'Intervention Rapide
ESDG	:	Enquête de Surveillance de Deuxième Génération
FADEC	:	Fonds d'Appui au Développement des Communes
FHV	:	Fièvre Hémorragique Virale
GAM	:	Global AIDS Monitoring
GAS	:	Gestion des Achats et des Stocks
GE	:	Goutte Epaisse
HIA	:	Hôpital d'Instruction des Armées
HSB	:	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes
IEC/CCC	:	Information Education Communication/Communication pour un Changement de Comportement
INC	:	Institution Nationale de Coordination
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
LAV	:	Lutte Anti Vectorielle
LCCSSA	:	Laboratoire Central de Contrôle de la Sécurité Sanitaire des Aliments
LRM	:	Laboratoire de Référence de Mycobactéries
MAEP	:	Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche

MCVDD	:	Ministère du Cadre de Vie et du Développement Durable
MESTFP	:	Ministère de l'Enseignement Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle
MIILD	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MPE	:	Maladie à Potentiel Epidémique
MS	:	Ministère de la Santé
OCJ	:	Organe Consultatif de la Jeunesse
ODD	:	Objectifs de Développement Durable
OIE	:	Organisation Internationale de Santé Animale
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OSC	:	Organisation de Société Civile
PAG	:	Programme d'Action du Gouvernement
PEA	:	Perspectives Economiques en Afrique
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
	:	
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PID	:	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PIHI	:	Paquet d'Intervention à Haut Impact
PIHIA	:	Paquet d'Intervention à Haut Impact Améliorée
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PMT	:	Praticien de la Médecine Traditionnelle
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLH	:	Programme National de Lutte contre les Hépatites
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNPMT	:	Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle
PNT	:	Programme National contre la Tuberculose
PPL	:	Personne Privé de Liberté
PreP	:	Prophylaxie pré exposition
PS	:	Professionnelle du Sexe
PSLS	:	Programme Santé de Lutte contre le Sida



PSNIE	:	Plan Stratégique National Intégré orienté vers l'Elimination
PTF	:	Partenaire Technique et Financier
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PvVIH	:	Personne vivant avec le VIH
RABeJ/SD	:	Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagés pour la Santé et le Développement
RC	:	Relai Communautaire
RDS	:	Respondent Driven Sampling
RéBAP+	:	Réseau Béninois des Associations de Personnes Vivant avec le VIH/Sida
RESAOLAB	:	Réseau d'Afrique de l'Ouest des Laboratoires d'Analyses Biomédicales
RESUREP	:	Réseau de Surveillance Epidémiologique
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS	:	Ressources Humaines en Santé
ROAFEM	:	Réseau des ONG et Associations des femmes contre la féminisation du VIH-Sida
ROBS	:	Réseau des ONG Béninoises de Santé
RSI	:	Règlement Sanitaire International
SA	:	Service Adapté
SBR		Serveuse de Bar et Restaurant
SCDA	:	Secteurs Communaux pour le Développement Agricole
SESS	:	Service d'Epidémiologie et de Surveillance Sanitaire des frontières, Ports et Aéroports
SGSI	:	Service de Gestion du Système d'Information
SIDA	:	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquise
SIGL	:	Système Intégré de Gestion Logistique
SIMR	:	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIGS	:	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SP	:	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TDF / 3TC	:	Tenofovir Disoproxil Fumarate/ Lamuvudine
TDR	:	Test de Diagnostic rapide
TPI	:	Traitement Préventif Intermittent
UFLS	:	Unité Focale de Lutte contre le SIDA

UNESCO	:	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
USAID	:	Agence des États-Unis pour le Développement International
VHB	:	Virus de l'Hépatite B
VHC	:	Virus de l'Hépatite C
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	:	Zone Sanitaire

## RESUME EXECUTIF

L'état des lieux de la réponse aux maladies prioritaires que sont le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose, les hépatites virales, les IST et les maladies à potentiel épidémique révèle une lente amélioration des indicateurs. Malgré les efforts déployés par l'Etat et les partenaires au développement, le pays n'a pu être au rendez-vous des Objectifs du Millénaire pour le Développement et risque de ne pas atteindre les Objectifs de Développement Durable si le contexte actuel demeure.

Dès lors, un nouveau paradigme organisationnel, programmatique et financier a été développé par le Bénin. C'est ainsi que le CNLS-TP, cadre holistique de coordination des interventions en matière de santé a été créé pour répondre aux impératifs fixés par le Gouvernement en vue d'impacter significativement les populations et aller vers l'élimination de ces maladies à l'horizon 2030. Le CNLS-TP a entrepris de faire autrement, à travers l'intégration de la réponse aux maladies prioritaires pour sortir chacune d'elles de son isolement vers une approche de santé publique afin d'améliorer la santé des populations, en particulier les plus vulnérables. Cette nouvelle dynamique vise aussi l'efficacité grâce à la réalisation d'économies d'échelle face au contexte actuel d'amenuisement des ressources.

C'est ce qui justifie l'élaboration du Plan Stratégique National Intégré orienté vers l'Elimination du VIH/Sida, du paludisme, de la tuberculose, des hépatites virales, des IST et des maladies à potentiel épidémique (PSNIE) qui définit une approche intégrée visant à renforcer et à accélérer la riposte aux maladies prioritaires conformément aux référentiels nationaux et internationaux. Le PSNIE ambitionne d'être un document d'orientation et de gouvernance des structures de mise en œuvre (programmes, services et autres directions bénéficiant d'une même coordination), mais aussi comme une innovation de par son approche à la fois transversale, intégratrice et orientée vers l'élimination.

Les objectifs du PSNIE se déclinent comme suit :

- réduire de 50% les nouvelles infections liées aux maladies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites, IST, maladie à potentiel épidémique d'ici à 2023 ;
- réduire la mortalité liées aux maladies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites, IST et maladies à potentiel épidémique de 60% d'ici à 2023 ;
- rendre intégrée et performante la gouvernance de la riposte nationale aux maladies prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique d'ici à 2023.

Le processus d'élaboration du PSNIE 2019-2023 a été participatif et inclusif avec l'implication de toutes les parties prenantes : acteurs du système de santé des secteurs public et privé ; organisations de la société civile ; acteurs de la santé animale et

environnementale selon l'approche « Une seule santé » et des autres secteurs de développement avec une participation très large, ce qui a permis de prendre en compte toutes les dimensions liées aux problématiques abordées, constituant ainsi un gage de succès pour sa mise en œuvre.

Il a bénéficié de l'appui technique et financier de l'Etat et des partenaires au développement (ONUSIDA, OMS, Fonds mondial et USAID) à travers la mobilisation d'experts nationaux et internationaux ainsi que l'organisation des rencontres animées par les groupes techniques thématiques et le comité de coordination.

Les stratégies novatrices au plan transversal sont en rapport avec la mise en place de :

- un système unique d'information stratégique ;
- un système unique de suivi-évaluation ;
- un système unique de gestion des intrants, médicaments et autres produits de santé ;
- un réseau harmonisé de laboratoires pour le diagnostic ;
- une approche communautaire spécifique et harmonisée.

Des stratégies spécifiques relatives aux maladies ont également été élaborées.

Le PSNIE couvre 3 résultats d'impacts, 36 résultats d'effets et 91 produits avec 216 stratégies et 1 080 activités sur la période 2019 à 2023. Son budget estimatif s'élève à trois cent dix-neuf milliards quatre cent soixante-six millions trois cent quarante-deux mille huit cent trente (319 466 342 830) F CFA.

Pour mobiliser les ressources en vue de la mise en œuvre du PSNIE, plusieurs stratégies seront mises à contribution :

- mise en place et opérationnalisation d'un mécanisme de mobilisation de ressources au sein du CNLS-TP ;
- plaidoyer pour l'augmentation de la contribution du Budget National ;
- amélioration du partenariat public-privé pour le financement du secteur de la santé à travers le renforcement de la responsabilité sociétale des entreprises ;
- intégration dans les Plans de Développement des collectivités locales de lignes budgétaires dédiées à la santé en général et à la lutte contre les maladies couvertes par le CNLS-TP en particulier ;
- mobilisation de ressources extérieures via les PTF et le secteur privé international ;
- réinvestissement des économies d'échelle qui proviendront de l'intégration et de la transversalité des différentes activités des projets/programmes.

## INTRODUCTION

En Avril 2018, le Gouvernement du Bénin a adopté en Conseil des Ministres, le Décret N°2018-149 du 25 avril 2018 portant création, composition, attributions, et fonctionnement du Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies (CNLS-TP). Il concrétise ainsi sa volonté de créer un cadre de coordination holistique pour un ensemble de maladies dont l'ampleur et la gravité interpellent la responsabilité de l'État en tant que garant du droit à la santé et à la protection sociale. En effet, le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les épidémies constituent un frein au développement du pays. C'est la toute première fois que les programmes de lutte contre ces différentes maladies bénéficient d'une même coordination dont l'ancrage institutionnel est le plus haut possible au sommet de l'État, montrant ainsi l'engagement personnel du Président de la République.

Le Plan Stratégique National Intégré orienté vers l'Elimination (PSNIE) du VIH/Sida, de la Tuberculose, du Paludisme, des Hépatites, des Infections Sexuellement Transmissibles et des Epidémies traduit la volonté du Gouvernement du Bénin d'apporter à ces maladies, une réponse plus robuste qu'auparavant à travers un choix judicieux des interventions, un financement conséquent et l'identification de passerelles de mutualisation efficiente des ressources. Il s'agit ici, non pas encore d'éradiquer, mais plutôt de réduire l'incidence et la prévalence de ces maladies à des niveaux tels qu'elles ne constituent plus des enjeux de santé publique. Le paradigme de l'élimination, en santé publique, est ainsi soutenu par trois piliers essentiels que sont :

- la réduction du nombre de nouveaux cas par une politique efficace de prévention ;
- la détection (diagnostic, dépistage) active des cas ;
- la prise en charge effective (traitement, suivi et soutien) des cas détectés.

Le présent document est le fruit d'un travail participatif auquel ont contribué l'équipe du CNLS-TP, les programmes de santé dans leur ensemble, des consultants nationaux et internationaux avec le soutien des partenaires techniques et financiers que sont le Fonds Mondial, l'ONUSIDA, l'USAID et l'OMS. Il est structuré en cinq parties. La première partie présente le contexte et la démarche d'élaboration du PSNIE. La deuxième partie aborde l'analyse de la situation et de la réponse, d'abord de manière transversale puis par maladie, y compris les options stratégiques qui s'offrent pour aller vers l'élimination. La troisième partie présente le cadre des résultats au travers de trois résultats d'impact : (i) gouvernance, (ii) incidence et (iii) morbidité et mortalité. La

quatrième partie est consacrée aux modalités de mise en œuvre et au plan opérationnel. La cinquième partie présente l'approche de suivi-évaluation.

## **I. Contexte et justification**

### **1.1 Caractéristiques socio-économiques du Bénin**

Avec une superficie de 114 763 km<sup>2</sup>, le Bénin avait une population de 10 008 749 habitants selon le Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH4) réalisé en 2013 dont 5 120 929 personnes de sexe féminin soit 51,2% de la population totale. Le Bénin connaît un taux annuel d'accroissement inter censitaire de 3,5%. La population en 2019 selon les projections de l'INSAE est de 12 005 589 habitants avec 6 081 397 personnes de sexe féminin, soit 50,65%.

La République du Bénin est limitée au Nord-Ouest par le Burkina Faso, au Nord-Est par le Niger, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'Océan Atlantique.

Le découpage territorial en vigueur divise le Bénin en douze (12) départements qui sont : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. Ces douze départements sont divisés en soixante-dix-sept (77) communes subdivisées à leur tour en 546 arrondissements, eux aussi en 3 747 quartiers de ville et villages.

L'élection présidentielle de mars 2016 s'est soldée par la victoire de Patrice Talon. En décembre 2016, la nouvelle équipe au pouvoir a adopté le « **Programme d'Actions du Gouvernement** » (PAG), un plan de développement structuré autour de 45 projets phares visant à améliorer la productivité et les conditions de vie de la population.

Bien que le climat sociopolitique reste globalement favorable et propice aux réformes, les autorités sont confrontées à des attentes sur le plan économique afin de réduire le chômage des jeunes, améliorer les conditions de vie, stimuler la croissance et renforcer les services publics.

En ce qui concerne le contexte macroéconomique, pour 2017, le taux de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) réel du Bénin était estimé à 5,5 %, en progression par rapport aux 4 % de 2016<sup>1</sup>. Les projections pour 2018 et 2019 sont aussi prometteuses avec des taux respectifs de 6% et 6,3 % comme le montre tableau n°1.

---

<sup>1</sup> Perspectives Economiques en Afrique (PEA) 2018 de la BAD

**Tableau 1** : Indicateurs macroéconomiques du Bénin (Source : PEA 2018 ; estimations (e) et prévisions (p) basées sur les calculs des auteurs)

Indicateurs	2016	2017 (e)	2018 (p)	2019 (p)
Taux de croissance du PIB réel	4,0	5,6	6,0	6,3
Taux de croissance du PIB réel par habitant	1,4	3,0	3,4	3,7
Inflation	-0,8	0,1	2,4	2,7
Solde budgétaire (% PIB)	-6,2	-5,8	-4,7	-3,2
Compte courant (% PIB)	-9,4	-10,5	-8,1	-6,1



En 2016-2017, la performance économique était principalement due aux réformes du Programme d'Actions du Gouvernement (PAG) 2016–2021, intitulé « Bénin révélé » et visant à augmenter les dépenses publiques d'investissement dans les infrastructures, l'agriculture, le tourisme ou les services sociaux de base. Il constitue le cadre de

référence unique pour la politique de l'État béninois. Le PAG d'un coût global de 9 039 milliards de FCFA repose sur un panel de 45 projets phares, complétés par 95 projets sectoriels et 19 réformes institutionnelles qui ont été lancés pour la transformation économique et sociale du Bénin. Il vise : (i) à consolider la démocratie, l'état de droit et la bonne gouvernance, (ii) la transformation structurelle de l'économie, (iii) améliorer les conditions de vie des populations.

Les perspectives positives du pays devraient également s'expliquer par la considérable augmentation de la production agricole, notamment du coton, estimée à 578 000 tonnes pour la campagne 2017-2018<sup>2</sup> ; l'augmentation des capacités de production de l'électricité ; et la reprise économique au Nigéria, dont l'activité commerciale du Bénin est tributaire.

Le pays s'est aussi amélioré dans le classement Doing Business<sup>3</sup> où il figure parmi les dix meilleurs pays réformateurs en 2015 et 2016. Il est ainsi passé de la 158<sup>ème</sup> place en 2015 à la 151<sup>ème</sup> sur 190 pays en 2017. Cependant, malgré ces évolutions positives, ce classement témoigne de l'ampleur des efforts à faire pour améliorer le climat des

<sup>2</sup> Statistiques MAEP

<sup>3</sup> <http://français.doingbusiness.org>

affaires. Les obstacles auxquels fait face le secteur privé sont liés à la qualité des infrastructures tels que l'accès à l'électricité, ou à l'internet, l'accès aux crédits et financements et une fiscalité à améliorer.

## **1.2 Caractéristiques socio-sanitaires du Bénin**

**Le niveau périphérique** du système de santé est la zone sanitaire, dénomination locale du district sanitaire. L'équipe d'encadrement de la zone sanitaire est dirigée par le médecin coordonnateur de zone et comprend plusieurs autres cadres sanitaires, administratifs, financiers et techniques de la zone sanitaire.

**Le niveau intermédiaire** correspond administrativement au niveau départemental. On compte donc actuellement douze (12) directions départementales de la santé et un Centre Hospitalier Départemental (CHD) pour deux départements administratifs, sauf dans l'Atacora/Donga qui compte 02 CHD.

**Le niveau central ou national** fixe les orientations stratégiques, c'est le niveau de conception et de prise de décisions en matière de politique de développement du secteur sanitaire. Le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions Centrales Techniques et les Agences assurent la coordination d'ensemble. Au niveau central, le Centre Hospitalier National Universitaire est le sommet de la pyramide des infrastructures de soins. Concernant l'accès aux médicaments, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux (CAME) est l'outil de la politique gouvernementale pour permettre aux béninois d'avoir un accès aux médicaments à un coût abordable. On note une centralisation des responsabilités et ressources au détriment des niveaux intermédiaires et périphériques.



**Tableau 2** : Système national de santé au Bénin en 2016 (*Source* : SGSI/DPP/MS, Annuaire des Statistiques Sanitaires 2017)

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM)</li> <li>➤ Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL)</li> <li>➤ Centre National de Pneumo-phtisiologie</li> <li>➤ Centre National de Psychiatrie</li> <li>➤ Hôpital d'Instruction des Armées (HIA)</li> <li>➤ Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaires (ANVSSP)</li> <li>➤ Agence Nationale de la Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC)</li> <li>➤ Agence Nationale de la Transfusion Sanguine (ANTS)</li> <li>➤ Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)</li> <li>➤ Service d'Accueil Médical des Urgences (SAMU)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médecine</li> <li>➤ Pédiatrie</li> <li>➤ Chirurgie</li> <li>➤ Gynéco-obstétrique</li> <li>➤ Radiologie</li> <li>➤ Laboratoire</li> <li>➤ O.R.L</li> <li>➤ Ophtalmologie</li> <li>➤ Cardiologie</li> <li>➤ Dermatologie</li> <li>➤ Urologie</li> <li>➤ Banque de Sang</li> <li>➤ Psychiatrie</li> <li>➤ Autres spécialités</li> </ul>
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD)</li> <li>➤ Centre Hospitalier Départemental (CHD)</li> <li>➤ Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC)</li> <li>➤ Centre de Traitement Anti Lèpre (CTAL)</li> <li>➤ Centre de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè</li> <li>➤ Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron</li> <li>➤ Antenne Départementale de Transfusion Sanguine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médecine</li> <li>➤ Pédiatrie</li> <li>➤ Chirurgie</li> <li>➤ Gynéco-obstétrique</li> <li>➤ O.R.L</li> <li>➤ Ophtalmologie</li> <li>➤ Radiologie</li> <li>➤ Laboratoire</li> <li>➤ Autres spécialités</li> <li>➤ Banque de sang</li> </ul>

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hôpital de Zone (HZ)</li> <li>➤ CHUZ(Centre Hospitalier Universitaire de Zone)</li> <li>➤ Centre de Santé (CS)</li> <li>➤ Site de prise en charge du VIH/Sida</li> <li>➤ Centre d'Action pour la Solidarité et l'Evolution de la Santé (CASES)</li> <li>➤ Formation sanitaire privée/confessionnelle</li> <li>➤ Centre de dépistage et de traitement Détection de la Tuberculose (CDT)</li> <li>➤ Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli</li> <li>➤ Centre de Dépistage Volontaire de VIH (CDV)</li> <li>➤ Unité Villageoise de Santé (UVS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médecine générale</li> <li>➤ Chirurgie d'urgence</li> <li>➤ Gynéco-obstétrique</li> <li>➤ Soins curatifs</li> <li>➤ Accouchements</li> <li>➤ Radiologie</li> <li>➤ Laboratoire</li> <li>➤ Vaccination</li> <li>➤ IEC/CCC</li> <li>➤ Pharmacie ou dépôt pharmaceutique</li> <li>➤ Loisirs</li> <li>➤ Alphabétisation</li> <li>➤ Activités à base communautaire</li> </ul>

Le secteur privé occupe une place prépondérante dans l'offre de soins. Il dispose d'une organisation appelée Plateforme du Secteur Sanitaire Privé (PSSP) qui constitue la structure faîtière des associations professionnelles du secteur de la santé Créée en 2014 comme solution à la fragmentation du secteur sanitaire privé composé d'une multitude d'acteurs regroupés en plusieurs associations.

Selon les données du Ministère de la Santé, le secteur privé dispose de 2 850 établissements sanitaires avec 6 217 prestataires privés de soins (SHOPS, 2014) avec un indice de capacité opérationnelle générale de 66% (SARA, 2015) et une part de plus de 60% dans l'offre des services de soins (MS, 2015). La plateforme représentative de l'ensemble des segments du secteur sanitaire privé, quel que soit le type d'activité menée dans le domaine de la santé a la vocation d'être l'interlocuteur unique avec les autorités sanitaires et ceci, sur la base d'une convention de partenariat signée en 2017 pour servir de cadre formel de collaboration du privé avec le secteur public. Au plan régional et international, elle est membre de la Fédération Ouest Africaine du Secteur Privé de la Santé et de la Fédération Africaine de la Santé

En ce qui concerne la participation de la communauté dans l'offre de soins, elle se matérialise aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé et associatif. Dans le secteur public, il s'agit notamment de la présence des représentants des communautés au sein des organes de gestion des formations sanitaires (Comité de Gestion d'Arrondissement, Comité de Gestion du Centre de Santé). Ils participent de

ce fait à la prise de décision concernant le fonctionnement de ces formations sanitaires. Par ailleurs, le système de santé communautaire est riche d'un important réseau d'organisations de la société civile qui animent l'offre de soins avec des structures de santé dans tous les départements. Ces structures de santé, en fonction de leur plateau technique et du personnel mis en place, viennent en appui aux formations sanitaires du secteur public depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central.

### 1.3 Analyse des piliers du système de santé au Bénin

**Gouvernance et leadership :** Le pilotage du système souffre d'une insuffisance de coordination efficace. Les structures ne suivent pas toujours les orientations stratégiques retenues pour les différents domaines d'interventions.

**Ressources humaines en santé :** On note une insuffisance de personnel de santé et leur répartition inégale sur toute l'étendue du territoire national. Le nombre de personnels de santé formés chaque année est insuffisant par rapport aux besoins. Le ratio nombre d'agents de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 10 000 habitants est de 7,6 soit 1,5 Médecins pour 10 000 Habitants ; 4,7 Infirmier (e)s pour 10 000 Habitants et 1,4 Sages-Femmes pour 10 000 Femmes en Age de Procréer<sup>4</sup> contre 25 agents de santé qualifiés pour 10 000 habitants préconisés par les normes de l'OMS. En outre il existe une forte concentration du personnel dans les centres urbains où les conditions de vie sont plus attractives au détriment des centres ruraux et un déséquilibre géographique des effectifs en défaveur des zones déshéritées proches ou éloignées et/ou enclavées (79% dans les zones urbaines contre 21 % dans les zones rurales).

**Système national de l'information sanitaire :** Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) pilier spécifique du système de santé reste encore confronté à des difficultés d'intégration partielle du secteur privé, de fragmentation liée aux programmes et sous-programmes de santé, de complétude, de rétro-information et d'utilisation, d'accès à l'internet.

**Plateaux techniques pour une offre de soins de qualité :** Le taux de couverture nationale en Centres de Santé en 2017 est de 91,6%<sup>5</sup>. Des disparités existent d'un département à un autre. La couverture sanitaire en Centres Hospitaliers Départementaux en 2016 est de 50%, celle en Hôpitaux de Zone fonctionnels est de 82,3 %<sup>6</sup>. Il se pose aussi un problème de sous-équipement.

---

<sup>4</sup> Annuaire des statistiques sanitaires 2017

<sup>5</sup> SGSI/DPP, 2017

<sup>6</sup> Annuaire des statistiques sanitaires 2017

**Financement du secteur de la santé :** Le ratio budget santé sur budget général de l'Etat est de 4,03%<sup>7</sup>. Cette situation a pour conséquence : a) au niveau de la demande, l'exclusion des personnes n'ayant pas de ressources financières de manière permanente ou temporaire et b) au niveau de l'offre, la faiblesse du niveau de renforcement des plateaux techniques y compris les ressources humaines pour une offre de soins de qualité.

De plus, les interventions spécifiques concernant les maladies couvertes restent dépendantes du financement extérieur malgré les efforts de l'État. Selon le rapport de la session bilan 2018 et budgétaire 2019 du CNLS-TP, la contribution de l'Etat pour le financement des interventions des maladies couvertes par le CNLS-TP est de 18,3%.

**Tableau 3 :** Synthèse des sources de financement des interventions de lutte contre les maladies

Source de financement	VIH	Tuberculose	Paludisme	Hépatites	Epidémies	CNLS-TP/ Gouvernance	Total
<b>BN</b>	1 100 000 000	150 000 000	599 000 000	50 000 000	18 990 000	496 351 309	2 414 341 309
<b>Financement Extérieur</b>	6 218 215 378	1 627 588 468	2 146 138 215	0	124 227 279	642 251 452	10 758 420 792
<b>Total</b>	7 318 215 378	1 777 588 468	2 745 138 215	50 000 000	143 217 279	1 138 602 761	13 172 762 101
<b>Part du BN (%)</b>	<b>15,0</b>	<b>8,4</b>	<b>21,8</b>	<b>100,0</b>	<b>13,3</b>	<b>43,6</b>	<b>18,3</b>

**Produits de santé, médicaments, consommables médicaux et vaccins :** Il persiste au Bénin des problèmes de rupture de stocks de médicaments et consommables médicaux liés à une faiblesse du système d'information et de gestion logistique en général, et plus particulièrement au niveau des formations sanitaires. Il est également important de mentionner l'exécution en cours de réformes dans le sous-secteur pharmaceutique pour l'amélioration de la situation.

**Prestations de services et de soins :** Le taux de fréquentation des services de santé publique est de 47,6%<sup>8</sup>. Ceci s'explique par une inégalité dans l'accès aux services de santé, une insuffisance dans la qualité des soins et une faiblesse observée dans l'organisation des services (accueil, hospitalisation et courtoisie envers les patients, qualité des services).

### **Gestion de la communication en santé**

L'analyse du système global de communication révèle un manque de systématisation et de cohérence. Il n'existe actuellement pas de cadre conceptuel retenu pour organiser la communication en direction de la population générale. Les activités de communication en direction de certains groupes spécifiques ne bénéficient pas non plus d'une trame unique.

<sup>7</sup> Annuaire des statistiques sanitaires 2017

<sup>8</sup> Annuaire statistiques sanitaires 2017

Depuis avril 2016, plusieurs réformes sont en cours dans le secteur de la santé. Ainsi une commission technique dont la mission est de trouver une solution aux différents problèmes relevés a été mise en place. Cette dernière s'est donc appuyée sur l'état des lieux qu'elle a réalisé pour faire des propositions de réformes. A cet effet, les actions préconisées concernent la qualité des soins, les évacuations sanitaires, l'amélioration du plateau technique et la construction de nouveaux hôpitaux pour satisfaire les besoins sanitaires des populations. Parmi les orientations gouvernementales, figure la coordination intégrée de la réponse aux pathologies prioritaires, dont le VIH, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales et les maladies à potentiel épidémique, qui font l'objet du présent **Plan Stratégique Intégré orienté vers l'Elimination 2019-2023 (PSNIE)**.

## **II. Justification de l'approche de l'intégration des pathologies prioritaires VIH/Sida, Tuberculose, Hépatites virales, Paludisme et maladies à potentiel épidémiques au Bénin**

### **2.1 Définition opérationnelle de concepts**

**Intervention transversale :** une intervention peut être qualifiée de transversale lorsqu'elle touche un ou plusieurs piliers du système de santé avec comme finalité de bénéficier simultanément à plusieurs programmes, prenant en compte un ou plusieurs déterminants du modèle de Tanahashi : disponibilité en ressources humaines et en produits de santé, accessibilité aux services, utilisation des services, continuité et qualité des services.

**Intégration des activités :** l'intégration des activités fait appel à la mise en œuvre commune d'activités initialement menées au niveau de chaque programme (programmation, renforcement de capacités des acteurs, supervision, etc.) en vue d'optimiser l'utilisation des ressources (temps, finances, matériels, etc.). Elle facilite, non seulement une appréciation d'ensemble des directives de prestations de soins et services au sein d'un même système de santé, mais aussi le partage des expériences par les acteurs des différents programmes.

Aussi bien la transversalité que l'intégration, visent une meilleure coordination des activités de plusieurs programmes en vue d'un fonctionnement harmonieux vers des résultats plus efficaces et plus efficients. De ce fait, les économies d'échelle réalisées pourront être réinvesties pour plus de performance et d'impact en termes de santé publique.

### **2.2 Bases conceptuelles**

Le nouveau paradigme organisationnel, programmatique et financier développé par le Bénin à travers l'intégration des pathologies prioritaires telles que le VIH/Sida, le

Paludisme, la Tuberculose, les Hépatites virales, les IST et les maladies à potentiel épidémique, vise à sortir chacune d'entre elles de son isolement vers une approche de santé publique permettant d'améliorer la santé globale des populations, en particulier celles des plus vulnérables.

Les priorités mondiales et nationales de santé publique concernant les pathologies ci-dessus convergent vers un résultat d'impact pour « en finir avec les épidémies à l'horizon 2030 » tout en incluant l'intégration des programmes dans le système de santé et en positionnant la personne au centre de toutes les stratégies à travers son environnement.

Les autorités béninoises au plus haut niveau de l'Etat, souhaitent renforcer des approches plus intégrées pour faire face aux défis structurels pesant sur les systèmes de santé et favoriser la Couverture Santé Universelle (CSU).

Le PSNIE définit une approche horizontale ou intégrée qui vise à renforcer et à accélérer la riposte aux pathologies prioritaires conformément aux stratégies et plans sanitaires mondiaux, aux référentiels nationaux et internationaux.

Ce plan propose des stratégies systémiques de santé permettant d'offrir les services et les soins de qualité les plus complets possible à l'ensemble de la population, en particulier celle touchée par les maladies et notamment les populations clés avec une prise en compte du genre et des droits humains.

L'approche intégrée développée dans le présent PSNIE 2019-2023 s'est appuyée sur les six piliers de l'OMS et les leçons apprises de la gestion des épidémies aussi bien dans la sous-région qu'au niveau national, puis des insuffisances dans la mise en œuvre des PSN antérieurs notamment :

- Interventions éparses et fragmentées à faible impact sur les différentes pathologies (de retour sur investissement) ;
- Gestion verticale et couteuse des programmes s'appuyant plus sur le processus que sur les résultats ;
- Faibles résultats dans la mobilisation des ressources et gaps financiers importants.

La dynamique promue dans le cadre du PSNIE 2019-2023 consiste à rechercher toutes les synergies et toutes les complémentarités pour cheminer vers les Objectifs du Développement Durable (ODD) pour 2030 notamment un objectif pour en finir avec certaines maladies endémiques VIH TB Paludisme (obj3-cible 3.3) et la couverture universelle des services et des soins pour 2030 (UHC<sup>9</sup> 2030). L'Agenda 2030 et ses 17 objectifs de développement durable (ODD) apportent une vision transversale soulignant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé des populations. Plus spécifiquement, l'ODD n°3, qui promeut une approche globale de la santé, « permettre

---

<sup>9</sup> UHC : Universal Health Coverage

à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », est transversal et interconnecté à la quasi-totalité des 17 ODD.

L'ambition stratégique de cette approche et l'interface qu'elle crée visent l'amélioration de la santé par des services sanitaires et sociaux publics, privés et de la société civile communautaire.

Le positionnement de la personne au centre des stratégies est le moyen de garantir l'intégration ; la mutualisation des services ; la pérennisation des financements et l'efficacité.

Le PSNIE se veut d'être un instrument d'orientation et de gouvernance des structures de mise en œuvre (programmes, services et autres directions bénéficiant d'une même coordination), mais aussi comme une innovation de par son approche à la fois transversale, intégratrice et orientée vers l'élimination.

### **2.3 Approche méthodologique du processus**

Le processus d'élaboration du présent PSNIE 2019-2023 a été participatif, analytique et inclusif. Dans le cadre d'une large concertation, l'ensemble des acteurs du secteur public, du secteur privé, des organisations professionnelles et des partenaires au développement, des organisations de la société civile (des organisations communautaires de base, des organisations des Personnes vivant avec le VIH et autres maladies, etc.) y ont contribué. La participation effective de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre ces maladies a été activement recherchée et encouragée et s'est concrétisée par leur présence aux différents groupes de travail ainsi qu'à toutes les rencontres du processus d'élaboration du PSNIE 2019-2023. De plus, ce plan stratégique intégré a bénéficié tout au long du processus, de l'accompagnement d'experts nationaux et internationaux mobilisés par l'ONUSIDA, l'OMS, le Fonds mondial et l'USAID. En dehors des groupes techniques par thématique et du comité de coordination institués par une note de service du SE/CNLS-TP, l'élaboration du PSNIE s'est faite au décours de plusieurs réunions qui ont permis de :

- partager la vision globale du CNLS-TP ;
- identifier et valider les besoins en informations complémentaires ;
- valider les protocoles d'études complémentaires dont les résultats serviront d'évidence pour les choix des options stratégiques ;
- procéder à la validation et la consolidation de l'analyse de la situation et de la réponse ;
- identifier les opportunités d'intégration et définir des stratégies intégrées innovantes ;
- valider les options stratégiques spécifiques et transversales retenues pour l'élimination des différentes maladies ;
- identifier, sur la base des résultats d'impact, d'effets et les produits retenus, les activités et tâches requises.

Les acteurs présents aux ateliers ont identifié les stratégies qui devaient demeurer spécifiques à chaque maladie, et dont la mise en œuvre impliquera en premier lieu le Ministère de la Santé, mais aussi d'autres ministères tels que les Ministères en charge du Plan et du Développement, de l'Enseignement Maternel et Primaire, de l'Enseignement Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, de la Justice et de la Législation ; ainsi que la société civile, le secteur privé et la médecine traditionnelle.

Les différentes étapes de ce processus ont été marquées par :

- la préparation du processus en termes de communication, d'information et mobilisation des acteurs de la riposte aux différentes pathologies et aux maladies à potentiel épidémique ;
- la conduite de la revue de littérature et le pilotage de l'élaboration du PSNIE ;
- l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale des programmes IST/VIH, Tuberculose, Hépatites Virales, Paludisme et Epidémies pour la détermination des résultats d'impact d'effet et de produits. Cette analyse s'est faite au cours de plusieurs ateliers participatifs et inclusifs de tous les acteurs ;
- l'élaboration d'une première mouture du PSNIE 2019-2023 par un groupe restreint, appuyé de personnes ressources nationales et des consultants internationaux ;
- l'appréciation des options stratégiques du PSNIE avec le soutien d'un comité scientifique international qui s'est tenu à Cotonou ;
- l'approbation finale du PSNIE 2019-2023 par le CNLS-TP.

La méthodologie utilisée s'est basée sur une approche analytique de collecte, d'utilisation et de triangulation des données et de l'information stratégique. Un effort important a été fait dans la collecte et l'analyse des documents nationaux, rapports annuels, rapports de mise en œuvre et dans la collecte de données pour fonder le PSNIE sur des évidences, des données et informations statistiques fiables.

### **III. Analyse de la situation épidémiologique et de la riposte aux différentes pathologies prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique**

#### **3.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse aux IST et au VIH/Sida**

##### **3.1.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique**

###### **Prévalence**

D'après l'EDS 2012, la prévalence du VIH au Bénin tend à se stabiliser autour de 1,2 % dans la population générale. Cette prévalence estimée chez les femmes à 1,4% est plus élevée que chez les hommes du même groupe d'âge (1,0%). On observe la



prévalence la plus élevée au niveau du groupe d'âge 30-34 ans (2,1%) et celle moins élevée pour le groupe d'âge 15-19 ans (0,3 %).

### **Nouvelles infections**

Les estimations générées par EPP/Spectrum en 2017 montrent une baisse marquée du nombre total de nouvelles infections qui est passé de 4 520 en 2013 à 3 988 en 2017. Cette baisse s'observe dans tous les départements, sauf dans les départements du Couffo (761), du Borgou (624), de l'Atlantique (524) et de la Donga (421).

### **Populations clés et vulnérables**

Il existe de fortes disparités de prévalence selon les groupes de populations sous surveillance. En effet, l'ESDG 2017 fait état de taux de prévalence élevés au sein de certaines populations clés, telles que les professionnelles du sexe (PS) : 8,5 % ; les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) : 7 % ; les serveuses de bars et restaurants (SBR) : 5,2 % et les consommateurs de drogues injectables (CDI) : 2,2 %. Les HSH sont le second groupe le plus touché après les TS.

Ces populations clés et vulnérables sont très souvent victimes de stigmatisation au niveau des structures de soins et services de santé, gênant leur accès au dépistage (étude STIGMA). Ceci pourrait s'expliquer par l'inexistence d'un cadre légal fort les protégeant.

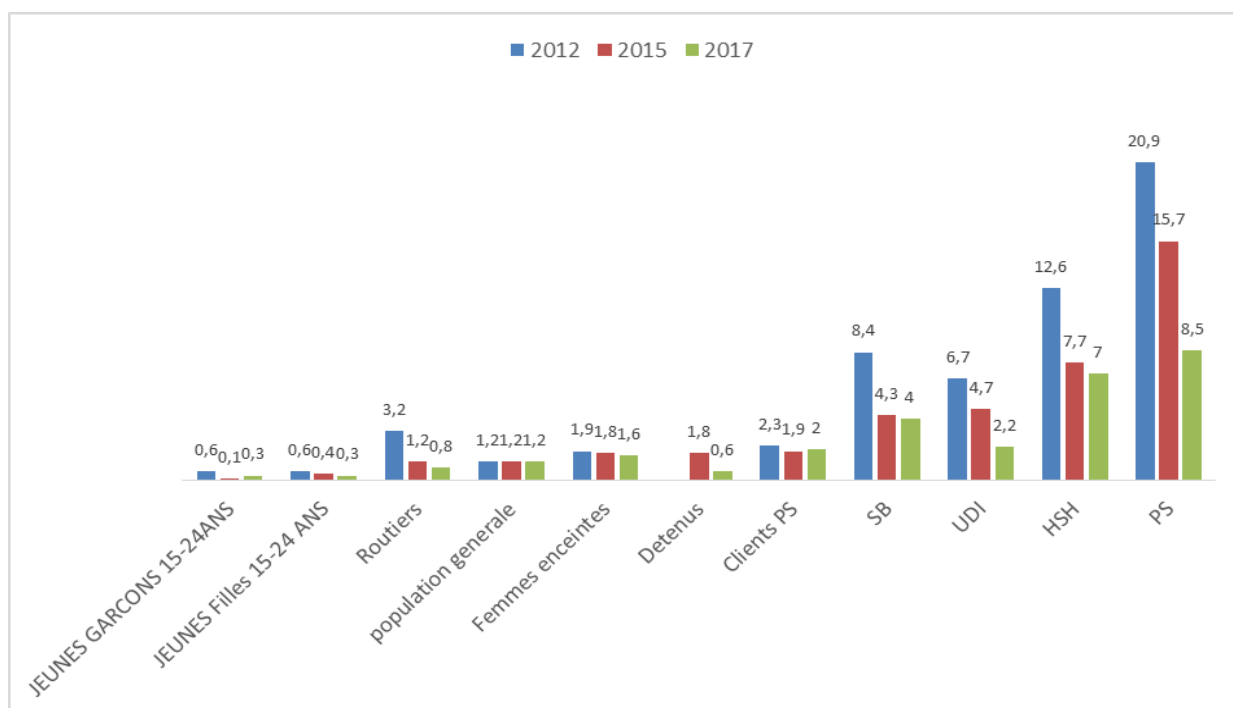
En dehors de ces groupes clés, il existe d'autres populations passerelles et vulnérables qui méritent une attention particulière comme les personnes privées de liberté (PPL) : 0,6 % ; les camionneurs : 1,2 % et les jeunes de 15 à 24 ans : 0,3 %.

L'ESDG 2017 a montré par ailleurs une stabilité de la prévalence chez les jeunes, estimée à 0,3% en 2017 contre 0,2% en 2015 avec les prévalences les plus élevées enregistrées dans les départements de la Donga (1,3%) et du Borgou (0,9%). Les données EPP/Spectrum indiquent que la tranche d'âge des 10-19 ans a contribué en 2017 à 15,6% des nouvelles infections au VIH avec une répartition géographique très inégale. Ce taux de nouvelles infections atteint même 35% si l'on considère la tranche d'âge des 15-24 ans.

On note également une sexualité précoce chez les jeunes (âge au premier rapport sexuel) qui se traduit par le nombre élevé de grossesses en milieu scolaire (2 763 cas de grossesses au cours de l'année scolaire 2016-2017 selon les données du MESTFP).

**Figure 1 :** Evolution de la Prévalence du VIH au sein de la population générale, des populations clés et autres groupes vulnérables au Bénin (Source : ESDG 2017)

## Infections Sexuellement Transmissibles



L'ESDG 2017 rapporte que, parmi les PS, qu'une sur 10 (10%) a eu des ulcérations ou des éruptions cutanées sur les parties génitales ; et près de la moitié, des pertes vaginales au cours des 12 derniers mois. Soixante-huit pour cent (68%) ont déclaré avoir eu recours aux soins dans une structure de santé et 8% à la médecine traditionnelle. 76% d'entre elles ont acheté les médicaments et, parmi elles, 80% ont suivi le traitement. Cette même étude rapporte que 14% des camionneurs enrôlés ont déclaré avoir eu des antécédents d'IST pendant les douze derniers mois ayant précédé l'enquête. Lors de la survenue de cette IST, près de 46% des camionneurs ont déclaré n'avoir recouru à aucun soin, 40% ont pratiqué l'abstinence et 13% ont utilisé le préservatif.

Le suivi de la cohorte de 136 HSH<sup>10</sup> indique que 16% d'entre eux ont souffert d'au moins un des signes ou symptômes d'IST au cours des six derniers mois qui ont

<sup>10</sup> Plan International et CNLS, Etude de suivi de cohorte pour l'estimation de l'incidence du VIH et de la taille de la population des HSH au Bénin, rapport final, août 2015

précédé l'enquête. Il apparaît que 27% des enquêtés ont souffert d'au moins un des signes ou symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois.

Enfin, l'ESDG 2017 menée auprès des jeunes de 15 à 24 ans montre que 9% d'entre eux ont déclaré avoir eu un antécédent d'IST, avec une différence entre garçons et filles : 7% versus 12%. Près de 56% des jeunes victimes d'une IST n'ont pas eu recours aux soins. Pour ceux ayant eu recours aux soins, contrairement aux autres catégories de population, il y a eu un bon suivi thérapeutique : 86% chez les jeunes scolaires/universitaires et 82% chez les jeunes travailleurs. La PEC correcte et précoce des IST permettrait une réduction du risque de transmission du VIH, la rupture de la chaîne de transmission de ces IST et la prévention des complications.

### **VIH et Co-infections**

La prévalence du VIH chez les patients tuberculeux est de 16% en 2018 (Rapport PNT). Les co-infections VIH/IST, VIH/VHC, VIH/VHB et VIH/TB méritent d'être investiguées.

#### **3.1.2 Synthèse de l'analyse de la riposte aux IST et au VIH/Sida**

Face à la pandémie du VIH, les Gouvernements successifs du Bénin ont organisé la riposte avec plus ou moins de succès. Cette riposte a été portée, d'abord par le Programme Santé de Lutte contre le SIDA (ex PNLS) puis par le Conseil National de Lutte contre le SIDA dans une approche multisectorielle, avec le PSLS comme principal organe de mise en œuvre. Il existe également un important réseau d'organisations de la société civile locales (ABMS/PSI, ABPF/IPPF, BESYP, CARITAS, COALITION SIDA BENIN, OCJ, RABeJ/SD, ROAFEM, ROBS, RéBAP+, SOLIDARITE, etc.) et internationales (PLAN International Bénin, CRS) qui sont des acteurs opérationnels. Avec tous ces acteurs, la lutte contre le VIH/Sida est articulée autour de plusieurs axes notamment l'IEC/CCC, le dépistage, la prise en charge et le suivi. Depuis 2016, le Bénin s'est engagé à travailler à l'élimination du VIH d'ici à 2030 et a adopté la stratégie des trois 90 préconisée par l'ONUSIDA.

### **IEC/CCC**

L'objectif principal est d'améliorer les connaissances en matière de mode de transmission, et de moyens de prévention. Le volet IEC/CCC a commencé par la communication au travers des médias de masse, mais s'est, depuis un certain temps, confinée à la communication de proximité, surtout en direction des populations clés. Les résultats obtenus sont mitigés. Si les niveaux de connaissance des principaux modes de transmission et des moyens de prévention sont généralement au-delà de 90%, il n'en demeure pas moins que le niveau de "bonne connaissance" tourne autour de 40% dans l'ensemble des populations cibles, et 12% chez les jeunes de 15-24ans (ESDG 2017). Quant à l'utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels, elle est également relativement faible, sauf en ce qui concerne les rapports sexuels avec les PS où elle est au-delà de 80% en règle générale.

Par ailleurs on constate un faible niveau de dépistage qui pourrait s'expliquer par la perception de la maladie (seulement 65% des PVV connaissent leur statut)<sup>11</sup>.

### **Prévention combinée du VIH à l'endroit des populations clés**

Le Bénin s'est doté d'un document de Paquet Minimum d'Activités (PMA) à l'endroit des populations clés (PS, PVVIH, CDI, HSH, PPL). Ces activités portent sur : (i) la prévention de proximité (IEC/CCC) ; (ii) la promotion de l'utilisation et la distribution des préservatifs et gels lubrifiants ; (iii) la PrEP (prophylaxie pré-exposition du VIH) (iv) le diagnostic et traitement des IST ; (v) le dépistage du cancer du col utérin (vi) ; le conseil / dépistage du VIH ; (vii) la prise en charge de l'infection à VIH; (viii) le suivi biologique de l'infection à VIH ; (ix) la prise en charge psychologique et sociale (y compris l'appui juridique). Il existe un paquet de prévention et de réduction de risque (RdR) pour les CDI : IEC/CCC, distribution de préservatifs, de seringues et d'aiguilles, et dépistage. Le paquet de prévention concernant les Transgenres est composé de : IEC/CCC, la promotion de l'utilisation et la distribution des préservatifs et gels lubrifiants ; le conseil / dépistage du VIH. Toutes ces interventions ne sont pas encore mises en œuvre notamment la PrEP, le dépistage du cancer du col, la PEC des IST de la marge anale chez les HSH, la substitution à la méthadone chez les CDI).

Le constat actuel est que ce sont plutôt les jeunes HSH qui sont accessibles. L'échantillonnage par RDS capture le plus souvent les jeunes, mais pas les plus âgés qui ne sont pas dans les groupes identitaires non captés par la méthodologie utilisée (boule de neige).

Pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, d'importants progrès ont été réalisés au cours de ces dernières années. Le Bénin dispose d'un plan national pour l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du VIH s'étendant sur la période 2016-2020 et dont l'objectif est de réduire le taux de transmission de la mère à l'enfant à moins de 5%. Le renforcement des interventions dans le cadre de l'ETME a permis d'avoir une réduction constante du taux de transmission mère-enfant qui est passé de 11% en 2012 à 7% en 2016, date de la dernière évaluation de l'efficacité de la PTME.

Plus de 90% des maternités du secteur public offrent des services PTME. Sur 493 539 femmes enceintes enregistrées en CPN au cours de l'année 2018 sur les sites PTME, 95% soit 469 731 ont bénéficié d'un dépistage avec 3 335 cas diagnostiqués positifs soit 0,7% et 3 177 femmes enceintes dépistées positives ont été mises sous ARV soit 95%.

On remarque cependant une déperdition dans la cascade PTME en 2018 ; en effet, sur 2 467 enfants nés de mère séropositifs, 2 368 enfants exposés ont bénéficié de la PCR soit 97,5 %. Parmi ces derniers, 1 582 ont bénéficié de cette PCR dans l'intervalle de 6 à 8 semaines de vie soit 67%. Sur les 1015 sites PTME existants sur l'ensemble du

---

<sup>11</sup> Annuaire des statistiques PSLs 2018

territoire, 247 structures privées (195 privés libéraux, 52 associatifs et confessionnels) offrent des services de PTME. Notons que ce secteur privé brasse près de 60% de la population des malades.

En matière de prévention de la transmission de l'infection par voie sanguine, la réalisation de la sérologie VIH y compris VHC, VHB (AgHBs), Syphilis est systématique sur toutes les poches de sang prélevées chez les donneurs dans notre pays.

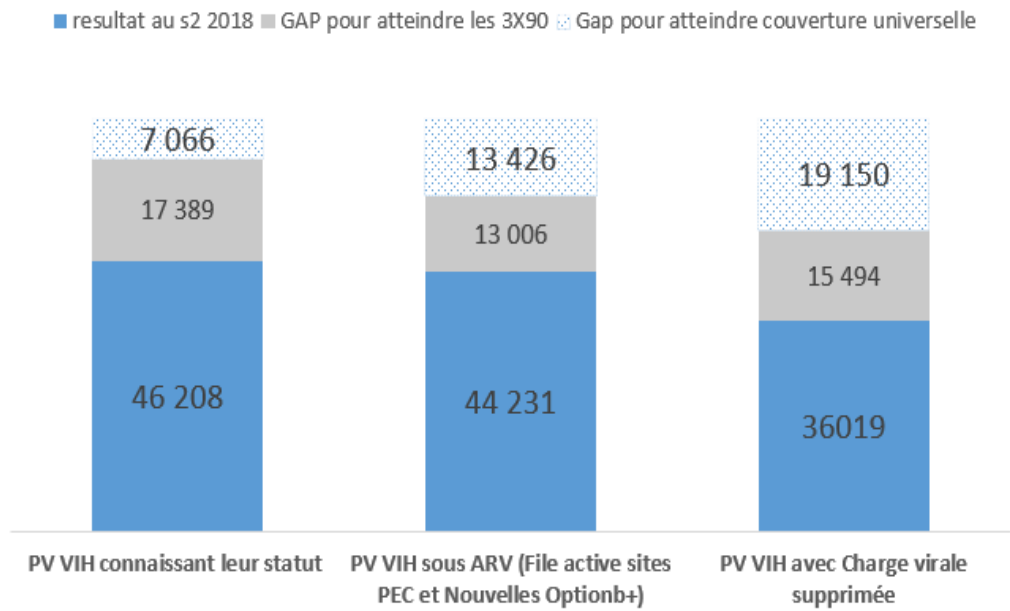
La Prophylaxie pré-exposition a été adoptée au Bénin, mais elle est insuffisamment utilisée. Son efficacité a été prouvée à 86% dans les couples HSH lorsqu'elle est correctement utilisée (étude IPERGAY, ANRS 2016).

En matière de dépistage du VIH, le nombre de sites de Conseil Dépistage (CD) est passé de 156 à 196 entre 2014 et 2017. Toutefois, selon le dernier rapport GAM 2017, 575 777 personnes ont eu accès au dépistage, soit 12% de la population sexuellement active de 15-49 ans. Il faudra donc promouvoir beaucoup plus le dépistage et l'auto-test dans la population et les groupes clés/vulnérables en vue d'augmenter les chances d'atteindre le premier 90 de la stratégie.

#### **Traitement des IST et traitement par les ARV**

La prise en charge des IST se fait par approche syndromique dans 43 centres de prise en charge IST. Le nombre total de sites offrant les services de prise en charge par les ARV aux PVVIH est passé de 114 en 2017 à 117 en 2018 avec une augmentation progressive de la file active qui est passée de 38 360 (36 575 adultes et 1 785 enfants) en 2017 à 44 231 (42 207 adultes, 2 024 enfants) en 2018. La proportion des PVVIH sous ARV est passée de 62% en 2017 à 65% en 2018.

La cascade de la prise en charge rapportée à la population totale des PVVIH estimée pour l'année 2018 se présente comme ci-après :



**Figure 2** : *Cascade TARV au 31 décembre 2018*

**Tableau 4 :** *Cascade des 3X90 au 31 décembre 2018*

	Population Cible	Résultats au 31 décembre 2018	Niveau 3 X 90 (2018)
PPVIH connaissant leur statut sérologique (FA-2017+ dépistés + en 2018 + PDV revenus au S1- 2018 – décès 2018)	70 663	46 208	65%
PVVIH sous ARV (file active sites ARV+ nouvelles PTME)	46 208	44 231	96%
PVVIH avec CV supprimée	44 231	36 019	81%

La PEC est généralement effectuée par les structures de santé du secteur public. Huit cliniques privées libérales offrent la prise en charge globale de l'infection à VIH au Bénin sur le total des 117 sites de prise en charge accrédités.

Depuis l'adoption de la recommandation de l'OMS « Traitement pour Tous » par le Bénin en 2016 comme stratégie de prise en charge de l'infection à VIH, on note une amélioration de la survie à un an des PVVIH (Etude survie 2017).

On constate l'insuffisance de personnel qualifié dédié à l'Education Thérapeutique.

#### **Mobilisation des ressources et financement de la réponse au VIH**

Sur les 5 dernières années, la proportion du budget de l'Etat allouée à la santé tourne autour de 6%, dont seulement 0,1% pour le VIH. En 2018 les ressources mobilisées s'élèvent à 7 237 526 667 F CFA. Toutes les sources de financement se présentent comme suit :

- le Fonds Mondial : 64,8% ;
- l'Etat : 12,4% ;
- les autres partenaires multilatéraux : 12%
- les partenaires bilatéraux : 10,5%
- les autres partenaires : 0,3%

## **3.2 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à la tuberculose**

### **3.2.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique de la tuberculose**

#### **Incidence**

En l'absence de données directement collectées auprès de la population, les estimations de l'OMS suggèrent une tendance baissière constante de l'incidence de la tuberculose qui serait passée de 86 (56-123) cas pour 100.000 habitants en 2000 à 58 (37-82) cas pour 100.000 habitants en 2017. Il existerait, cependant, un écart important entre le nombre de cas incidents estimés et le nombre de cas notifiés dans le pays du fait de la sous-détection des cas de tuberculose.

Le taux de notification de la tuberculose est plus élevé dans le département du Littoral (97,2/100 000). Certains départements ont un taux de notification particulièrement faible comme Alibori (11,5/100 000), Donga (14,9 / 100 000) et Collines (15,8/100 000) et suggérant un problème de sous diagnostic dans ces zones. Le sex-ratio chez les nouveaux cas de tuberculose et les rechutes reste stable autour de 2 hommes pour une femme dans tous les départements sauf dans la Donga où il est de 0,72. La tuberculose est plus fréquente chez les sujets adultes jeunes de 25-44 ans, quel que soit le sexe.

Les données du PNT indiquent que plus de 90% des cas de retraitement sont systématiquement testés au MTB/RIF. Ces tests ont révélé un taux de prévalence de la tuberculose multi – résistante d'environ 12%, un niveau relativement stable depuis quelques années.

#### **Mortalité due à la tuberculose**

Le taux de mortalité TB est passé de 28 décès pour 100.000 habitants en 2000 à 10 décès pour 100.000 habitants en 2017. On observe donc une tendance à la baisse de la mortalité depuis 2000.

#### **Groupes à risque**

D'après l'étude RAFAScreen 2015-2017 réalisée au Bénin, certains groupes sont plus à risque de tuberculose, notamment les Personnes vivant avec le VIH et les diabétiques avec des taux d'incidence respectifs de 3 000 et 700 cas pour 100.000. D'autre part, le PNT recommande d'accorder également une attention particulière aux personnes privées de liberté (PPL) et aux femmes gestantes.

### **3.2.2 Synthèse de l'analyse de la riposte à la tuberculose**

Depuis les années 1970, diverses interventions ont été mises en place pour contenir l'évolution de la tuberculose au Bénin, dont la création et l'animation du programme national de lutte contre la tuberculose (PNT). Les principales interventions menées



dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et la couverture des services peuvent se résumer dans les lignes qui suivent :

### **Prévention**

Le Bénin a adhéré depuis les années 1990 à la stratégie de l'accès universel à la vaccination pour les enfants à travers la mise en place du programme élargi de vaccination actuellement sous la responsabilité de l'Agence Nationale de la Vaccination et des Soins de Santé Primaires (ANV – SSP). Ainsi, la vaccination au BCG est la toute première administrée au nouveau – né dans le cadre de la prévention de la tuberculose infantile. Cependant, malgré les progrès spectaculaires obtenus au cours des premières années, la couverture vaccinale au BCG est restée stagnante à 85% depuis plus d'une dizaine d'années selon les données des différentes enquêtes démographiques et de santé, organisées au Bénin. Cependant cette vaccination ne protège que contre les formes graves de la tuberculose chez l'enfant.

D'autres mesures de prévention sont préconisées pour éviter la contamination dans la communauté : la lutte contre la transmission, la prophylaxie chez les enfants de moins de 5 ans et les adultes contacts des malades contagieux ainsi que les PvVIH. Au Bénin, les actions de prévention ne ciblent pas encore les PvVIH ainsi que les adultes contacts des cas contagieux.

Les efforts des Gouvernements successifs avec le soutien des partenaires techniques et financiers ont permis au PNT de mettre en place, de manière progressive, une structure de détection des cas. Au niveau national, il y a le laboratoire de référence des mycobactéries (LRM), soutenu au niveau décentralisé par les centres de dépistage et de traitement (CDT) théoriquement prévus pour chacune des 77 communes du pays. A ce jour, la couverture en CDT est de 88% soit 68 communes sur les 77. Parmi ceux – ci, 30 disposent d'un appareil GeneXpert. La couverture en CDT performants est donc globalement insatisfaisante. Pour en limiter les effets, le PNT a initié des activités de collaboration avec certaines structures de santé privées. Les activités de diagnostic couvrent essentiellement :

- le diagnostic chez les personnes qui ont une toux chronique ;
- le dépistage systématique des groupes à risque ;
- le diagnostic de la tuberculose pharmaco résistante ;
- le diagnostic de la tuberculose pédiatrique.

### **Traitement**

Le Centre National Hospitalier et Universitaire de Pneumo – Phtisiologie est le centre de référence en matière de prise en charge globale de la tuberculose au Bénin. Il est soutenu par les autres CDT. Les interventions en matière de traitement des cas de tuberculose visent essentiellement :

- le traitement de la tuberculose chez les adultes ;
- le traitement de la tuberculose pédiatrique ;

- la gestion de la co – infection TB/VIH et les autres comorbidités ;
- le traitement de la tuberculose pharmaco résistante.

Les interventions en matière de traitement et de prise en charge prennent en compte tous les patients diagnostiqués avec un taux de succès thérapeutique de 88%.

Depuis 1998, l'appui nutritionnel en complément au traitement médicamenteux gratuit a été institué. Il est à souligner que tous les patients bénéficient d'un appui psychosocial. Les coûts supportés par les patients et leur famille dans leur parcours de soins (coûts catastrophiques) ne sont pas évalués. En plus de ce soutien, les patients multirésistants bénéficient d'autres appuis comme l'aide au transport, la prise en charge des effets indésirables liés au traitement, le bilan pré thérapeutique et en cours de traitement. Les soins palliatifs ou au stade terminal sont pris en charge par le patient lui-même.

#### Formation et recherche

Depuis 2017 le Laboratoire de Référence des Mycobactéries (LRM) est devenu un laboratoire supra national pour les pays francophones de l'Afrique de l'ouest et du centre. Le PNT du Bénin, participe aux études et recherches multicentriques et nationales. Il organise également avec l'appui des partenaires des cours sur la gestion des programmes tuberculose et la microscopie.

#### **Financement de la lutte antituberculeuse au Bénin**

La lutte antituberculeuse est financée au Bénin par :

- l'Etat (dépenses d'investissements publics du Programme et fonctionnement des CDT) ;
- le Fonds mondial (tous les domaines d'interventions du PNT);
- l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (Revue annuelle du programme et Cours international sur la tuberculose);
- l'OMS (fonds catalytiques pour réaliser des activités ponctuelles).

Cependant, cette lutte est tributaire du financement du Fonds Mondial et il s'avère nécessaire de diversifier les sources de financement.

### **3.3 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse au paludisme**

#### **3.3.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique du Paludisme**

##### **Incidence**

Le paludisme est une maladie endémique au Bénin avec des recrudescences saisonnières. Les données relatives à l'incidence du paludisme au Bénin sont issues du système national d'information et de gestion sanitaire (SNIGS) et sont rendues disponibles régulièrement depuis le début des années 2000.

Entre 2000 et 2017, l'incidence du paludisme simple dans la population générale a peu varié (entre 12% et 16%). Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans constituent les groupes les plus vulnérables et les plus exposés aux formes graves de la maladie (Annuaire des Statistiques sanitaires 2017).

En 2017, l'incidence du paludisme est estimée à 15% dans la population générale, (39% et 34% respectivement chez les enfants de 0-11 mois et 1-4 ans). L'incidence du paludisme simple la plus faible a été enregistrée dans les départements du plateau et de l'Ouémé (8%) et la plus forte dans les départements de l'Atacora, la Donga, le Zou, le Mono et le Couffo (tous autour de 22-23%)<sup>12</sup>.

Au niveau décentralisé, on observe peu de variations entre les communes d'un même département pour ce qui concerne l'incidence du paludisme simple. D'une manière générale, l'incidence du paludisme simple est au-delà de 5% pour l'ensemble des communes. L'étude du profil épidémiologique montre une disparité des prévalences d'un département à un autre permettant ainsi de distinguer des zones de très forte et de faible endémicité (document de profil épidémiologique du paludisme 2018). Ceci nécessite dans le contexte d'élimination, une cartographie des interventions en fonction de l'endémicité.

L'incidence du paludisme grave est de 2%. Elle est plus forte chez les enfants de moins de 5 ans avec d'importantes variations d'un département à l'autre, comme pour le paludisme simple<sup>13</sup>.

### **Mortalité due au paludisme**

Au plan national et sur la base des données des formations sanitaires publiques, on observe en moyenne un (01) décès pour 1000 cas de paludisme. La létalité du paludisme est plus forte chez les enfants de moins de 5 ans (en moyenne 2 décès pour 1000 cas). Ici, également on observe d'importantes variations selon que l'on est dans un département ou dans un autre. Ce taux est de 0,2 pour 1000 cas dans le département du Mono, mais onze fois plus élevé dans le département du Littoral. Les déterminants du niveau élevé de la prévalence dans certains départements nécessitent une investigation.

L'agent pathogène du paludisme est le Plasmodium et l'espèce la plus répandue au Bénin est *Plasmodium falciparum*. Il est à l'origine de 98% des cas de paludisme et est lié à une morbidité et une mortalité importante. D'autres espèces, notamment *Plasmodium malaria* et *Plasmodium ovale* sont responsables de 2% des cas. Des études conduites au Bénin ont permis de savoir que les espèces de moustiques des complexes *An. gambiae* et *An. funestus* sont incriminés dans la transmission du paludisme.

---

<sup>12</sup> Données du SNIGS

<sup>13</sup> Annuaire des Statistiques sanitaires, 2017

### 3.3.2 Synthèse de l'analyse de la riposte au paludisme

Le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), créé en 1982, est la structure en charge de la définition des stratégies et de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire. Il existe une politique nationale de lutte contre le paludisme au Bénin. Les directives de cette politique sont mises à jour au besoin. Les principaux axes de la lutte contre le paludisme au Bénin sont décrits dans les lignes qui suivent.

#### **Prévention**

Le PNLP s'appuie essentiellement sur deux groupes de stratégies :

- **Lutte anti vectorielle (LAV) :** est un volet bénéficiant d'un engagement politique important avec l'implication effective de ministères partenaires. Cependant, la coordination des actions de tous les secteurs impliqués dans la lutte anti vectorielle reste à améliorer ainsi qu'une meilleure stratification. La lutte anti – vectorielle pour le contrôle du paludisme qui au stade actuel n'intègre aucune action spécifique de gestion du cadre de vie, a deux composantes :
  - la promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'action (MIILD) à travers la distribution de masse tous les 3 ans et la stratégie de distribution de routine (CPN, Vaccination et écoles) puis le marketing social. Selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (2017-18), 84% des ménages du Bénin possèdent au moins une MIILD et 55% au moins une MIILD pour deux personnes. 67% des enfants de moins de 5 ans et 75% des femmes enceintes dorment sous MIILD. Toutefois, ces taux cachent d'importantes disparités régionales notamment pour les départements de l'Alibori et de l'Ouémé qui présentent des niveaux de possession et d'utilisation des MIILD sensiblement plus faibles que les autres. Il y a aussi le fait que pour des considérations socio culturelles et économiques, les populations bénéficiaires détournent les moustiquaires reçues pour d'autres utilisations surtout pour renforcer leurs activités économiques.
  - La Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) d'insecticide à effet rémanent (Bendiocarb et Actellic CS) dans des zones éligibles qui se fait dans 8 communes du Nord (Pehunco et Kérou dans l'Atacora ; Kandi, Gogounou et Ségbana dans l'Alibori ; Djougou, Ouaké et Copargo dans la Donga) et a permis de protéger plus d'un million de populations. La proportion de la population protégée par la PID dans les zones éligibles n'a pas significativement changé. Par défaut de financement, l'extension prévue n'a pu être concrétisée. Pour faire face au phénomène de la résistance des vecteurs aux insecticides, le

PNLP a développé un plan de gestion de la résistance. Toutefois, ce plan ne prend pas en compte les insecticides/ pesticides et autres anti moustiques importés par les acteurs commerciaux.

- **Chimio-prévention du paludisme** : elle a pour cible essentiellement les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. La prévention médicamenteuse du paludisme chez la femme enceinte se fait avec la Sulfadoxine-Pyriméthamine en guise de Traitement Préventif Intermittent (TPI/SP) en prise supervisée par un agent de santé. Elle exclut la femme enceinte séropositive sous CTM pour qui il est conseillé d'appliquer le protocole PTME. Chez les enfants, la phase expérimentale de la mise en œuvre de la chimio-prévention saisonnière du paludisme (CPS) est en cours de préparation pour les zones sanitaires éligibles dans le nord. Selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (2017-18), 34% des femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de TPI pour le paludisme au cours des CPN lors de leur dernière grossesse. Cependant, le recours aux tisanes surtout celles à base d'Artémisia annua, comme mesure préventive par les populations doit être analysée pour en apprécier le potentiel en matière d'induction de résistance. Toutefois, la planification et la mise en œuvre de cette stratégie ne prennent pas toujours en compte les aspects socioculturels et économiques liés à la population.

## **Diagnostic**

La confirmation des cas suspects est faite par le diagnostic biologique avec les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) ou la Goutte Epaisse (GE). L'accent est mis sur le caractère obligatoire de la confirmation, quel que soit le niveau de la prise en charge à travers les directives. En 2017, environ 88% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un examen parasitologique (TDR ou GE) dans les formations sanitaires. En outre, dans le cadre du diagnostic microscopique, le PNLDP dispose d'un système d'assurance qualité sous forme de supervision formative et de test de compétence.

## **Traitement**

Les directives préconisent pour la prise en charge du paludisme simple, les Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivés d'Artémisinine (CTA), en l'occurrence l'artéméther-luméfantrine et l'artésunate- amodiaquine en combinaison fixe, quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire. Cependant, l'association artésunate-amodiaquine est très peu tolérée à cause de ces effets secondaires. Il faudrait donc envisager une combinaison de remplacement en complément de l'artéméther-luméfantrine. Pour le paludisme grave, la prise en charge préconise l'artésunate injectable en première intention suivi de l'artéméther injectable et de la quinine en cas d'indisponibilité des deux premières molécules.

Au niveau communautaire, il existe une stratégie de gestion intégrée des cas à travers le Paquet d'Intervention à Haut Impact (PIHI).

La surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques constitue le soubassement de la politique de lutte contre le paludisme actuellement en cours au Bénin. En 2012 le gouvernement du Bénin a pris un décret instituant la gratuité du diagnostic et du traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, mais cette décision présente quelques limites dans son application et son impact réel sur l'amélioration des indicateurs n'est pas mesuré. Au niveau communautaire, 80% des enfants ayant fait la fièvre ont reçu un traitement correct. Toutefois, des difficultés relatives à l'insuffisance de ressources de tout genre ont entraîné des faiblesses dans le respect des directives de traitement.

### **La surveillance du paludisme**

La surveillance épidémiologique constitue un élément fondamental de la lutte contre le paludisme et consiste à collecter systématiquement et continuellement, à analyser, interpréter et diffuser les données sanitaires pour une prise de décision. Plusieurs méthodes sont utilisées pour la collecte des données :

- la collecte de routine : elle est souvent passive et se fait mensuellement à travers le Système d'Information de Routine du Paludisme (SIRP) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à l'aide des outils de collecte. Les données sont collectées au niveau des formations sanitaires publiques et dans certaines formations privées. Outre les structures sanitaires, la surveillance se fait également au niveau de la communauté par les relais communautaires. La remontée des données se fait du niveau le plus périphérique (communauté et formations sanitaires) vers les zones sanitaires où elles sont saisies dans l'entrepôt qui constitue la base DHIS-2. De cet entrepôt, les niveaux départemental et national récupèrent les données de surveillance. Les limites de la surveillance se réduisent à la faible exhaustivité des données de toutes les formations sanitaires privées et des grosses structures hospitalières ;
- les enquêtes et études sont organisées pour apprécier les effets et impacts des interventions antipaludiques.

Il existe un système de contrôle de qualité des données qui consiste à :

- vérifier la cohérence des données entre les différents outils du SIRP lors de la saisie des données par les statisticiens des zones sanitaires ;
- valider trimestriellement les données au niveau départemental.

## **Financement de la lutte contre le paludisme**

D'une manière générale, les partenaires techniques et financiers contribuent à eux seuls pour plus de 80 % des ressources mobilisées par an. Le plan stratégique national (PSN, 2017-2021) actuellement en cours est financé par trois différentes sources : l'Etat (20%), l'USAID (33%) et le Fonds Mondial (47%).

### **3.4 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse aux hépatites virales**

#### **3.4.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique des hépatites virales**

##### **Prévalence**

D'une manière générale, il existe peu de données récentes et représentatives de la situation des hépatites B et C au Bénin. Les données disponibles les plus récentes à l'échelle nationale sont les résultats de l'étude de prévalence des hépatites B et C chez les nouveaux donneurs de sang, diligentée par le Ministère de la Santé dans les 12 départements en 2013. Les taux de séropositivité nationale sont estimés à 9,9 % pour l'hépatite B et à 4,12 % pour l'hépatite C. En 2016, l'Annuaire Statistique National (Données ANTS) indique que la proportion de poches de sang positives au VHB est de 6,71% tandis que celle de poches positives au VHC est de 2,46%. Ces données placent le Bénin dans les zones d'endémies élevées pour les deux maladies. Environ 1,4 million de béninois vivent donc avec les virus des hépatites, soit une personne sur sept. Les départements les plus touchés sont ceux de l'Atacora et de la Donga (hépatite B : 20,15 % ; hépatite C : 12,42 %).

La co-infection VIH/ VHB est de 11% au CNHU de Cotonou (205 patients) en 2007 et à l'hôpital de zone de Comé (150 patients) en 2008. Quant à la co-infection VIH/VHC, elle est de 3% à l'HIA de Cotonou (103 patients) en 2003 et 14% à l'hôpital de zone de Comé (150 patients) en 2008.

##### **Groupes à risque et/ou vulnérables**

- Hépatite B : les professionnels de la santé, les utilisateurs de drogues injectables, les sujets à partenaires multiples, les polytransfusés, les immunodéprimés, l'entourage des porteurs chroniques du virus de l'hépatite virale B, les personnes exposées aux dérivés du sang, les nouveau-nés, les PVVIH ;
- Hépatite C : les polytransfusés, les utilisateurs de drogues injectables et les sujets ayant recours aux soins (actes médicaux ou chirurgicaux avec effraction cutanée ou muqueuse), les enfants nés de mère VHC+, les sujets ayant des pratiques à risque telles que les tatouages, scarifications et piercing.

Quelques études ont été menées au sein de ces groupes, qui ont permis de relever des prévalences généralement élevées :



- Les nouveau-nés de mères atteintes de l'hépatite B (20-45%)<sup>14 15</sup>
- Les hémodialysés : 23%<sup>16</sup>
- Les personnes vivant en garnison : 8% pour l'hépatite C<sup>17</sup>
- Les personnes vivant avec le VIH
  - Co-infection VIH-VHB : 11% à 17%<sup>18</sup>
  - Co-infection VIH-VHC : 3% à 14%<sup>19</sup>
- Les travailleuses de sexe : 10% pour l'Ag HBs<sup>20</sup>

Aucune étude n'est encore réalisée sur les HSH et les CDI.

### **Déterminants de la gravité des hépatites virales B et C et mortalité**

La mortalité des hépatites chroniques B et C est liée à la cirrhose et au cancer primitif du foie. Des études menées au CNHU<sup>21</sup> sur 68 patients cirrhotiques ont montré que les principaux facteurs étiologiques sont respectivement le VHB (33% des cas), le VHC (21% des cas) et la consommation d'alcool (27% des cas). La mortalité hospitalière est de 42% pour les patients porteurs de cirrhose. Une autre étude portant sur les cancers primitifs du foie auprès de 54 sujets a mis en évidence une hépatite B pour 53% des cas ; une hépatite C pour 18,5% des cas et la consommation d'alcool pour 9,3% des cas.

Les co-infections VHB/TB, VHC/TB, VIH/VHC/TB et VIH/VHB/TB méritent d'être investiguées.

<sup>14</sup> Bigot K.A et al : « Séroprévalence de l'antigène HBs du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes et leurs enfants. Médecine d'Afrique Noire 1992 ; 39 (7), 487 – 490 »

<sup>15</sup> Akalogoun Z D et al : « Hépatite B et grossesse. Etude de quelques composantes épidémiologiques. A propos de 88 cas séropositifs à l'AgHBs. Thèse méd Cotonou, 1987, N° 013 »

<sup>16</sup> (Adjanooun S: « Prévalence de l'infection par le VHC chez les malades hémodialysés. Thèse Med, Cotonou, 2007, N° 1347)

<sup>17</sup> (Sèhonou J et al « Séroprévalence des anticorps antiviral de l'hépatite C dans une population de jeunes recrues au Bénin. J Afr Hepato Gastroenterol 2007, 1 : 103 – 105 »)

<sup>18</sup> (Dovonou CA et al. « Prévalence de l'hépatite B chez les personnes infectées par le VIH à Parakou au Bénin. Pan Afr Med J. 2015; 20: 125 » et Sehonou J, et al « Co – infection VIH – VHB chez des patients sous traitement antirétroviral au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (République du Bénin). Rev CAMES – Série A, Vol. 10, 2010 : 85 – 89 », Sehonou J et al. « Prévalence et facteurs de risque de portage de l'AgHBs et des anticorps anti virus de l'hépatite C chez des patients traités pour sida à Cote d'Ivoire. Coinfection hépatites et VIH à Cote d'Ivoire. Journal de la Société de Biologie Clinique, 2012; N° 017 ;14-20 »).

<sup>19</sup> (« Sehonou J et al. Prévalence et facteurs de risque de portage de l'AgHBs et des anticorps antiviral de l'hépatite C chez des patients traités pour sida à Cote d'Ivoire. Coinfection hépatites et VIH à Cote d'Ivoire. Journal de la Société de Biologie Clinique, 2012; N° 017 ; 14-20 » et « Sehonou J et al. Prévalence des anticorps antiviral de l'hépatite C chez des patients porteurs de sida sous traitement à Cotonou. Journal Africain d'Hépatogastroentérologie 2(4):163-166 »)

<sup>20</sup> (Zohoun I et al. « La surveillance sanitaire des prostituées et la lutte contre la transmission sexuelle du SIDA. Médecine d'Afrique Noire 1994 ; 41 (1) : 7 – 10 »)

<sup>21</sup> Sèhonou J, Kodjoh N ; Saké K, « Cirrhose hépatique à Cotonou : aspects cliniques et facteurs liés au décès » et col, Méd Trop 2010 n 70 ; 375-378.



### **Déterminants comportementaux**

Les déterminants comportementaux des hépatites virales B et C sont :

- Injections parentérales avec du matériel souillé ;
- Non-respect des mesures universelles d'hygiène dans les procédures de soins ;
- Pratiques d'actes entraînant une effraction cutanée ;
- Partage d'objets de soins corporels dans les familles ou dans les communautés (brosses à dents, rasoirs, matériels d'épilation, serviettes et gants de toilette...) ;
- Rapports sexuels non protégés avec partenaire infecté ou avec partenaires multiples, rapports sexuels entre hommes.

Les autres déterminants identifiés sont :

- Insuffisance de la connaissance de la maladie par les populations et le personnel de santé (95% selon l'OMS) implique : le retard du diagnostic et de la prise en charge ;
- Le coût élevé du bilan pré thérapeutique : seulement 22 % des patients admis au CNHU-HKM arrivent à réaliser les bilans pré thérapeutiques ;
- Le faible pouvoir d'achat des ménages limitant l'accès au dépistage, à la vaccination, au diagnostic et à la prise en charge ;
- La non-introduction dans le PEV de la dose vaccinale de naissance dès les 24h de vie ;
- Le défaut d'informations stratégiques sur les hépatites dans l'annuaire national des statistiques sanitaires en raison de l'absence d'une veille sanitaire.

### **3.4.2 Synthèse de l'analyse de la riposte aux hépatites virales**

Jusqu'à un passé récent la question des hépatites virales était peu connue et n'était donc pas considérée comme un problème de santé publique. Ainsi, elle a souffert d'un défaut de priorisation et de sensibilisation. Ceci explique l'ignorance des populations et l'insuffisance de connaissances et de formation des professionnels de santé sur les hépatites.

La formalisation de la lutte contre les hépatites B et C au travers de la mise en place de structures opérationnelles est récente. Le vote, en 2017, de la loi N° 2017-028 portant prévention prise en charge et contrôle des hépatites virales B et C en République du Bénin est la toute première manifestation d'une volonté politique affichée dans ce sens. La seconde a été la mise en place du Plan Stratégique Nationale de Lutte contre les Hépatites (PSNLH). Le cadre institutionnel et organisationnel de la mise en œuvre de ce plan est le Programme National de Lutte contre les Hépatites (PNLH) créé par arrêté ministériel N°051/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/DAF/SA/052SGG18 du 20 juillet 2018. Enfin la dernière volonté politique est l'arrimage des hépatites au CNLS-TP au même titre que les autres maladies prioritaires. Cependant, certaines interventions méritent d'être intégrées dans un cadre stratégique cohérent.

## **En matière de prévention**

### ➤ **Sensibilisation**

Jusqu'en 2018, les actions de promotion de la santé par l'Information, l'Education et la Communication pour un changement de comportement (IEC /CCC) à propos des hépatites à l'endroit du grand public et des populations à risque ont été peu développées et non financées par l'Etat.

### ➤ **Vaccination**

En ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B, elle fut intégrée dans le PEV en 2002 par le Ministère de la Santé. Mais le vaccin utilisé est un pentavalent, administrable seulement à partir de la sixième semaine de vie alors que, dans notre contexte, la majeure partie des contaminations surviennent avant cette date. La dernière Enquête Démographique et de Santé du Bénin (EDS 2017-2018) révèle un niveau de couverture de 77% pour les trois doses de vaccin contre l'hépatite B parmi les enfants de 12 à 23 mois. Cette stratégie de vaccination tardive par le pentavalent ne permet pas d'obtenir une protection optimale. Ce taux de couverture, relativement élevé, cache toutefois d'importantes disparités régionales et socio-économiques.

### ➤ **Réduction des risques de transmission**

En ce qui concerne les risques de transmission par le sang, la sécurité transfusionnelle est assurée par la recherche systématique des marqueurs viraux des hépatites B (Ag HBs) et C (Anti corps anti VHC) chez tous les donneurs de sang. Par rapport aux soins, l'utilisation des seringues et aiguilles à usage unique est généralisée dans toutes les formations sanitaires publiques et privées.

Mais il n'existe pas des actions ciblées à l'endroit des autres populations clés à savoir : les professionnelles du sexe, les consommateurs de drogues par voies injectables, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

### **Dépistage**

L'offre est faible en raison des opportunités manquées. Par exemple, on ne profite pas assez de l'opportunité qu'offre le dépistage du VIH pour faire le test des hépatites. Actuellement il n'y a pas de réglementation au niveau national sur les stratégies de dépistage et pour les populations à dépister. Ensuite, il n'y a pas de centres de référence pour cette activité. Aussi, les ONG telles que l'Alliance Béninoise des Organisations de la Société Civile contre les Hépatites Virales (ABOSCHVi), organisent-elles depuis 2013 des campagnes annuelles de sensibilisation et de dépistage de masse. D'autres associations s'intéressent au dépistage dans les établissements scolaires, les garnisons, les institutions et sur les places publiques.

### **Prise en charge diagnostique et thérapeutique**

La prise en charge globale comporte des examens pour le diagnostic, et l'éligibilité au traitement. Certaines de ces analyses ne sont pas disponibles au Bénin du fait de la

non-disponibilité de laboratoires de référence pour les hépatites virales ; ce sont : l'évaluation de la fibrose hépatique et la quantification de la charge virale.

Dans le contexte actuel, les examens pour le diagnostic et le bilan d'éligibilité pour le traitement coûtent 300.000 FCFA pour l'hépatite B et 400.000 FCFA pour l'hépatite C. Ainsi moins de 1% des malades éligibles au traitement sont actuellement traités.

### **Financement de la prise en charge**

Jusqu'à un passé récent (2017), il n'y avait pas de ligne budgétaire pour la prise en charge des hépatites virales. Les patients pris en charge sont ceux qui bénéficient d'une évacuation sanitaire au CNHU-HKM.

## **3.5 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse aux maladies à potentiel épidémique**

### **3.5.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique des maladies à potentiel épidémique**

#### **Létalité de quelques Maladies à Potentiel Epidémique**

À l'instar de tous les pays de l'Afrique occidentale, le Bénin est exposé aux épidémies, pandémies et à différentes situations d'urgence de santé publique. Le Bénin enregistre depuis plus de deux décennies certains types d'épidémies :

- **Choléra** : 831 cas, dont 12 décès (soit une létalité de 1%) enregistrés en 2014 (Parakou, Sinendé, Kérou, Péhunco, Djougou) ; en 2016 deux épisodes avec 761 cas dont 13 décès (soit une létalité de 2 %). Les communes plus à risque sont celles de Cotonou, Sô-ava, Abomey-calavi, Kérou, Péhunco, Djougou, Parakou, Malanville, Karimama. [Source SESS/DNSP/MS]
- **Méningite** : En 2016, 317 cas confirmés ou probables dont 47 décès ont été enregistrés (soit une létalité de 15%). En 2017, le nombre de cas confirmés ou probables a été estimé à 375 cas avec 36 décès (soit une létalité de 10%). Les départements à risque élevé sont ceux du Borgou, de l'Alibori, de la Donga et de l'Atacora. [Source SESS/DNSP/MS]
- **Fièvre hémorragique virale Lassa** : depuis 2014, elle est devenue cyclique chaque année avec les cas index provenant souvent du Nigéria. En 2014, 16 cas (2 confirmés, 7 probables et 7 suspects) dont 9 décès (2 confirmés, 6 probables et 1 suspect) soit une létalité de 56% ; en 2016, 54 cas (16 confirmés, 16 probables, 22 suspects), dont 28 décès (08 cas confirmés, 16 probables, 04 suspects) soit une létalité globale de 52% ; en 2017, 02 cas confirmés tous décédés (soit une létalité de 100%) et en 2018, le Bénin a connu deux épisodes :

- le 1<sup>er</sup> de janvier à mars 2018: Huit (8) cas tous décédés (05 cas confirmés et 03 cas probables) soit une létalité de 100% ;
- le 2<sup>ème</sup> de décembre 2018 à mars 2019 : 09 cas confirmés tous vivants (soit une létalité de 0%).

Les départements à risque élevé sont ceux de l'Atacora, du Borgou, de la Donga, de l'Alibori, de l'Ouémé, des Collines et du Littoral. **[Source SESS/DNSP/MS]**

- **Rougeole** : depuis ces dernières années, la majorité des communes a notifié des épidémies de rougeole. En 2017, 428 cas suspects de rougeole ont été notifiés dont 78 cas confirmés et 20 cas probables par lien épidémiologique avec 1 décès. Six (06) communes avaient enregistré des épidémies (Cobly, Karimama, Malanville, Parakou, Pèrèrè et Tchaourou). En 2018, 1 171 cas suspects de rougeole ont été notifiés dont 243 cas confirmés et 188 cas probables par lien épidémiologique sans décès. L'épidémie a été confirmée avec les résultats du laboratoire dans vingt-quatre (24) communes : Abomey-Calavi, Allada, Aplahoué, Banikoara, Bantè, Bassila, Comé, Copargo, Cotonou, Djakotomey, Djidja, Dogbo, Glazoué, Ifangni, Kalalé, Karimama, Kétou, Klouékanmey, Malanville, Nikki, Ouidah, Parakou, Savé et Toviklin. **[Source : SSE/ANV-SSP/MS]**. Concernant la couverture vaccinale de la rougeole, le taux reste faible : 70% selon l'EDS 2017-2018.
- **Intoxication alimentaire** : elle constitue de plus en plus un problème de santé publique et plus particulièrement au nord du pays (Atacora, Donga, Borgou, Alibori, Ouémé). En 2016, il a été rapporté 23 cas et 06 décès (soit une létalité de 26%) ; en 2017, 98 cas et 09 décès (soit une létalité de 9%) et 2018, 93 cas et 14 décès (soit une létalité de 15%). **[Source SESS/DNSP/MS]**
- La maladie à virus Ébola, la dengue hémorragique et les grippes humaines à virus émergents restent aussi des préoccupations.

Par ailleurs, le Bénin a connu 05 cas de rage humaine en 2016, 13 en 2017 et 14 en 2018 tous décédés (surtout dans le Couffo, Alibori, Atacora, Borgou, Ouémé). Concernant le Charbon bactérien humain, en 2016, 06 cas dont 02 décès ; en 2017, 03 cas et aucun décès et en 2018 (cumul à mi-octobre 2018), 01 cas sans décès ont été enregistrés (Boukoumbé, Tanguiéta) **[Source SESS/DNSP/MS]**.

Dans le règne animal, 18 animaux morts de charbon ont été rapportés en 2016. **[Source DE/MAEP]**

### **Groupes les plus vulnérables**

Ils sont constitués des habitants des zones lacustres, des zones à forte concentration avec un déficit d'accès à l'eau potable, avec de mauvaises pratiques d'hygiène et vivant dans un environnement malsain ainsi que les enfants, et celles vivant dans la ceinture méningitique. Les populations des zones frontalières aux conditions de vie

socio- économiques défavorables, celles vivants dans les zones à risque où ont été enfouis les décombres d'animaux morts suite à une zoonose et celles vivant avec des animaux de compagnie non vaccinés doivent aussi être considérées comme vulnérables.

### **Déterminants locaux / facteurs sociaux favorisant et dynamique sociale**

Au nombre des déterminants des épidémies, on peut noter :

- l'inter connectivité des populations (migration) ;
- la manipulation des vecteurs (rongeurs par exemple) ;
- l'existence de vecteurs ;
- l'écosystème favorable à l'émergence de certaines épidémies (Lassa, Choléra, Méningite, fièvre jaune, etc.) ;
- l'eau, l'hygiène et l'assainissement déficients ;
- la couverture vaccinale faible pour certaines maladies évitables ;
- les facteurs comportementaux et socioculturels ;
- les goulots d'étranglement systémiques ;
- les facteurs sociaux et culturels : rites, coutumes et pratiques sociales qui peuvent limiter la biosécurité ;
- les facteurs psychologiques (psychose de la maladie même dans le rang des agents de santé)
- les rumeurs ;
- les facteurs économiques (contexte local d'émergence : pauvreté et précarité des populations) ;
- les insuffisances présentées par la politique nationale de santé communautaire et le plan stratégique de santé communautaire sur la surveillance à base communautaire.

### **3.5.2 Synthèse de l'analyse de la riposte aux maladies à potentiel épidémique**

#### **Contexte dans le secteur de la santé humaine**

Depuis Juin 2007, le Bénin met en œuvre le Règlement Sanitaire International (RSI) 2005 dans le contexte de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR) dont la dernière évaluation externe conjointe a été réalisée en mai 2017. Cette évaluation a montré que le Bénin dispose de capacités très limitées sur la plupart des 19 domaines du RSI. Il existe des comités de coordination mis en place dans le cadre de la gestion de situations d'urgence ou épidémiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le pays dispose des documents stratégiques et des normes et procédures. Un Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) est en cours de mise en place et l'Agence Nationale de la Protection Civile (ANPC) gère les catastrophes. Il existe un Point Focal RSI qui est un comité constitué par les représentants du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Agriculture, de l'élevage et de la pêche, du Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique et du Ministère du Cadre de Vie et du Développement Durable, dont la capacité de fonctionnement est très insuffisante. Avec les réformes actuelles, un décret a mis en place un Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies (CNLS-TP) ayant pour objectif la coordination dans la gestion des épidémies.

#### **Contexte dans le secteur de la santé animale**

Dans le contexte béninois où les activités agropastorales ont une grande importance socio-économique, le renforcement des services vétérinaires vient réellement s'inscrire dans la stratégie nationale puisqu'ils contribuent au développement de la productivité des filières animales et à la sécurité du consommateur. C'est un secteur en pleine réforme actuellement avec 07 pôles régionaux qui sont des Agences Territoriales de Développement Agricole (ATDA). Au Bénin, les maladies d'origine animale auxquelles l'homme est sensible comme la grippe aviaire, la rage, la brucellose, la tuberculose, l'anthrax et la fièvre de la vallée du Rift représentent des risques de santé publique.

Un système de surveillance et de notification des maladies animales y compris des zoonoses est institué par arrêté N° 080/MDR/DCAB/SGM/DA/CP du 06 février 2001, portant création et fonctionnement du Réseau de Surveillance Epidémiologique (RESUREP). Cet arrêté a été renforcé par le décret 2005-637 du 13 octobre 2005, portant règlement zoo-sanitaire des maladies animales à déclaration obligatoire en République du Bénin.

Mais la surveillance épidémiologique est toujours passive avec une structuration de trois niveaux : le niveau central représenté par la Direction de l'Elevage, le niveau intermédiaire avec des directions départementales de l'agriculture et de l'élevage, le



niveau communal, avec les Secteurs Communaux pour le Développement Agricole (SCDA) où l'on note l'existence de plusieurs associations professionnelles qui jouent un rôle important dans la surveillance épidémiologique. Les deux (2) laboratoires vétérinaires conduisent l'essentiel des tests courants pour accompagner les programmes de surveillance des maladies animales. Le cheptel est important, varié et essentiellement constitué des espèces suivantes : bovins, ovins, caprins et volailles. Ce cheptel est aujourd'hui gravement menacé par les maladies émergentes et ré-émergentes qui sévissent dans la sous-région.

Pour ce qui est de la gestion de la sécurité sanitaire des aliments, un dispositif de base est en place avec un Laboratoire Central de Contrôle de la Sécurité Sanitaire des Aliments. L'Agence Béninoise pour la Sécurité Sanitaire des Aliments (ABSSA) existe de même que le Groupe Thématique Alimentation Nutrition et Sécurité Sanitaire. Le Bénin fait partie du Réseau d'Afrique de l'Ouest des Laboratoires d'Analyses Biomédicales (RESAOLAB). Les normes nationales en matière de sécurité sanitaire des aliments existent ainsi que le code de l'hygiène publique.

### **Contexte de la santé environnementale**

Ces dernières années, la pollution atmosphérique a pris des proportions inquiétantes avec la mise en circulation massive des véhicules d'occasion venus d'Europe et l'utilisation quasi généralisée des produits pétroliers frelatés importés frauduleusement du Nigéria. Quant aux déchets solides et eaux usées domestiques, la situation n'est pas aussi très reluisante.

La sécurité environnementale nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits. Le Bénin a ratifié plusieurs conventions<sup>22</sup>, et a adhéré à la déclaration de "Strategic Approach to International Chemicals Management (SAICM)" sur la gestion des produits chimiques et à la déclaration de Libreville. Il existe des procédures au niveau des industries pour l'évaluation des risques dans le domaine de la surveillance et du contrôle des produits chimiques, afin de déclencher/préparer une riposte adaptée et dimensionnée. Mais au Bénin, les capacités nécessaires pour la gestion du risque chimique n'ont pas été mises en place. Les mécanismes et les plans d'action n'ont pas été élaborés et les capacités en gestion de risque sont presque inexistantes malgré l'existence d'une Politique Nationale de l'environnement. Le Ministère du Cadre de Vie et du Développement Durable, à travers l'Agence Béninoise pour l'Environnement (ABE), a entrepris progressivement l'audit de certaines unités afin de contrôler et de limiter la pollution

---

<sup>22</sup>Les conventions de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontaliers des déchets dangereux, la Convention de Rotterdam sur le commerce international de certains produits chimiques dangereux, la Convention de Stockholm sur les polluants organiques, la Convention de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe sur les effets transfrontaliers des accidents industriels, et la Convention de Minamata sur le Mercure

de l'environnement par les eaux usées industrielles. Eu égard à ce qui précède, le Bénin reste vulnérable sur le plan environnemental à cause d'une croissance démographique importante et rapide avec une hyperdensité de sa population surtout dans les zones urbaines justifiée par une mobilité accrue. A cela s'ajoute les modifications écologiques, la production des déchets, l'incivisme des populations et pour finir l'élevage des animaux qui est encore très mal contrôlé dans le pays ce qui renforce les contacts humains-animaux. Tous ces facteurs agissent sur l'environnement et constituent des menaces surtout sanitaires pour les populations.

Enfin, il faut noter que le Bénin a une capacité limitée à répondre efficacement aux épidémies d'une part et une faiblesse de la stratégie de lutte axée sur la prévention et la gestion de l'épidémie d'autre part, en ce qui concerne la réduction des risques dans les zones et au profit des populations à risque. Le concept « Une Seule Santé » n'est pas suffisamment opérationnalisé et les réseaux d'épidémio-surveillance en santé animale et santé humaine fonctionnent séparément. Il y a une faible communication et une faible synergie entre les systèmes de surveillance épidémiologique et les laboratoires, en matière d'urgences liées aux zoonoses. L'interconnexion des réseaux de laboratoires de santé publique et du laboratoire vétérinaire est très faible, Ce qui montre la faible interopérabilité entre les systèmes des différents secteurs. La réponse communautaire de la surveillance épidémiologique est à renforcer aussi bien au niveau de la santé humaine qu'animale. Les ressources humaines sont limitées et les laboratoires sont dans une situation critique à tous les niveaux. La capacité à la notification, à l'alerte précoce et même à la réponse reste à améliorer globalement. Il est important que la réponse soit globale et surtout coordonnée.

### **Forces, faiblesses et défis de la riposte**

#### ➤ **Forces**

- Existence d'un système de surveillance avec une liste claire des maladies prioritaires ;
- Cartographie des zones à risque ;
- Existence d'un dispositif communautaire (relais communautaires) ;
- Existence d'une plateforme DHIS-2 intégrant les affections prioritaires ;
- Existence d'un dispositif national pour la surveillance et le contrôle de la sécurité sanitaire des aliments ;
- Existence de réseaux de terrain (ReSuReP<sup>23</sup>) pour la remontée de l'information ;
- Existence d'une plateforme de données interopérables avec l'OIE ;
- Existence de plans et de guides techniques de surveillance intégrée liée à la santé animale (maladie du charbon, influenza aviaire, et autres) ;

---

<sup>23</sup> Système de surveillance et de notification des maladies animales y compris des zoonoses.



- Existence d'un Réseau National de Laboratoire pour la confirmation de certaines MPE ;
- Existence d'un laboratoire de confirmation des fièvres hémorragiques virales ;
- Existence d'un plan national de gestion des catastrophes ;
- Existence du manuel de procédures pour la réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola et autres fièvres hémorragiques virales ;
- Existence de 03 centres de traitement de fièvres hémorragiques virales (dont deux opérationnels) ;
- Disponibilité du personnel qualifié dans la prise en charge médicale des FHV ;
- Existence et fonctionnalité des EIR et des Comités de gestion et de lutte contre les épidémies ;
- Existence d'un fonds national de lutte contre les épizooties.

➤ **Faiblesses**

- Surveillance à base communautaire limitée et mal coordonnée ;
- Non-opérationnalisation du système de notification électronique en temps réel, interopérable et interconnecté ;
- Non-disponibilité d'un système performant d'alerte précoce ;
- Faible capacité de détection et de diagnostic des voyageurs au niveau des PoE<sup>24</sup> ;
- Insuffisance de ressources financières et de la logistique (kits, équipements, réactifs, consommables, équipements de protection individuelle, etc.) ;
- Faible performance du système de pré positionnement des intrants pour les MPE
- Délai d'acheminement des échantillons et d'obtention de résultats au laboratoire national relativement long ;
- Difficulté à assurer la maintenance des équipements ;
- Manque d'assurance qualité dans les laboratoires ;
- Déficit de moyens roulant pour l'acheminement des échantillons suspects des départements vers le niveau central ;
- Inexistence d'un dispositif électronique de gestion des approvisionnements des stocks en intrants spécifiquement liés aux épidémies ;
- Vétusté et insuffisance du plateau technique ;
- Manque des équipements (protection individuelle, désinsectisation, dératisation, désinfection, destruction, enfouissement des cadavres d'animaux et d'inhumation sécurisée) et de matériels de gestion des foyers de maladies animales ;

- Non-implication effective des vétérinaires privés dans le réseau de surveillance épidémiologique ;
- Inexistence d'un dispositif de recherche appliquée spécifique aux épidémies.

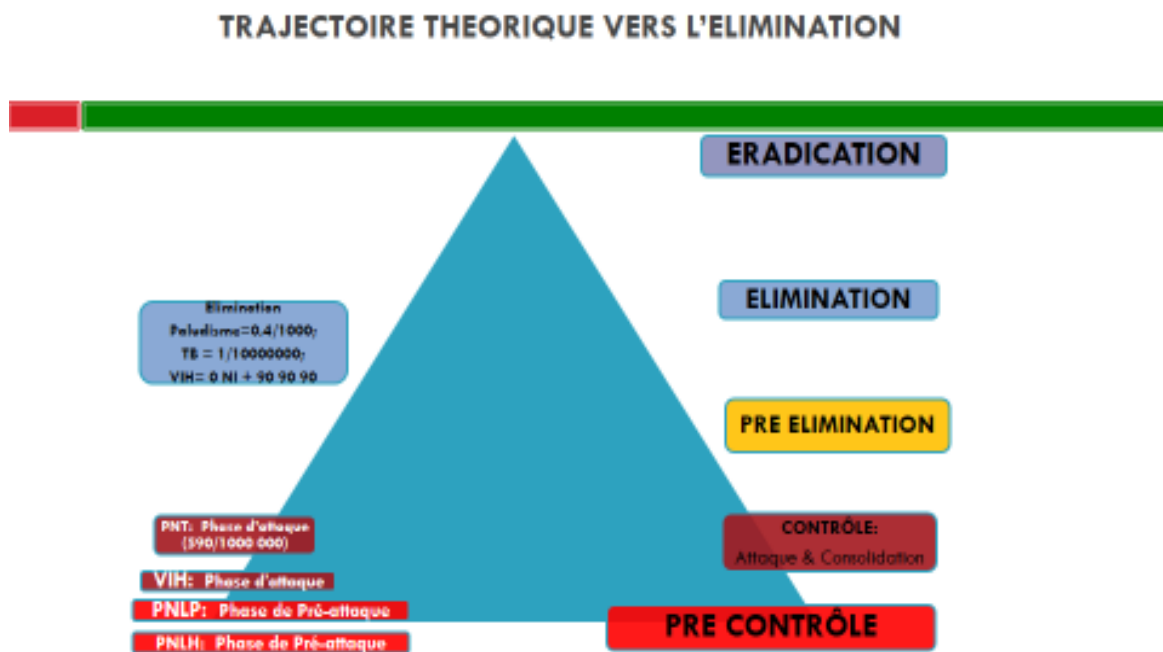
### ➤ Défis

Des défis majeurs restent à relever dans les domaines de coordination, de suivi évaluation, de suivi de performance, de la surveillance et de la mobilisation des ressources ; notamment :

- la surveillance à base communautaire
- la mobilisation de ressources financières rapide et facile d'accès en temps d'épidémie (Mobilisation des ressources nécessaires sur la base d'un plan de lutte contre les épidémies ou risques identifiés par zone sanitaire)
- le renforcement du plateau technique du laboratoire à chaque niveau du système selon leur attribution dans la détection précoce des épidémies (ceci pour permettre un diagnostic fiable, précoce et une réponse prompte et appropriée à l'épidémie)
- le suivi du fonctionnement des structures prévues pour gérer les épidémies ou crises sanitaires par niveau

### **Résumé du niveau actuel de la réponse aux maladies vis à vis de l'élimination**

*Au regard de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse, le schéma ci-dessous montre le niveau où se retrouve actuellement chacune des maladies cibles en termes de problème de santé publique, ce qui dénote de l'ampleur des efforts à déployer pour aller vers l'élimination d'ici à 2028.*



**Figure 3 :** Trajectoire théorique des programmes vers l'élimination

## IV. Autres domaines de riposte aux maladies

### 4.1 Contribution de la médecine traditionnelle à la prise en charge des pathologies couvertes

Plusieurs engagements internationaux existent en faveur de l'implication des Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) dans la lutte contre ces maladies prioritaires. Il s'agit essentiellement des résolutions issues de l'Assemblée Mondiale de la Santé qui abordaient l'utilisation des plantes médicinales dans les services de santé comme un défi majeur, en offrant un nouveau cadre pour les initiatives futures visant à promouvoir une collaboration efficace entre médecine traditionnelle et médecine moderne.

Au Bénin, la pharmacopée et la médecine traditionnelle occupent une place de choix dans l'offre des soins à la population. Elle reste une alternative aux besoins de santé de plus en plus croissants de la population dispensée par une gamme variée de professionnels (accoucheuses traditionnelles, psychothérapeutes, spiritualistes, etc.). La pérennité de cette médecine, observée jusqu'à ce jour, réside dans ses caractéristiques spécifiques comme son accessibilité, sa proximité géographique et culturelle ainsi que sa bonne couverture sanitaire.

C'est fort de cela, qu'un Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles (PNPMT) a été créé. Ceci a permis l'élaboration du Plan Stratégique National de la Médecine Traditionnelle. Ce plan a opté entre autres, pour l'implication

des PMT dans les initiatives telles que la prise en charge du VIH/Sida et du paludisme. Cette option se justifie par le fait que plus de 80% de la population ont recours à ladite médecine (OMS, 2002).

Les acquis concernent aussi l'existence d'une cartographie des acteurs et la mise en évidence des bonnes pratiques. La prise en charge des IST et du VIH/Sida par le sous-secteur de la Médecine Traditionnelle, par exemple a été identifiée, ce qui a permis de mettre en exergue la capacité des PMT à favoriser une riposte plus vaste et plus complète, en prenant en compte les pratiques ancestrales ayant fait leurs preuves.

De plus, le rôle des PMT, en tant que responsables communautaires et dispensateurs de soins de santé, est reconnu et accepté par la majorité de la population. Leur aptitude à communiquer dans des domaines touchant à la santé et à la vie sociale constitue un atout qui peut être utilisé dans plusieurs secteurs essentiels des activités de lutte contre les maladies prioritaires. Ils peuvent être des canaux d'information crédibles pour susciter et obtenir un changement de comportement favorable et durable en faveur de la lutte contre les pathologies prioritaires.

Dans le souci de la promotion de la médecine traditionnelle, le PSNIE contribuera la valorisation des ressources thérapeutiques locales, la recherche visant la certification des initiatives, le renforcement de capacité des acteurs et le partage des expériences.

#### **4.2 Contribution de la société civile à la riposte aux pathologies prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique**

Les Organisations de la Société Civile (OSC) jouent un rôle déterminant en aidant les gouvernements, les donateurs et les autres acteurs de la santé à répondre aux besoins des communautés. Au Bénin, en dépit des réformes et des investissements engagés dans le secteur de la santé, les indicateurs restent en deçà des attentes et on note toujours une faible implication des bénéficiaires dans la gestion des problèmes de santé de la communauté. Cette situation a pour conséquence une faiblesse de la demande en soins et services de santé qui reste influencée par les pesanteurs socio-économiques.

Pour combler le vide, plusieurs OSC interviennent autour des maladies prioritaires que couvre le CNLS-TP. Ainsi, nous avons : des associations de malades, de professionnels, de jeunes, des ONG et autres, organisées en réseau ou non. Elles sont plus nombreuses autour du VIH que des autres maladies et leur rôle est surtout la mobilisation communautaire des populations en vue de l'utilisation des services de santé (ex. femmes enceintes en CPN, enfants de moins d'un (1) an dans le cadre du PEV, la PEC des cas de paludisme, l'orientation des cas suspects de TB, etc.). Elles renforcent et étendent les services de santé en place, permettant ainsi d'atteindre les populations vulnérables et marginalisées exclues. Elles sont au cœur des communautés, donc présentées comme le premier point de contact de la communauté avec le système de santé comme c'est le cas dans les zones rurales enclavées et

difficiles d'accès. Elles assurent, par ailleurs, la veille pour une prise en compte réelle des aspirations des bénéficiaires, mais aussi, certaines activités sociales comme le plaidoyer et le lobbying.

Le PSNIE sur la base d'un processus participatif et inclusif, se propose d'accompagner le renforcement des capacités techniques et opérationnelles des OSC à mettre en œuvre des interventions de plusieurs programmes au sein de la communauté.

#### **4.3 Riposte aux maladies couvertes dans le monde du travail**

Le monde du travail est représenté au Bénin par les sociétés et offices d'Etat, les entreprises publiques, parapubliques, privées et le secteur informel. Les interventions sont au profit du personnel, de leurs familles et des populations environnantes des unités de production.

C'est en reconnaissant l'importance du rôle du monde du travail dans l'endiguement de certaines maladies que le Bénin a opté pour la mise en place des programmes de riposte en milieu de travail.

Jusqu'à un passé récent, des Unités Focales de Lutte contre le Sida (UFLS) pour le secteur public et les Comités d'Entreprise de Lutte contre le Sida (CELS) pour le secteur privé ont mené des activités de lutte contre le VIH. Ces instances, avec l'appui de certains PTFs, ont été formées et ont pu mener des activités de sensibilisation, de changement de comportement par la paire éducation avec le développement de déclaration de politique aussi bien dans le secteur public que privé suivant les directives du Bureau International du Travail.

Les principales difficultés constatées au sein de ces structures concernent :

- l'instabilité de leur ancrage institutionnel ;
- le faible engagement du politique ;
- l'insuffisance de ressources financières ;
- le manque de leadership dans la coordination des activités en milieu de travail ;
- la non-planification des actions de lutte en milieu de travail comme une priorité ;
- le manque d'appui institutionnel des UFLS au sein de leur ministère;
- l'absence notoire d'un mécanisme de suivi des activités;
- la faible appropriation par les travailleurs eux-mêmes de la mission de cette unité.

En synthèse, dans notre pays, seule l'infection à VIH est partiellement couverte dans le monde du travail et le secteur informel reste encore le maillon pauvre.

Eu égard à cette situation, les démembrements du CNLS-TP que sont les Programmes Sectoriels de Lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies (PLS-TP) ont été institués par arrêtés ministériels. Par leur entremise, le PSNIE offre l'opportunité d'aborder les autres maladies couvertes par le

CNLS-TP en milieu de travail dans une approche nouvelle, plus globalisante et mieux optimisée.

## **V. Analyse transversale du système de santé**

La couverture en infrastructures sanitaires du Bénin s'est considérablement améliorée au cours des 20 dernières années. Cependant, l'évolution des indicateurs n'est toujours pas satisfaisante. Selon les données des enquêtes démographiques et de santé sur les 10 dernières années, le ratio de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes est passé de 397 en 2006-2007 à 347 en 2017-2018. Quant aux taux de mortalité néonatale et infanto-juvénile, ils sont passés respectivement de 32,4 décès pour 1 000 naissances vivantes à 32 et de 125 décès pour 1 000 naissances vivantes à 96 sur la même période. Le nombre absolu de décès maternels est de 1 500 et celui de décès néonataux, 12 000 chaque année.

Cette situation s'explique généralement par l'insuffisance de ressources humaines qualifiées<sup>25</sup> et la faible performance programmatique et financière, résultant du manque d'un programme ambitieux et audacieux de réformes susceptibles de faire bouger les lignes et d'améliorer sensiblement la couverture et la qualité de l'offre de santé.

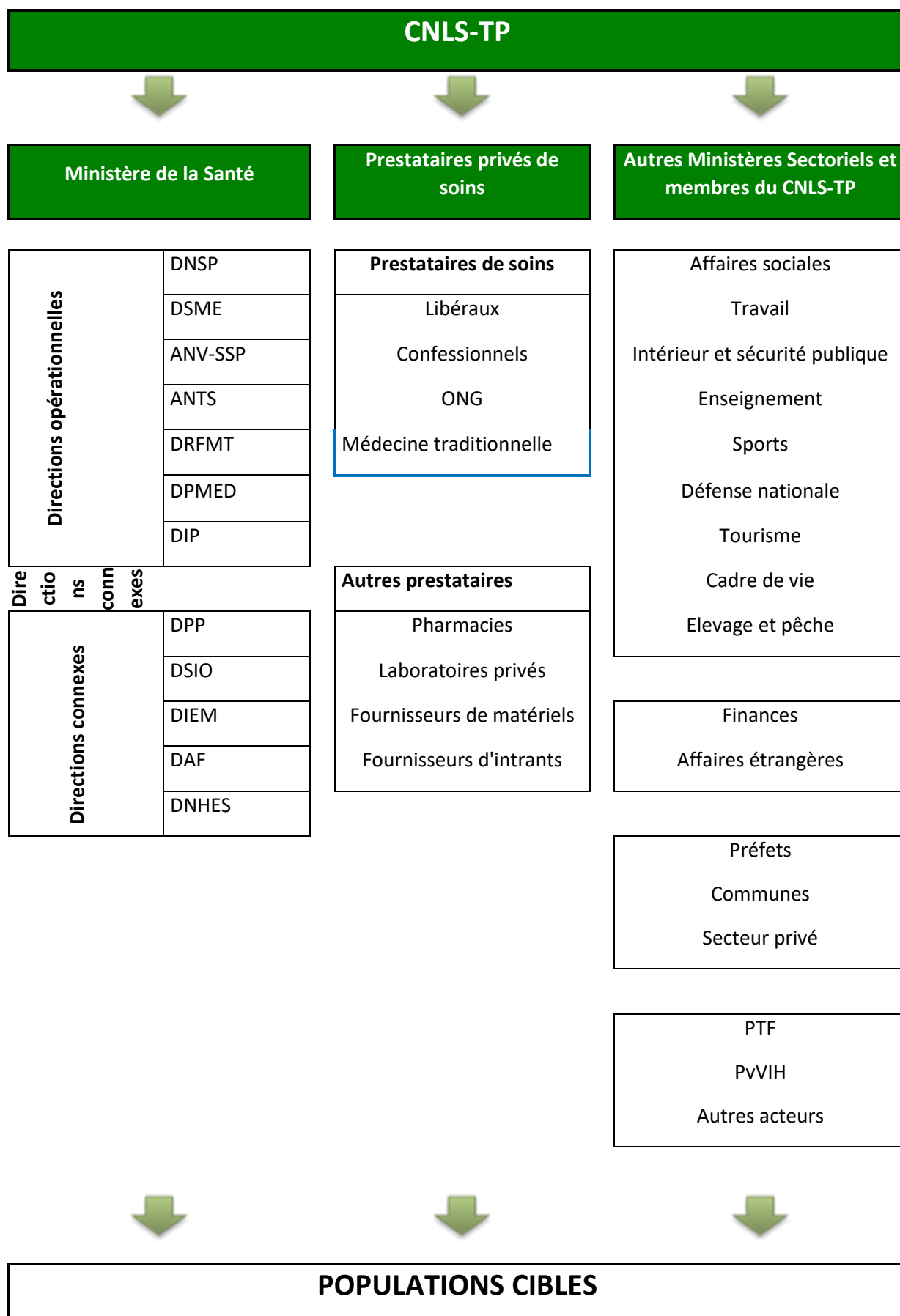
La création du CNLS-TP est la réponse du Gouvernement à un ensemble de problèmes transversaux liés aux maladies transmissibles, au-delà des défis récurrents qui caractérisent le système de santé du Bénin. Son ambition d'aller vers l'élimination de ces maladies cibles dans une approche « One Health » prenant en compte en plus de la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale est cohérente avec les recommandations internationales et est l'expression de la volonté du Gouvernement de dépasser les politiques de routinisation. L'organisation du CNLS-TP le place dans un environnement où plusieurs autres entités y interagissent, qu'elles en soient membres ou non.

### **5.1 Cartographie des parties prenantes du CNLS-TP**

La figure 1 représente un schéma du CNLS-TP et de ses principales parties prenantes.

---

<sup>25</sup> Au plan national, le nombre moyen de médecins pour 100.000 personnes est de 1,5 en 2017 selon le DHIS-2



**Figure 4 :** Cartographie des principales directions et agences opérationnelles du CNLS-TP

Le cadran à l'extrême gauche représente les structures du Ministère de la Santé impliquées dans la mise en œuvre des activités visant les maladies cibles du CNLS-TP. D'une part, nous avons les entités de mise en œuvre des interventions telles que :

- la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) sous laquelle sont logés le Programme Santé de Lutte contre le VIH/Sida (PSLS), le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), le Programme National contre la Tuberculose (PNT), le Programme National de Lutte contre les Hépatites (PNLH) ainsi que le Service de l'Epidémiologie et de la Surveillance Sanitaire (SESS),
- l'Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaires (ANV-SSP),
- l'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS),
- la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) qui joue un rôle prépondérant dans la mise en œuvre de l'ETME
- la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME).

D'autre part, nous avons les entités connexes, ayant un impact indirect sur les interventions notamment :

- DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective, aux multiples interventions dans la planification et le suivi des activités dans le secteur ;
- DRFMT : Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle dont relèvent les activités de recherche en thérapie traditionnelle;
- DPMED : Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Explorations Diagnostiques avec son action sur l'approvisionnement en médicaments ainsi que les laboratoires d'analyse biomédicale ;
- DSIO : Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux qui initie les documents normatifs relatifs aux soins dans les centres de santé ;
- DIEM : Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance aux responsabilités sur les constructions ainsi que les équipements ;
- DIP: Direction de l'Informatique et du Pré archivage avec son potentiel technique concernant la mémoire du Ministère de la Santé ;
- DAF: Direction de l'Administration et des Finances avec sa présence dans la gestion du personnel et la chaîne des dépenses publiques ;
- DNEHS: Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins.

En rapport direct avec le Ministère de la Santé, sans toutefois, être sous tutelle, on note les entités privées de prestations de soins de santé (cabinets, cliniques), qu'elles soient à but lucratif ou non, y compris celles relatives à la médecine traditionnelle.



En plus de ces entités, il existe au sein de certains ministères sectoriels, des structures ayant des activités de prestations de soins :

- MDN : Ministère de la Défense Nationale avec son réseau de Centres Médico-Sanitaires (CMS) et deux Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) ;
- MISP : Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique avec le Centre de Santé de la Police Républicaine à Cotonou et les Centres Médico-Sociaux (CMS) à Porto-Novo et Parakou ;
- MENC : Ministère de l'Economie Numérique et de la Communication avec une unité de soins à Cotonou ;
- MAEP : Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche avec la branche de la Médecine Vétérinaire, principal intervenant dans le domaine de la santé animale ;
- MEMP : Ministère des Enseignements Maternel et Primaire avec ses Infirmeries Scolaires ;
- MESTFP : Ministère des Enseignements Secondaire et Technique et de la Formation Professionnelle avec ses Infirmeries Scolaires ;
- MESRS : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique avec ses Centres des Œuvres Universitaires et Sociales (COUS) comportant une prise en charge de maladies.

Cette cartographie met en relief les différentes entités dont les interventions contribuent aux performances des programmes cibles du CNLS-TP.

## **5.2 Principaux défis transversaux du système de santé du Bénin**

Au regard de l'analyse des piliers du système de santé au Bénin, les principaux défis transversaux se présentent comme suit :

- **Gouvernance et leadership**
  - Amélioration de la coordination intersectorielle et intra sectorielle (entre les programmes des maladies cibles, les directions et agences) ;
  - Décentralisation et déconcentration effective de la gestion des interventions ;
  - Respect des directives retenues au plan national dans la mise en œuvre des interventions dans les différents domaines des programmes ;
  - Renforcement du partenariat entre le secteur public et la plateforme du secteur sanitaire privé.
- **Ressources humaines en santé**
  - Recrutement et renforcement des compétences des RHS ;
  - Répartition équitable des RHS sur toute l'étendue du territoire national ;
  - Motivation et renouvellement du personnel ;

- Coordination appropriée des systèmes de renforcement de capacités du personnel, notamment la formation et la supervision formative.
- **Gestion de l'information stratégique**
  - Promptitude, complétude et fiabilité des données sanitaires ;
  - Prise en compte globale et effective des données du secteur privé sanitaire et des structures publiques gérées par d'autres ministères sectoriels ;
  - Renforcement des équipements informatiques ;
  - Décentralisation de la saisie de données dans l'entrepôt DHIS-2 jusqu'au niveau centre de santé.
- **Prestations des soins et services**
  - Renouvellement et mise aux normes du plateau technique des infrastructures sanitaires ;
  - Mise en place d'un plan de maintenance efficace et durable ;
  - Réhabilitation et la mise aux normes des infrastructures sanitaires ;
  - Mise en place d'un véritable système assurantiel permettant de réduire les inégalités d'accès aux soins et services de santé dues essentiellement aux barrières financières ;
  - Amélioration de l'organisation et de la qualité des soins et services (accueil, courtoisie, conditions d'hospitalisation adéquates) aussi bien au niveau du secteur public que du secteur privé.
- **Financement du secteur de la santé**
  - Augmentation du ratio budget du secteur santé sur le budget général de l'Etat conformément aux engagements d'Abuja ;
  - Réduction du poids des dépenses en santé sur les ménages par une élimination progressive du paiement direct à l'acte, car cette situation a pour conséquence une exclusion des personnes n'ayant pas de ressources financières de manière permanente ou temporaire, pour la demande de soins ;
  - Réduction progressive de la dépendance du financement extérieur notamment pour les interventions de lutte contre les maladies prioritaires.
- **Produits de santé (médicaments, consommables médicaux, vaccins, etc.)**
  - Mise en place et harmonisation d'un SIGL unique pour la visibilité des niveaux de stocks à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
  - Amélioration de la gestion des produits de santé ;
  - Renforcement des capacités nationales de contrôle des médicaments et produits de santé ;
  - Application des normes de bonnes pratiques ;
  - Dotation en personnels qualifiés pour la gestion des produits de santé.

Par ailleurs, la communication en santé qui constitue un volet transversal à tous les piliers doit être plus systématique, plus cohérente et bénéficier d'un cadre conceptuel pour son organisation en vue d'une meilleure éducation à la santé des populations.

### 5.3 Cartographie des interventions de lutte contre les maladies prioritaires

En prélude à l'analyse de la situation et de la riposte aux différentes pathologies, une cartographie a été réalisée en vue d'apprécier la disponibilité, jusqu'au niveau des arrondissements, des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge des différentes affections, notamment en termes de couverture adéquate.

**Tableau 5 :** *Récapitulatif du niveau de couverture adéquate des interventions (source : Cartographie des interventions pour l'élaboration du PSNIE 2019-2023, décembre 2018)*

Nature des interventions	Affections				Ensemble des maladies
	VIH/Sida	TB	Palu	Hépatites	
Prévention primaire	79,6%	62,3%	78,3%	36,4%	29,1%
Prévention complète	69,6%	58,4%	70,3%	31,2%	9,9%
Diagnostic	89,3%	67,5%	91,7%	19,5%	18,0%
Prise en charge	54,5%	67,5%	91,7%	22,1%	19,0%
Suivi et soutien	51,2%	67,5%	64,8%	19,5%	15,1%

Les données indiquent que, pour l'ensemble des maladies qui ont fait l'objet de la cartographie, la couverture adéquate reste globalement faible, avec d'importantes disparités selon les régions. Au moins 11% des arrondissements du Bénin ne bénéficient d'aucune intervention pour les quatre maladies visées par l'enquête, par manque d'infrastructures. Seulement 13% des arrondissements sont couverts de manière adéquate par toutes les quatre catégories d'intervention et pour l'ensemble des quatre maladies.

D'une manière générale, quatre arrondissements sur cinq offrent une composante de prévention primaire du VIH. Pour ce qui est de la prévention complète, la couverture adéquate pour le VIH/Sida est seulement de 70%. D'autre part, 90% des arrondissements offrent un service de diagnostic. Par contre, seulement 55% des arrondissements sont couverts par une structure offrant la prise en charge par les ARV.

Toujours selon les données de la cartographie, la situation, en matière de lutte contre la tuberculose et le paludisme est similaire. Elle est beaucoup moins reluisante pour la lutte contre les hépatites.

## VI. Orientations stratégiques du PSNIE 2019-2023

Les orientations stratégiques du PSNIE 2019-2023 sont centrées sur la personne, avec des approches différenciées tant au niveau de la prévention que des soins.

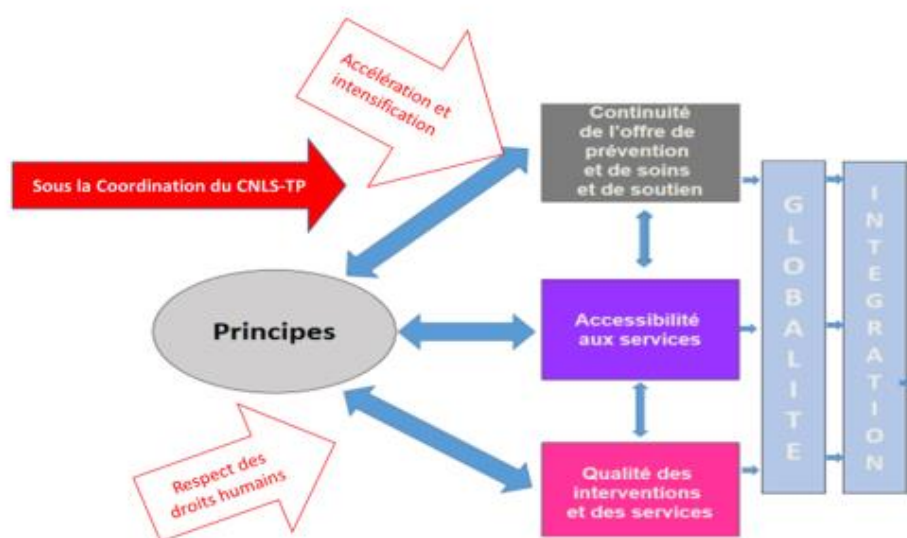
### 6.1 Principes directeurs

La mise en œuvre du Plan Stratégique National Intégré orienté vers l'Élimination 2019-2023 (PSNIE) est guidée par les principes directeurs suivants :

1. **Les populations les plus exposées aux pathologies sont au cœur de la riposte** : les interventions sont ciblées et les services de soins simplifiés sont centrés sur la personne, les familles et les communautés en se basant sur l'équité et la solidarité;
2. **L'approche multisectorielle et le partenariat avec les parties prenantes** : tous les partenaires nationaux, y compris ceux du secteur privé seront impliqués dans la riposte nationale selon un paradigme qui permet à chacun de prendre sa part de responsabilité avec un devoir de redevabilité ;
3. **Les organisations communautaires sont parties prenantes de la riposte nationale** : elles apportent une contribution remarquable dans les différents domaines que sont la prévention, la prise en charge globale et les droits humains ;
4. **Le genre**: les différences liées au genre en termes de vulnérabilité, d'accès au traitement et d'observation seront considérées en permanence dans la mise en place et l'exécution des différentes interventions de ce plan stratégique ;
5. **L'innovation, l'efficience, l'efficacité et la pérennité de la riposte** : la gestion efficiente de la riposte aux pathologies prioritaires se fonde sur la responsabilité partagée, la transparence et l'obligation de rendre compte autour de l'atteinte des résultats (impact, effet ou produit) de la part de tous les acteurs : communauté universitaire, professionnels de santé, responsables institutionnels / associatifs, partenaires internationaux et du secteur privé ;
6. **La promotion des droits humains** : les différentes interventions prévues au cadre stratégique 2019-2023 seront exécutées dans la reconnaissance et la promotion des droits humains en combattant la discrimination et la stigmatisation quel que soit le motif ;
7. **La gouvernance, la coordination et la gestion axée sur les résultats** : l'implication de tous les acteurs aux différents niveaux sera soutenue et stimulée par une bonne gouvernance, un leadership fort de l'équipe de coordination. Il s'agira d'œuvrer pour une gestion axée sur les résultats et d'assurer une bonne traçabilité des contributions financières des différents partenaires avec des audits et comptes rendus réguliers ;

8. **La couverture universelle en prévention, soins et services de santé de qualité** est basée sur l'extension à tous, de la protection sociale en santé à travers un financement suffisant, équitable et durable. Elle est le résultat des réformes du système de prestations de soins et services qui est organisé en soins de santé primaires ;
9. **L'évaluation** : les interventions et stratégies de soins sont soumises à une évaluation conjointe. Dans le cadre du PSNIE, les caractéristiques des soins incluent la continuité, l'intégration des soins, la globalité et la pertinence des soins alors que les caractéristiques des services incluent la décentralisation, la permanence, la polyvalence, l'efficacité des services et la conformité aux normes de qualité des soins et services de santé.

La figure n°6 ci-après fait la synthèse des principes directeurs du PSNIE.



**Figure 5** : Synthèse des principes directeurs du PSNIE

## 6.2 Alignement du PSNIE

Aujourd'hui, le Bénin a adopté des stratégies ambitieuses pour sa politique de développement déclinées dans le Programme d'Action du Gouvernement 2016-2021 (PAG) qui constitue le référentiel de sa politique économique et sociale. Aussi, le Plan Stratégique Intégré orienté vers l'Élimination 2019-2023 (PSNIE) proposé par le CNLS-TP est largement imprégné des valeurs fondatrices déclinées par le PAG vers plus d'innovation, plus de créativité pour davantage d'efficacité. Sa vision est qu'à l'horizon 2023, « le Bénin dispose d'une plateforme de gouvernance intégrée et performante de la riposte nationale aux maladies prioritaires et aux maladies à

potentiel épidémique qui assure la synergie et l'efficacité dans la lutte contre ces maladies en vue de leur élimination effective ».

Le PSNIE est par conséquent en cohérence avec les référentiels de la riposte mondiale aux pathologies prioritaires comme :

- les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui intègrent la vision de la fin des épidémies d'ici 2030 ;
- les six piliers du système de santé définis par l'OMS en 2007 donnent un cadre qui facilite la liaison entre les interventions du renforcement du système et les stratégies des programmes au sein des plans de santé cohérents et harmonisés ;
- les nouvelles directives consolidées de l'OMS, recommandation 2016 et 2018;
- la Stratégie de l'ONUSIDA 2016–2021 ;
- la Stratégie « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida » ;
- la Stratégie « En finir avec la TB » ;
- la « Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2035 » ;
- la « Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016–2021 » ;
- la « Stratégie mondiale du secteur de la santé pour le VIH, 2016–2021 » ;
- les évidences scientifiques relatives à l'intérêt et aux bénéfices thérapeutiques de l'initiation précoce du traitement ARV « Traitement pour Tous » ;
- les « accords de Paris sur l'efficacité de l'aide en 2005 » concernent l'alignement, l'harmonisation et la pérennisation de l'aide du renforcement du système de santé, mais aussi des programmes verticaux ;
- les stratégies successives du Fonds Mondial 2012–2016 et 2017–2022 comme celles de GAVI 2016–2020 incluent toutes le renforcement des systèmes de santé et la liaison entre programmes et système de santé.



Les objectifs de développement durable sont un appel à l'action de tous les pays – pauvres, riches et à revenu intermédiaire – afin de promouvoir la prospérité tout en protégeant la planète. Ils reconnaissent que mettre fin à la pauvreté doit aller de pair avec des stratégies qui développent la croissance économique et répondent à une série de besoins sociaux, notamment l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi, tout en luttant contre le changement climatique et la protection de l'environnement



La santé au Bénin est une priorité maintes fois confirmée par les autorités nationales au plus haut niveau des instances gouvernementales. C'est pourquoi plusieurs documents nationaux ont abordé également les spécificités liées à la santé. Il s'agit de :

- **la Constitution du 11 décembre 1990** : le droit à la santé qui y est clairement stipulé en ses articles 8 et 26, est un enjeu majeur pour le développement de notre société ;
- **l'Etude Nationale de Perspective à Long Terme Bénin Alafia 2025** : est l'un des fondements de la Politique Nationale de Santé et met l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres sur : (i) un système éducatif efficace et performant ; (ii) des soins de santé de qualité ; (iii) de l'eau potable, de l'électricité et un habitat sain pour tous et ; (iv) un cadre de vie sain ;
- **les Orientations Stratégiques de Développement (OSD)** : en adoptant les orientations stratégiques de développement, le Gouvernement s'est doté d'un document d'orientation pour ses actions. Les OSD constituent un repère pour impulser et conduire efficacement le processus de développement du pays. Il s'agit en réalité des choix fondamentaux structurants, inscrits dans des perspectives de moyen terme. L'objectif est d'offrir à tous les secteurs de développement, les repères nécessaires pour l'action. Il est attendu que les OSD soient traduites au premier plan en politique sectorielle puis opérationnalisées à travers le Programme de Croissance pour le Développement Durable (PCDD). En termes d'engagement pour le secteur de la santé dans les OSD, il est retenu de développer une offre sanitaire de référence à travers l'élaboration et la mise en application d'un cadre législatif et réglementaire adéquat, le renforcement des capacités et compétences des acteurs du secteur et la mise en place de dotations budgétaires spéciales ;
- **le Plan National de Développement (PND)** : qui est le document d'opérationnalisation du Bénin Alafia 2025 ;
- **la Politique Nationale de Santé (PNS)** : qui donne les grandes orientations stratégiques spécifiques au secteur santé ;
- **le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2018-2023)** à travers certaines de ses orientations stratégiques étroitement en lien avec le PSNIE, notamment:
  - OS2 : Prestation de service et amélioration de la qualité des soins ;
  - OS4 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ;
  - OS5 : Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé ;
  - OS6 : Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en santé.
- **le Plan de Déconcentration et de Décentralisation** : qui vise entre autres à assurer la disponibilité des ressources suffisantes aux niveaux décentralisé et déconcentré pour une offre de service de qualité et à renforcer la participation

du secteur privé et des OSC à la fourniture du service de santé. Tout ceci est en accord avec le PSNIE qui ambitionne d'une part de responsabiliser davantage les acteurs au niveau décentralisé et déconcentré, et d'autre part d'améliorer l'implication des OSC et du secteur privé dans la réponse aux maladies cibles ;

- **le rapport de la Commission Technique des Réformes dans le Secteur de la Santé (CTRSS)** a relevé comme limite du système de santé, les insuffisances dans la réponse communautaire. Le PSNIE offre une cohérence vis-à-vis de ce rapport par l'actualisation du modèle communautaire.

## **6.3 Vision, objectifs et résultats d'impact du PSNIE**

### **6.3.1 Vision**

A l'horizon 2023, « le Bénin dispose d'une plateforme de gouvernance intégrée et performante de la riposte nationale aux maladies prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique qui assure la synergie et l'efficacité dans la lutte contre ces maladies en vue de leur élimination effective ».

### **6.3.2 Objectifs**

#### **Objectif Global**

Contribuer à l'élimination du VIH, de la tuberculose, du paludisme, des hépatites, des IST et des maladies à potentiel épidémique à l'horizon 2028 ;

#### **Objectifs spécifiques**

- ✚ Réduire de 50% d'ici 2023, les nouvelles infections liées aux pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites, IST, maladie à potentiel épidémique ;
- ✚ Réduire de 60% d'ici 2023, la mortalité et la morbidité liées aux pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites, IST et maladies à potentiel épidémique ;
- ✚ Assurer une gouvernance intégrée et performante de la riposte nationale aux pathologies prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique.

### **6.3.3 Résultats d'impact global attendus du PSNIE**

#### **Les résultats d'impacts du PSNIE se déclinent comme suit :**

- ✚ Les nouvelles infections liées aux pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites, IST, maladie à potentiel épidémique sont réduites de 50% d'ici 2023 ;
- ✚ La mortalité et la morbidité liées aux pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites, IST et maladies à potentiel épidémique, sont réduites de 60% d'ici 2023 ;



- ✚ La gouvernance de la riposte nationale aux pathologies prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique est intégrée et performante d'ici à 2023.

#### **6.4 Approche différenciée pour le développement dans la riposte intégrée**

Le choix d'une riposte intégrée aux maladies est guidé par la nécessité d'une recherche d'efficacité et de rationalisation des ressources d'une part, et d'autre part de création de synergies pour des résultats d'impact plus importants et durables. Cependant, la riposte intégrée tient compte de l'unicité des programmes autant que des bénéficiaires que visent les différentes interventions.

**Au niveau de la conception des programmes,** l'approche différenciée de développement de la riposte intégrée définit un volet transversal qui restera le tronc commun de sa mise en œuvre pour chacun des programmes. Elle permet ainsi d'identifier les fonctions communes dont la mise en commun facilite la gestion de l'ensemble des programmes aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. Sans être exhaustif, on peut citer à titre d'exemple, la gestion de l'information stratégique, la gestion logistique, le suivi-évaluation, la supervision, etc.

Cependant, l'approche différenciée de la riposte intégrée impose également l'identification des spécificités liées à chacun des programmes de lutte contre les maladies cibles du CNLS-TP. Ainsi, l'expression palpable de cette approche différenciée résidera dans les stratégies spécifiques de lutte contre la maladie. Dans ce cadre, chaque programme gardera l'autonomie d'identification des solutions les plus adaptées, conformément aux recommandations et directives internationales, mais aussi inspirées des bonnes pratiques nationales. La possibilité sera également laissée aux programmes d'identifier les points de convergences permettant aux uns de bénéficier des opportunités de prestations qu'offrent les autres. Par exemple, sachant que les déterminants comportementaux de l'infection à VIH sont pratiquement les mêmes que ceux de la transmission de l'hépatite B, il est souhaitable que les programmes de prévention partagent une plateforme commune, tout en laissant la liberté à chaque programme d'organiser le volet de la prise en charge des cas selon leurs protocoles spécifiques.

**Au niveau de la mise en œuvre,** l'adoption d'une approche centrée sur le patient recommande d'une part que les bénéficiaires des programmes soient pris dans leur globalité. Ainsi, dans la mesure du possible, toute personne devrait bénéficier de l'ensemble des prestations disponibles sans être obligée de parcourir plusieurs services à la fois. Une telle approche facilite la vie du patient et lui réduit les contraintes. Cependant, l'approche différenciée nécessite la prise en compte de la spécificité des bénéficiaires. Ainsi, chaque bénéficiaire devrait être pris en charge selon ses besoins personnels.

## **6.5 Stratégies novatrices, y compris des aspects intégrés de la lutte contre les maladies cibles du CNLS-TP retenues pour le PSNIE**

### **6.5.1 VIH/Sida et IST**

Au regard de la situation épidémiologique du VIH/Sida et de l'état de la riposte nationale, la marche vers l'élimination requiert une mise à échelle substantielle des interventions et un changement de paradigme.

En plus des stratégies habituellement utilisées, les options stratégiques novatrices pouvant permettre d'atteindre les 3x90 au Bénin sont les suivantes :

#### **6.5.1.1 En matière de prévention**

- Autorisation d'ouverture des structures privées délivrant des services santé mère-enfant conditionnée à l'offre du dépistage gratuit en CPN ;
- Education sexuelle intégrée dans les établissements scolaires et universitaires. Cette stratégie passe par :
  - la confection de manuels pédagogiques adaptés à chaque classe ;
  - le renforcement des capacités des enseignants en matière d'éducation sexuelle ;
  - la mise à l'échelle des cours de santé sexuelle et reproductive en milieu scolaire.

*Du fait de certains phénomènes observés tels que la sexualité de plus en plus précoce chez les adolescents et jeunes, les grossesses et avortements en milieu scolaire, les abus sexuels, etc, l'éducation sexuelle intégrée dans les établissements scolaires et universitaires est nécessaire. L'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture) souligne la pertinence de cette approche par des éléments factuels significatifs montrant l'impact de l'éducation à la sexualité en mettant en avant le fait que :*

- *l'éducation à la sexualité a des effets positifs. Les jeunes ayant plus de connaissances ont une meilleure attitude et des comportements positifs vis-à-vis de la santé sexuelle et reproductive ;*
- *on a constaté que les programmes proposant l'abstinence comme unique option, ne sont pas en mesure de retarder l'initiation sexuelle, de réduire la fréquence des rapports sexuels ou de réduire le nombre de partenaires sexuels. Les programmes qui associent l'importance du retard de l'activité sexuelle et d'autres contenus sont efficaces ;*
- *les programmes « axés sur le genre » sont substantiellement plus efficaces que les programmes qui ne tiennent pas compte de la dimension genre pour obtenir des résultats en matière de santé tels que la réduction du taux de grossesses non désirées ou des IST ;*

- *l'impact de l'éducation à la sexualité est maximal lorsque les programmes dispensés à l'école sont complétés par la participation des parents et des enseignants, des instituts de formation et des services axés sur les jeunes.*<sup>26</sup>

- Prophylaxie pré-exposition (PrEP) en continu dans les populations clé et dans les couples séro-différents à travers :
  - la mise en place de la PrEP au niveau des services adaptés intégrés ;
  - la disponibilité en continu des ARV ;
  - le suivi biologique minimum ;
  - la vulgarisation de l'information sur la PrEP ;
  - le renforcement du suivi des partenaires séronégatifs ;
  - la révision du document de politiques, normes et procédure.

Par ailleurs, il est prévu de réaliser des études pour mieux comprendre les facteurs associés aux prévalences élevées dans certains départements en vue d'implémenter des stratégies différentielles pour les départements à risques élevés.

#### **6.5.1.2 En matière de dépistage**

- Démédicalisation du test de dépistage (délégation de tâches) du VIH. Cette stratégie passe par :
  - l'intégration du test de dépistage au paquet d'intervention des agents de santé communautaires ;
  - la promotion de l'auto – test suivie de la confirmation du résultat par le personnel de santé ;
  - la confirmation des tests en laboratoire.
- Promotion du dépistage intégré du VIH, des hépatites, de la syphilis, de la TB via :
  - des campagnes de masse en milieu scolaire, professionnel et dans la communauté ;
  - le dépistage en stratégie porte à porte par des agents qualifiés ;
  - le dépistage des conjoints(es) y compris les membres de la famille.
- Renforcement du dépistage à l'initiative du prestataire par :
  - la sensibilisation et la formation des prestataires de soin ;
  - le suivi de la mise en œuvre.

#### **6.5.1.3 En matière de prise en charge et de suivi**

- Amélioration de la couverture en prise en charge au travers de :

---

<sup>26</sup> <https://fr.unesco.org/news/pourquoi-leducation-complete-sexualite-est-importante>

- la décentralisation de la prise en charge au niveau de centre de santé d'arrondissement ;
  - la digitalisation de la file active ;
  - la distribution communautaire des ARV.
- Opérationnalisation des services adaptés intégrés (IST/VIH, TB, Hépatites) pour l'offre de service IST /VIH et autres maladies prioritaires aux populations clés par la formation des agents et l'équipement des services adaptés intégrés ;
  - Renforcement de la prise en charge des co-morbidités VIH/tuberculose, VIH/hépatites par la mutualisation des équipements de dépistage (Gene Xpert pour dépistage TB, charge virale VIH et hépatite).

## **6.5.2 Tuberculose**

Au regard de l'analyse de la situation épidémiologique de la tuberculose au Bénin et de la riposte nationale, l'élimination de la tuberculose requiert une combinaison de stratégies visant à la fois la prévention, la détection, la prise en charge et le suivi des patients dans un contexte de multisectorialité et de couverture sanitaire universelle.

### ***6.5.2.1 En matière de prévention***

- Amélioration du cadre de vie (lutte contre l'urbanisation anarchique, lutte contre les bidonvilles) ;
- Lutte contre la malnutrition (autosuffisance alimentaire, éducation des mères sur les bonnes pratiques et l'hygiène alimentaire) ;
- Inscription de la tuberculose dans les programmes d'éducation à la santé ;
- Investigation systématique des sujets contacts d'un cas diagnostiqué TPB+ (Suivi rapproché des cas contacts asymptomatiques).

### ***6.5.2.2 En matière de détection***

- Accès universel au dépistage et aux nouvelles technologies de diagnostic de la tuberculose à toutes les couches de la population notamment aux groupes à risque (PVVIH, PPL, diabétiques, femmes enceintes) par:
  - l'augmentation à 100% de la couverture en CDT fonctionnels et performants (au moins 1 CDT par commune);
  - l'intégration de la TB au dispositif communautaire national (identification et référence des touseurs chroniques vers les CDT);
- Participation aux campagnes de dépistage intégrées multi maladie (recherche des touseurs chroniques) ;
- Lutte multisectorielle (cadre de concertation impliquant tous les acteurs : ministère du cadre de vie, du travail, du plan, société civile).

### **6.5.2.3 En matière de prise en charge**

- Décentralisation progressive de la PEC des cas de multi résistance aux antituberculeux.

### **6.5.2.4 En matière de soutien**

- Prise en charge des coûts catastrophiques : les coûts catastrophiques supportés par les familles pour la prise en charge de la tuberculose devront être évalués par des études afin de mettre en œuvre des stratégies en collaboration avec les Centres de Promotion Sociale (accompagnement psychosocial, insertion professionnelle, AGR, ARCH) pour la réduction des coûts. Ces mesures permettront de diminuer la stigmatisation, dédramatiser la maladie, améliorer le taux de succès thérapeutique et réduire la mortalité ;
- Prise en charge des autres co-morbidités et les soins palliatifs chez les tuberculeux en phase avancée ou terminale.

### **6.5.2.5 En matière de suivi-évaluation**

- Intégration de la tuberculose dans le système DHIS-2 en tenant compte de la périodicité de collecte des données sur la tuberculose ;
- Migration vers la saisie des données individuelles des patients tuberculeux dans DHIS-2.

## **6.5.3 Paludisme**

Des résultats de l'analyse de la situation et de la réponse, il ressort que des progrès importants ont été accomplis dans certains domaines essentiels. Il s'agit de la disponibilité et l'utilisation des MIILD dans les ménages, la confirmation biologique systématique et le traitement des cas de paludisme. Cependant, face à la persistance des niveaux élevés de morbidité et de mortalité liée au paludisme, un réajustement des stratégies de lutte est nécessaire si l'objectif affiché est orienté vers l'élimination.

### **6.5.3.1 En matière de prévention**

- Intégration d'un mécanisme d'amélioration continue du cadre de vie, de l'hygiène et de l'assainissement de base (police sanitaire). Cette stratégie nécessite de :
  - mettre un accent particulier sur l'assainissement de l'environnement par la mise en place d'un comité multi sectoriel chargé de développer un plan rationnel d'assainissement de l'environnement ;
  - intégrer un mécanisme d'amélioration continue du cadre de vie, d'hygiène et d'assainissement public par accroissement des ouvrages de drainage des eaux pluviales;

*L'intégration de ce mécanisme au curricula des RC avec la mise en œuvre au sein des populations des approches de promotion et de prévention retenues en matière d'hygiène environnementale permettra la réduction de risques de transmission du paludisme et de survenue d'autres épidémies.*

- Poursuite de l'utilisation des MIILD en optimisant leur distribution gratuite et privilégier à la longue la distribution continue par les agents de santé communautaires polyvalents qui seront affectés aux ménages en vue d'une couverture universelle. Poursuivre également la distribution lors des CPN, PEV, et dans les écoles.
- Poursuite et extension de la PID après une évaluation rigoureuse de son efficacité au plan épidémiologique et le test dans toutes les zones sanitaires éligibles.

*La stratégie de distribution des MIILD doit également être revue, en vue d'une couverture universelle effective. Chaque agent de santé communautaire polyvalent sera chargé d'apporter les MIILD aux ménages qu'il couvre, devenant ainsi le garant d'une distribution effective. Il s'assurera également de leur bon usage.*

- Définition et mise en œuvre d'un plan de prévention et de gestion de la résistance au travers d'un contrôle plus strict de l'importation et de l'utilisation des insecticides/pesticide (sensibilisation pour une prise de conscience de la communauté) ainsi que le suivi de la sensibilité des vecteurs vis-à-vis des insecticides ;
- Promotion de la double barrière dans les zones de forte endémicité (MIILD, Grillages) :

*Assurer la double barrière dans les zones de forte endémicité (MIILD, Grillages) est une stratégie mise en œuvre par plusieurs pays. En effet, devant le phénomène de résistance des vecteurs aux insecticides, et l'usage parfois inadéquat des MIILD, il est important de renforcer la barrière pour diminuer le contact vecteur-homme. C'est le cas de la Gambie où une étude menée révèle une barrière efficace à 77% contre 59% pour les habitations usuelles. Ce faisant, les habitants des maisons aux ouvertures grillagées ont 42% de probabilité de faire un paludisme contre jusqu'à 65% chez les autres. L'expérience du Mozambique aussi est évocatrice.*

- Introduction dans les écoles de formation des agents de santé d'un module sur l'organisation de la lutte contre le paludisme.

### **6.5.3.2 En matière de chimio-prévention**

- Mise en œuvre de la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants dans les zones éligibles :

*La chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants est une stratégie recommandée par l'OMS qui permet des réductions conséquentes de l'incidence du paludisme. Une ceinture CPS a été identifiée et plusieurs pays y appartenant ont adopté cette intervention. Une étude a donc été réalisée au Mali, montrant une diminution de la prévalence du paludisme de 65%. L'expérience a également été menée avec succès au Niger, au Sénégal et au Burkina Faso. Au Bénin, l'opérationnalisation est prévue pour 2019 et les communes sélectionnées pour l'expérimentation se situent sur la ceinture.*

- Réalisation d'une étude en vue de déterminer l'âge d'acquisition de l'immunité afin de connaître avec plus de précision la tranche d'âges à cibler pour la CPS ;
- Mise à l'échelle le TPI communautaire en responsabilisant les agents de santé communautaires polyvalents ;
- Réalisation d'une étude d'efficacité du TPI.

### **6.5.3.3 En matière de diagnostic**

- Mise en place d'une recherche active des cas de fièvre suivie de dépistage et traitement par les relais communautaires lors des saisons de forte transmission. Cette stratégie pourrait être couplée avec d'autres activités communautaires telles que le suivi des activités nutritionnelles et du PEV avec passage à l'échelle nationale ;
- Réalisation d'une étude de faisabilité de la mise en place des Test de Diagnostic Rapide (TDR) dans les officines en vue de sa mise à l'échelle.

### **6.5.3.4 En matière de traitement**

- Introduction d'une nouvelle combinaison à base de dérivés d'artémisinine pour remplacer l'ASAQ sujet à de nombreux effets indésirables.

### **6.5.3.5 En matière de surveillance épidémiologique du paludisme**

- Extension de la surveillance épidémiologique à toutes les formations sanitaires privées autorisées ainsi que les grosses structures hospitalières.

## **6.5.4 Hépatites**

Les réflexions systématiques au niveau du Ministère de la Santé sur la lutte contre les hépatites virales B et C sont relativement récentes. Cela se reflète dans le statut du programme qui n'est qu'à ses débuts. Afin de bien bâtir sur l'existant, le programme pourrait s'articuler autour de certaines options stratégiques comme dans les lignes qui

suivent. Ces options pourraient s'inscrire dans une politique structurée de prévention, de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des hépatites B et C.

#### **6.5.4.1 En matière de prévention**

- Introduction dans le PEV, du vaccin monovalent de l'hépatite B à administrer aux nouveau-nés concomitamment au BCG :

*Dans le domaine des hépatites, il est proposé d'introduire dans la vaccination à Jo, le vaccin contre l'hépatite virale B. Il s'agit là d'un moyen plus efficace de protection du nouveau-né contre le VHB, car, classiquement, il ne bénéficie du vaccin qu'à partir de la 6ème semaine de vie, ce qui laisse une fenêtre au cours de laquelle il est très exposé au virus.*

- Poursuite et amélioration sensible de la couverture vaccinale de l'Hépatite B dans la population générale et les populations clés ;
- Promotion de la vaccination de rattrapage des adolescents ;
- Amélioration du niveau de connaissances des professionnels de santé par la sensibilisation et la formation sur les hépatites virales pour un meilleur dépistage ;
- Promotion du paquet de moyens de prévention de la transmission du VIH et des IST (Abstinence-Fidélité-Préservatifs) à l'endroit des porteurs et patients vivant avec les hépatites ;
- Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) de l'hépatite B.

#### **6.5.4.2 En matière de dépistage**

- Erection du Laboratoire National de Référence du VIH/Sida en Laboratoire National de Virologie (Contrôle de qualité, Surveillance virologique) : VIH, Hépatites, Fièvres hémorragiques virales et autres ;
- Identification des laboratoires existants dans les formations sanitaires publiques et privées à ériger en centres périphériques pour la réalisation des examens biologiques couplés du VIH/Sida et des hépatites virales B/C.

#### **6.5.4.3 En matière de prise en charge diagnostique et thérapeutique**

- Amélioration de l'accessibilité financière et géographique des patients aux bilans pré thérapeutiques et aux médicaments ;
- Intégration du paquet minimum d'activité aux différents niveaux de soins de la pyramide sanitaire y compris les formations sanitaires privées.

#### **6.5.4.4 En matière de surveillance épidémiologique et recherche**

- Production des informations stratégiques de base sur la prévalence et l'incidence des hépatites virales B et C. Il s'agit de :
  - coupler les enquêtes de surveillances épidémiologiques du VIH à celles des hépatites virales B et C ;



- faire une étude de prévalence nationale des hépatites B et C dans les groupes à risque présumés et la population générale ;
- intégrer les hépatites dans les Enquêtes Démographiques de Santé (EDS) réalisées périodiquement ;
- Mise en place au niveau des zones sanitaires d'un mécanisme de veille sanitaire permettant la collecte des informations stratégiques sur les hépatites virales B et C ;
- Elaboration d'un plan d'évaluation de la qualité des informations stratégiques engrangées au niveau des zones sanitaires ;
- Intégration dans le DHIS-2 et dans le SNIGS des données relatives aux hépatites virales.

#### ***6.5.4.5 En matière de Promotion de la santé axée sur les hépatites virales***

- Amélioration du niveau de connaissances des populations générales et les populations clés sur les hépatites virales B et C.

### **6.5.5 Epidémies**

Afin de rompre la chaîne des nouvelles infections par les maladies couvertes au sein de la population, le CNLS-TP a entrepris de mettre à jour la réponse nationale à ces différentes maladies. Ainsi l'une des principales réformes envisagées est au niveau de la réponse communautaire.

L'efficacité des projets et programmes de santé ne peut être une réalité sans l'implication et surtout la participation des communautés à la base. Les expériences de santé communautaire au Bénin ont émergé depuis le lancement des soins de santé primaires (SSP en 1978) qui a proclamé la participation communautaire comme un principe directeur de l'action sanitaire que tous les pays en voie de développement devraient suivre.

Depuis lors, plusieurs approches ont été mises en œuvre avec un succès relatif. En 2013, le Bénin a organisé le forum national sur la santé communautaire. Les recommandations issues de cette assise ont permis en 2015, l'élaboration de documents stratégiques comme la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) et le Plan Stratégique de Santé Communautaire (PSSC)<sup>27</sup>.

Les activités communautaires sont soutenues au Bénin par des partenaires techniques et financiers dans plusieurs zones sanitaires. Plusieurs acteurs interviennent au niveau périphérique dans la mise en œuvre des interventions communautaires. On peut citer les autorités locales, les leaders d'opinion, les associations, les groupes d'influence (femmes, jeunes), les acteurs sociaux et les relais communautaires. Ils servent d'interface entre la communauté et toutes ces institutions et acteurs au niveau communautaire. Malgré tous ces acquis, la réponse communautaire reste toujours un défi pour notre pays. Bien qu'on note une multiplicité d'acteurs qui y travaillent, les actions restent éparpillées et surtout non intégrées.

---

<sup>27</sup> Politique Nationale de Santé Communautaire

Le système communautaire tel que pensé actuellement permettra le suivi rapproché des ménages aussi bien sur le plan de la santé humaine, qu'animale et environnementale. Ce faisant la détection précoce des épidémies sera effective.

#### **6.5.5.1 En matière de détection**

- Renforcement de l'implication des agents de santé communautaires polyvalents dans la surveillance des MPE ;
- Mise en place d'un réseau électronique national pour la surveillance des MPE :

*En ce qui concerne les épidémies, la mise en place d'un réseau électronique national pour la surveillance des MPE est une ambition au Bénin. Outre le volet communautaire défendu par le pays, l'outil informatique est d'actualité afin de disposer des informations en temps réel pour la prise de décisions. Dans le même sens, une étude a été réalisée aux pays bas et permet de justifier la prédiction temporelle des épidémies et la mise à jour des risques épidémiques avec des données précises et structurées.*

- Renforcement de la capacité de tous les acteurs sanitaires (formations sanitaires, centres de promotion sociale, centres de formation scolaire et universitaire, lieux de travail pour la détection) et des acteurs de la surveillance transfrontalière ;
- Mise en place d'un système électronique interconnecté interopérable santé humaine, santé animale, santé environnementale.

#### **6.5.5.2 Préparation**

- Mise en place d'un dispositif de sécurité physique et sanitaire des professionnels de santé (protection civile, assurance tout risque, etc.) :

*Il est important que soient dorénavant pris en compte les professionnels de santé par rapport aux risques encourus lors de la gestion des MPE. Les stratégies proposées à cet effet sont : la mise en place d'un dispositif de sécurité physique et sanitaire des professionnels de santé (protection civile, etc.) ; la souscription d'une assurance tout risque aux acteurs ; l'instauration d'une prime spécifique « épidémie » sur le budget pour les acteurs santé ; la prévision d'une compensation financière nécessaire lors de la mise en quarantaine des agents de santé en période post épidémie.*

- Création d'un fonds national de gestion des épidémies ;
- Mise en place d'un manuel de déclenchement d'intervention :

*La multiplicité et la complexité des différents protocoles retardent la mise en œuvre de l'alerte et de la riposte. Il faut donc l'élaboration, la vulgarisation et le respect des protocoles de bonnes pratiques de soin ; l'élaboration et la vulgarisation d'un manuel de déclenchement d'intervention (synthétique et concis en 15 ou 20 points exécutables en une minute par point).*

### **6.5.5.3 Opérationnalisation du système de gestion des épidémies**

- Surveillance à base communautaire

## **6.6 Stratégies des aspects transversaux de la lutte contre les maladies cibles du CNLS-TP**

Afin d'assurer une véritable intégration et une gouvernance performante dans la riposte nationale aux maladies prioritaires, le CNLS-TP s'emploiera à mettre en place les actions clés ci-après :

### **6.6.1 Gouvernance, leadership et multisectorialité**

- Amélioration de la fonctionnalité des organes de coordination de la riposte aux niveaux national, départemental et communal ;
- Renforcement de la collaboration intersectorielle dans la lutte contre les maladies ;
- Renforcement de la coopération bilatérale, multilatérale et internationale ;
- Prise de décision stratégique, fondée sur des données fiables et produites en temps réel ;
- Renforcement de la médecine traditionnelle.

### **6.6.2 Financement**

- Augmentation et pérennisation du budget de l'Etat relatif à la lutte contre les maladies prioritaires pour couvrir les besoins en produits de santé et en ressources humaines ;
- Augmentation de la contribution du secteur privé et des collectivités territoriales au financement de la lutte contre les maladies prioritaires ;
- Disponibilité et mise en œuvre du plan de transition et de durabilité des financements ;
- Mobilisation des ressources externes pour appuyer le PSNIE.

### **6.6.3 Ressources humaines pour la santé (RHS)**

- Renforcement des structures sanitaires en ressources humaines qualifiées, suffisantes, déployées selon les besoins et bien formées ;
- Mise en place d'une politique de déploiement et de rémunération des agents de santé communautaires qualifiés (ASCQ) et des agents de santé communautaires polyvalents.

### **6.6.4 Produits de santé, infrastructures et équipements**

- Mise en place d'un système électronique unique intégré pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux du système de santé ;
- Institution d'un panier commun pour les achats, la gestion des stocks et la distribution des produits de santé ;

- Disponibilité des médicaments, des autres produits de santé (moustiquaires, préservatifs, des intrants de laboratoires et de la transfusion) au niveau de chaque structure sanitaire ;
- Renforcement d'un laboratoire de référence ;
- Renforcement des laboratoires des formations sanitaires pour le suivi et la prise en charge intégrée du VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme, Hépatites, IST et Epidémies.

#### **6.6.5 Prestations de services**

- Services résilients et pérennes par le système de santé (Public, Privé et communautaire) afin d'améliorer la santé de la population ;
- Développement des interventions intégrées pour la santé sexuelle et reproductive des Jeunes ;
- Contribution stratégique et opérationnelle à la mise en œuvre du PSNIE par les systèmes communautaire et éducatif ;
- Contrôle de la qualité des soins et le suivi des résistances ;
- Amélioration de la qualité de la prise en charge et du suivi des patients dans les structures publiques, privées ou communautaires ;
- Redéfinition et actualisation de l'approche communautaire avec comme point d'entrée les ménages ;
- Mettre en place un mécanisme sécurisé de promotion des meilleures formes traditionnelles de traitement.

#### **6.6.6 Système d'information, suivi-évaluation et recherche**

- Mise en place d'un système d'information unique pour tous les acteurs des services public, privé et communautaire ;
- Elaboration d'un agenda de recherche national (enquêtes et études bio-comportementales, recherches opérationnelles, études financières, études socio-économiques, études de l'incidence du cadre de vie sur la prévalence de ces maladies) ;
- Etablissement d'un partenariat entre les parties prenantes impliquées dans la production de l'information stratégique de qualité sur le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies ;
- Diffusion et utilisation de l'information stratégique sur la riposte nationale pour le processus de planification, de gestion et de prise de décisions.

#### **6.6.7 Genre et droits humains**

- Mise en place d'un dispositif juridique et d'une réglementation nationale pour protéger les personnes malades et les populations vulnérables contre la discrimination ;
- Réduction de la stigmatisation et de la discrimination y compris en milieu institutionnel et de soins.

## VII. Cadre de résultats du PSNIE 2019-2023

En s'appuyant sur les avancées scientifiques dont le Bénin est partie prenante, et sur les acquis de l'expérience, la réalisation des résultats définis s'accompagnera de l'accélération de la mise en œuvre des approches intégrées de prévention et de traitement des pathologies prioritaires et des maladies à potentiel épidémique. Ceci permettra d'infléchir la courbe de progression afin d'évoluer vers la phase de l'élimination.

L'adhésion au concept de la chaîne de résultats, par les parties prenantes durant l'élaboration du présent Plan Stratégique National Intégré vers l'Élimination 2019-2023 (PSNIE) et les différents ateliers d'élaboration, a permis de construire les différents niveaux de résultats d'impacts, d'effets et de produits, leur hiérarchie, leur lien de causalité et les synergies nécessaires entre ces résultats. Cette approche se fonde sur le choix de priorité en termes de population cible et de thématiques qui engendrent des investissements stratégiques de ressources.

Aussi, le cadre de résultats du PSNIE 2019-2023 constitue désormais un référentiel auquel tous les partenaires nationaux et internationaux devront se référer pour conjuguer leurs efforts dans la mise en œuvre.

Il se présente dans le tableau suivant :

**Tableau 6 :** *Cadre de résultats du PSNIE 2019-2023*

Résultat d'impact intégré 1 : La gouvernance de la riposte nationale aux pathologies prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique est intégrée et performante		
Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
Résultat d'effet 1.1.1: La coordination et le leadership pour l'atteinte des résultats du PSNIE sont assurés	Résultat produit 1.1.1.1: Les organes de coordination de la riposte au niveau national, départemental et communal sont fonctionnels	Décentralisation effective au niveau programmatique avec une ligne de financement du PSNIE dans les budgets nationaux, départementaux et communaux
		Renforcement de la collaboration entre les programmes des maladies cibles du CNLS-TP et entre les ministères du « One Health » (Santé humaine, santé animale et santé environnementale)
		Renforcement des capacités de leadership des organisations faitières de la société civile (OSC) sur l'approche intégrée du PSNIE
		Renforcement des capacités managériales et financières des organes de coordination et de mise en œuvre
	Résultat produit 1.1.1.2: La	<b>Renforcement de la riposte aux maladies prioritaires au niveau des secteurs ministériels</b>

	coordination et la riposte multisectorielles pour les maladies prioritaires sont effectives en milieu de travail	
		Renforcement de la riposte aux maladies prioritaires dans les entreprises publiques et privées
Résultat d'effet 1.1.2: La mobilisation de ressources pour la mise en œuvre du PSNIE est assurée	Résultat produit 1.1.1.3: Le budget de l'Etat, relatif à la lutte contre les maladies prioritaires est augmenté et pérennisé pour couvrir les besoins	Financement de la riposte aux différentes maladies par des mécanismes innovants
		Mobilisation et répartition optimale de ressources pour le financement de la riposte aux différentes maladies
		Réallocations des ressources économisées grâce à l'intégration, à la mutualisation et aux stratégies et technologies innovantes introduites dans le PSNIE
	Résultat produit 1.1.2.2: La contribution du secteur privé et des collectivités territoriales au financement de la lutte contre les maladies prioritaires est augmentée	Renforcement du partenariat public-privé-société civile
	Résultat produit 1.1.2.3 : Les Ressources externes sont mobilisées pour appuyer le PSNIE	Partenariat avec les municipalités en vue du financement de la riposte
Résultat d'effet 1.1.3: Les services délivrés par le système de santé (Public, Privé et communautaire) sont résilients et pérennes pour améliorer la santé de la population	Résultat produit 1.1.3.2: Les systèmes communautaire et éducatif apportent une contribution stratégique et opérationnelle à la mise en œuvre du PSNIE	Intégration des services de prévention et de promotion (dépistage, sensibilisation) en stratégies fixe et avancée
		Renforcement de capacités des acteurs communautaires sur les thématiques innovantes (auto test, traitement différencié)
		Renforcement de capacités des réseaux de coordination et des organisations de la société civile (OSC)

	Résultat produit 1.1.3.1: Les programmes prioritaires développent des interventions intégrées en matière de santé sexuelle et reproductive des Jeunes, SMI	Mise en œuvre par les programmes de l'approche intégrée de la santé sexuelle et reproductive des jeunes (Education complète à la sexualité)
		Promotion de l'éducation complète à la sexualité et les services de santé sexuelle et reproductive en milieu communautaire (par les programmes)
		Promotion de l'éducation complète à la sexualité et les services de santé sexuelle et reproductive dans le système éducatif formel (par les programmes)
		Promotion de l'éducation complète à la sexualité et les services de santé sexuelle et reproductive en faveur des déscolarisés, des non scolarisés, des artisans (par les programmes)
	Résultat produit 1.1.3.3: Redéfinition et Actualisation de l'approche communautaire avec comme point d'entrée les ménages	Actualisation des documents de politique nationale en santé communautaire
		Couverture (cadre) total de l'ensemble du territoire national sur les interventions en matière de santé communautaire
Résultat d'effet 1.1.4: Les ressources humaines en santé sont disponibles et de qualité	Résultat produit 1.1.4.1: Les ressources humaines sont en nombre suffisant, déployées selon les besoins et bien formées (« la bonne personne au bon endroit au bon moment »)	Renforcement des capacités humaines des structures de coordination de lutte contre les maladies, au niveau national, et régional. (CNLS-TP), mais aussi des structures impliquées dans les achats, le stockage & la distribution des produits, ainsi que dans la collecte, la remontée et l'analyse des données
Résultat d'effet 1.1.5: La médecine traditionnelle contribue efficacement à la lutte contre le VIH/Sida, la TB, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les maladies à Potentiel Epidémique	Résultat produit 1.1.5.1: la médecine traditionnelle est intégrée dans le système de santé et contribue davantage à l'amélioration de la santé des populations.	Renforcement du cadre institutionnel et réglementaire de collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle
		Promotion de la Recherche scientifique en médecine traditionnelle en appui au système de santé
		Renforcement de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé

Résultat d'effet 1.1.6: Les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés	Résultat produit 1.1.6.1: Le dispositif juridique et la réglementation nationale et internationale existants sont utilisés pour protéger les personnes malades et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination	Renforcement de la diffusion de l'information et de la communication sur les dispositions législatives et réglementaires qui protègent les malades et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination
		Renforcement des systèmes juridique et judiciaire de protection des populations clés et vulnérables
	Résultat produit 1.1.6.2: La dimension genre est assurée dans la conception et la mise en œuvre des interventions couvrant les maladies prioritaires du CNLS-TP	Réduction de la vulnérabilité liée au genre dans la mise en œuvre des interventions du PSNIE
Résultat d'effet 1.1.7: Le système d'approvisionnement est efficace et la distribution/cession des produits de santé est régulièrement assurée	Résultat produit 1.1.7.1: Le panier commun pour les achats, la gestion des stocks et la distribution des produits de santé est opérationnel	Définition d'un cadre unique pour la gestion des produits de santé.
		Mise en œuvre d'un système unique et Intégré de Gestion Logistique (SIGL)
	Résultat produit 1.1.7.2: Les produits de santé sont disponibles à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement et de distribution.	Institution d'une solidarité entre les CS d'une même zone sanitaire au plan logistique pour l'approvisionnement en produit de santé
		Mise en place d'un système intégré de transport au sein de la CAME pour la distribution des produits de santé par niveau.
	Résultat produit 1.1.7.3: Le contrôle qualité des médicaments est assuré	Renforcement de la capacité du Laboratoire National du Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux (LNCQ) en plateau technique et personnel
	Résultat produit 1.1.7.4: Le système de pharmacovigilance est fonctionnel et	Renforcement des mécanismes institutionnel, administratif et réglementaire qui encadrent l'importation, la distribution et les prescriptions des médicaments et produits pharmaceutiques ;



	performant	Renforcement des mécanismes institutionnel, administratif et réglementaire qui encadrent la pharmacovigilance des produits de santé
Résultat d'effet 1.1.8: La prise de décision stratégique est assurée et fondée sur des données fiables et produites en temps réel	Résultat produit 1.1.8.1: Un Système d'information sanitaire unique est adopté, déployé et utilisé par tous les acteurs des services public, privé et communautaire	Assurer une bonne promptitude et complétude des données du DHIS-2
		Assurer une bonne promptitude et complétude des données du DHIS-2
		Développement et installation de bases de données sur les maladies non prises en compte dans le DHIS-2 aux niveaux central et décentralisé
		Renforcement du système de collecte et de gestion des données sur les maladies prioritaires y compris les données communautaires
		Utilisation d'outils de santé numériques pour améliorer la collecte de données aux niveaux périphériques et communautaire
	Résultat produit 1.1.8.2: La qualité de la prise en charge et du suivi des patients dans les structures publiques, privées ou communautaires est améliorée	Développement du code unique d'identification pour les bénéficiaires des services et numérisation du dossier de suivi des patients
	Résultat produit 1.1.8.3: Un agenda de recherche national est développé et mis en œuvre	Renforcement des capacités des agents de santé à la prise en charge des patients
		Réalisation d'étude d'impact des interventions
		Réalisation d'étude de l'influence du cadre de vie sur l'incidence des maladies cible du CNLS-TP
	Résultat produit 1.1.8.4: L'information stratégique sur la riposte nationale est diffusée disponible et utilisée pour le processus de planification, de gestion et de prise de décision	Renforcement de la surveillance comportementale et épidémiologique
<p>Renforcement de la coordination entre les partenaires en matière d'information stratégique (Partage systématique avec le CNLS-TP des rapports des études et recherches effectuées au Bénin, rapports nationaux, etc.)</p>		
<p>Les ministères et les entreprises (publiques et privées) doivent être dotés d'un plan sectoriel ou plan d'entreprise afin de participer de manière efficiente à la lutte pour l'élimination des différentes maladies.</p> <p>La déclinaison des stratégies mentionnées dans le cadre de résultats pour la réponse multisectorielle et la réponse en entreprise se traduira par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'opérationnalisation des Programmes sectorielles de Lutte contre le VIH/Sida, la</li> </ul>		

Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies (PLS-TP) et des Cellules d'Entreprise de Lutte contre ces maladies en entreprise (CELS-TP) ;

- le développement d'un partenariat entre les PLS-TP/CELS-TP, les Programmes de lutte contre les différentes affections et les partenaires techniques et financiers ;
- l'appui aux activités de promotion, de prévention, de prise en charge et de soutien liées aux maladies prioritaires dans les secteurs ministériels et les entreprises ministériels via les différents Programmes Nationaux de Lutte contre ces affections.

Résultat d'impact 2 : L'incidence des maladies prioritaires : VIH, Tuberculose, Paludisme et Hépatites virales et aux maladies à potentiel épidémique sont réduites d'au moins 50% d'ici 2023

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
Résultat d'effet 2.2.1: D'ici à 2023, 80% des professionnels de sexe, 80% des HSH et 80% transgenres, 60% des détenus et 50% des consommateurs de drogue injectable (CDI) utilisent le paquet de services de prévention combinée	Résultat produit 2.2.1.1: 90% des professionnels de sexe, des HSH et transgenres ont accès au paquet de prévention combinée	Développement de programme PreP en direction des populations clés
		Mise en place d'une stratégie, de services et d'outils de santé numérique
		Mise en place des services adaptés intégrés pour la Prise en charge des IST
		Utilisation de l'approche par les pairs pour l'offre de paquet de services (préservatif masculin, féminin, gel, dépistage, IEC/CCC)
	Résultat produit 2.2.1.2: 70% des détenus ont accès à un paquet de services adapté	Formation/sensibilisation du personnel pénitentiaire de l'administration et gardiens de prisons
		Mise en place des services adaptés intégrés pour la Prise en charge des IST
		Mise à disposition de l'offre de paquet de services de prévention et de prise en charge du VIH
	Résultat produit 2.2.1.3: 60% des CDI ont un accès aux interventions de la RDR	Mise en place de programmes de distribution de seringues et aiguilles
		Mise en place des services adaptés intégrés pour la prise en charge des IST
		Offre de dépistage, VIH, VHC et VHB
		Utilisation de l'approche par les pairs pour l'offre de paquet de services
		Mise en place d'un programme de substitution aux opiacées (TSO)
		Mise en place de services intégrés offrant le paquet complet de services aux CDI

Résultat d'effet 2.2.2: D'ici à 2023, 50 % des adolescent(e) s et des jeunes filles et garçons disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST et utilisent le paquet de services de prévention	Résultat produit 2.2.2.1: 60% des adolescent(e) s et des jeunes filles et garçons ont accès à une information de qualité sur les IST, le VIH, les hépatites virales, la tuberculose	Développement de programme de santé numérique pour la diffusion des messages de prévention et prise en charge (médias sociaux et/ou autres)
	Résultat produit 2.2.2.2: 60% des adolescent(e) s et des jeunes filles et garçons ont accès à un paquet de services adapté (préservatifs, dépistage, PEC-IST, SSR)	Utilisation de l'approche par les pairs pour l'offre de paquet de services (préservatif masculin féminin, dépistage, IEC/CCC)
		Création d'espaces sécurisés pour les jeunes
		Mise en place des services pour la prise en charge des IST
Résultat d'effet 2.2.3: D'ici à 2023, 30% de la population générale utilisent les moyens de prévention contre le VIH et les IST, les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme	Résultat produit 2.2.3.1 : 40% de la population générale a accès à une information de qualité sur les IST, le VIH, les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme	Renforcement de la communication en direction de la population sur les maladies prioritaires
	Résultat produit 2.2.3.2: 40% de la population générale a accès à un paquet de services adaptés (préservatifs, dépistage)	Mise en œuvre d'une politique nationale ambitieuse avec déploiement de l'autotest
		Utilisation de stratégies innovantes pour emmener et maintenir dans les services de santé les personnes ayant fait l'autotest
Résultat d'effet 2.2.4: D'ici à 2023, la transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduite à moins de 2 %	Résultat produit 2.2.4.1: 95% des femmes enceintes sont dépistées systématiquement pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B	Mise en place du dépistage combiné VIH/Hépatite B
		Offre de dépistage systématique aux femmes enceintes
		Renforcement des capacités des prestataires des secteurs privés et publics
		Renforcement de l'offre de dépistage aux sujets contacts

	Résultat produit 2.2.4.2: 90% des femmes enceintes dépistées positives pour le VIH, l'hépatite B et la syphilis bénéficient du traitement approprié	Offre de traitement à toutes les femmes enceintes dépistées positives pour le VIH et l'hépatite B et la syphilis
		Augmentation du nombre de structures sanitaires privées offrant la prise en charge du VIH, de l'hépatite et de la syphilis
	Résultat produit 2.2.4.3: 90% des femmes enceintes dépistées positives pour le VIH et l'hépatite B bénéficient du test de la charge virale approprié	Amélioration de l'interface clinicien/laboratoire, renforcement du réseau des laboratoires
		Création de la demande pour les charges virales (cliniciens et patientes)
	Résultat produit 2.2.4.4: 90% des enfants nés mères séropositives bénéficient de la PCR dans les deux mois suivant leur naissance	Amélioration de l'interface clinicien/laboratoire, renforcement du réseau des laboratoires
		Déploiement de stratégies « Point of Care »
		Sensibilisation des femmes enceintes, leurs conjoints et du personnel soignant
		Suivi du diagnostic et rendu de résultats avec outil de santé numérique et stratégies de diminution du temps nécessaire entre prélèvement et rendu du résultat
Résultat d'effet 2.2.5: D'ici à 2023, 100% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES) ou sexuelle n'ont pas fait une séro conversion	Résultat produit 2.2.5.1: 100% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES) qui se présentent dans les sites de PEC bénéficient de la prophylaxie post-exposition	Mise en place de numéros d'urgence dans toutes les structures sanitaires pour la prise en charge des AES
		Renforcement des capacités des professionnels de santé
		Sensibilisation des professionnels de santé
	Résultat produit 2.2.5.2: 100% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES) qui se présentent dans les sites de PEC bénéficient de la prophylaxie post-exposition	Formation du personnel de santé sur la prise en charge des accidents d'exposition au sexe et des violences sexuelles
		Mise en place d'un dispositif de prise en charge des accidents d'exposition au sexe au niveau des structures sanitaires

	Résultat produit 2.2.5.3: 100% des personnes victimes d'accidents sexuels qui se présentent dans les sites de PEC bénéficient de la prophylaxie post-exposition	Formation du personnel de santé sur la prise en charge des accidents d'exposition au sexe et des violences sexuelles
		Mise en place d'un dispositif de prise en charge des accidents d'exposition au sexe au niveau des structures sanitaires
		Renforcement des capacités des professionnels de santé
Résultat d'effet 2.3.1: le nombre de nouveaux cas de tuberculose toutes formes notifiées est augmenté de 30% d'ici à 2023 (3866 en 2013 à 4945 en 2023)	Résultats produits : 2.3.1.1: Au moins 4945 nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes ont été notifiés au PNT d'ici 2023	Collaboration renforcée avec les communautés, les organisations de la société civile et les prestataires de soins publics et privés
		Intensification du dépistage actif parmi les groupes à risque (cartographie des zones à forte incidence, tournées foraines)
		Optimisation de l'accessibilité géographique des populations aux services antituberculeux (cartographie et création de nouveaux CDT)
		Renforcement de l'investigation des sujets contact des cas contagieux de tuberculose dans leur domicile et lieu de travail
	Renforcement des capacités du réseau de laboratoires TB	
	Résultats produits : 2.3.1.2 : Le nombre de personnes à mettre sous prophylaxie (enfants de moins de 5 ans) est augmenté à 100% d'ici à 2023	Mise sous prophylaxie de 100% d'enfants de moins de 5 ans contacts.
Résultats produits : 2.3.1.3 : La transmission de la tuberculose en milieu de soins est réduite.	Réhabilitation des CDT	
	Mise en place des mesures de lutte contre la transmission de la tuberculose au niveau de toutes les structures de soins.	
Résultat d'effet 2.4.1: En 2023, 90 % des ménages utilise des moyens de protection du paquet d'intervention correspondant au profil épidémiologique de la région	Résultat produits 2.4.1.1: Au moins 95% des ménages utilisent une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action pour 2 personnes	Accès ciblé aux MIILD en routine dans les formations sanitaires et les écoles
		Organisation de la distribution continue de MIILD à travers l'ARCH
		Organisation de la campagne de distribution de

		masse de MIILD par les agents communautaires
		Sensibilisation des populations pour une bonne connaissance et une utilisation effective de MIILD
	Résultat produits 2.4.1.2: Au moins 95% des membres des ménages ont une bonne connaissance du mode de transmission du paludisme et des moyens de préventions	Introduction des modules sur le paludisme dans les curricula de formation dans les écoles primaires
		Renforcement des compétences des assistants sociaux sur le mode de transmission du paludisme et les moyens de prévention par les agents de santé communautaire polyvalents
		Organisation des séances de sensibilisation en direction des ménages sur le mode de transmission du paludisme et les moyens de prévention par les agents de santé communautaire polyvalents
	Résultat produits 2.4.1.3: 90 % des unités de couchage des zones éligibles ont bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire	Organisation de la campagne de PID dans les zones éligibles
		Evaluation de l'impact de la campagne PID
	Résultat produits 2.4.1.4: 90% des habitations des zones ciblées (zones à endémicités élevée) disposent de grillages aux ouvertures	Actualisation du profil épidémiologique du paludisme pour l'identification des zones éligibles
		Développement du cadre normatif et de promotion de l'utilisation des grillages aux ouvertures des habitations des ménages dans les zones ciblées
		Mise en œuvre du mécanisme opératoire de protection des ouvertures par les grillages
	Résultat produits 2.4.1.5: 90% des habitants des zones ciblées adoptent les mesures d'assainissement immédiat autour des concessions	Amélioration de la participation des populations à l'assainissement du cadre de vie (hygiène, assainissement privé, salubrité environnante)
		Renforcement des capacités de la police environnementale et sanitaire
	Résultat produits 2.4.1.6: la densité vectorielle dans les zones d'intervention	Réalisation d'une étude d'évaluation de base de la densité vectorielle et de la présence de gîte larvaire dans les zones d'intervention



	est réduite de 75%	Amélioration de la résilience des communautés face aux effets sanitaires des inondations
		Amélioration de l'assainissement publics des zones urbaines et périurbaines (assainissement public par accroissement ouvrages de drainage des eaux fluviales)
		Lutte antivectorielle intégrée
		Production de données de références et d'outils de mesures de l'incidence du cadre de vie sur la prévalence des maladies cibles
		Suivi-évaluation de l'influence du cadre de vie sur la densité vectorielle (dans le cadre du paludisme) et la prévalence des maladies cibles
Résultat d'effet 2.4.2: En 2023, 90 % des populations éligibles bénéficient de chimio prophylaxie adaptée	Résultat produits 2.4.2.1: 95 % des femmes enceintes ont reçu au moins 2 doses de SP en prise supervisée pour la protection contre le paludisme	Participation des communautés et du secteur privé dans la mise en œuvre
		Renforcement du Traitement Préventif Intermittent dans les formations sanitaires publiques
		Suivi de l'efficacité thérapeutique du TPI (étude pour disposer de l'information stratégique)
	Résultat produits 2.4.2.2: 95% des enfants de 3 à 59 mois des zones de forte endémicité sélectionnées reçoivent la SP/AQ en chimio prévention (4 doses après 4 passages) au cours de la saison de haute transmission	Mise en œuvre de la CPS dans les zones éligibles
Résultat d'effet 2.5.1: Les mesures de prévention et de détection des MPE sont opérationnelles et résilientes	Résultat produits 2.5.1.1: Un système de surveillance à base communautaire efficace est mis en place et rendu fonctionnel	Définition et mise en place d'un système de surveillance à base communautaire selon l'approche "Une seule santé/One health"
		Renforcement de l'implication des relais communautaires (agents de santé communautaires polyvalents) dans la surveillance des MPE
	Résultat produits 2.5.1.2: Le système de surveillance des MPE aux frontières et	Renforcement de la capacité des acteurs des frontières et des centres de santé pour la détection, et la communication transfrontalière

	dans les centres de santé est renforcé	Renforcement du dispositif de surveillance existant (La cartographie des zones à risques est actualisée de façon annuelle)
	Résultat produits 2.5.1.3: En 2023, au moins 80% des ménages vivant dans les zones à risque bénéficient des mesures de prévention contre les épidémies	Promotion de l'IEC/CCC pour la prévention des épidémies
		Renforcement de la prévention vaccinale pour les MPE évitables par la vaccination pour les populations à risque
	Résultat produits 2.5.1.4: Le délai de confirmation en laboratoire des cas suspects des MPE est réduit à 48h en fin 2020	Renforcement des capacités d'intervention des différents laboratoires (santé humaine, santé animale et santé environnementale)
		Renforcement du cadre normatif des laboratoires pour une bonne gestion des MPE (humaine et animale)
	Résultat produits 2.5.1.5: Mise en place d'un réseau électronique national pour la surveillance des MPE	Mise en place d'un système électronique interconnecté interopérable santé humaine santé animale, santé environnementale
		Renforcement de capacité dans le domaine du suivi et évaluation du système de surveillance
Résultat d'effet 2.5.2: le niveau de préparation pour la réponse aux épidémies passe de 23% en 2015 à 80% d'ici à 2023	Résultat produits 2.5.2.1: Les capacités pour la réponse aux épidémies sont renforcées	Accroissement du niveau de fonctionnalité des Equipes d'intervention rapide (EIR)
		Mise en place d'un dispositif de sécurité physique et sanitaire des professionnels de santé (protection civile, assurance tout risque etc.)
		Mise en place d'un manuel de déclenchement d'intervention
		Mobilisation des ressources pour la gestion des épidémies
		Renforcement de capacité des agents chargés de la lutte antivectorielle
		Renforcement de la gestion logistique



		Renforcement de la prévention et du contrôle de l'infection au cours des épidémies
		Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la lutte contre les épidémies (simulation sur table, grandeur nature et autres types de formations)
		Renforcement des capacités sur la recherche et le suivi des contacts
		Renforcement du plateau technique pour une réponse appropriée aux épidémies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
Résultat d'effet 2.5.3: La riposte aux épidémies est efficace	Résultat produits 2.5.3.1: Le système de gestion des épidémies est opérationnel	Coordination du dispositif de réponse
		Identification et Suivi des contacts et des malades
		Institutionnalisation de l'évaluation post épidémique pour toutes les MPE
		Renforcement en capacités humaines et techniques pour la gestion des épidémies
Résultat d'effet 2.6.1: 80% de la population cible utilisent le paquet complet de la prévention des hépatites virales B et C	Résultat produits 2.6.1.1: 90% de la population générale a accès à une information de qualité sur les hépatites virales B et C d'ici 2023.	Utilisation de l'approche par les pairs pour le dépistage des hépatites B et C et du VIH, et l'offre de paquet de services
		Communication pour un Changement Social et Comportemental (CCSC)
	Résultat produits 2.6.1.2: La prévalence nationale des hépatites B et C est connue.	Mise en place d'un système de séro-surveillance au niveau national
	Résultat produits 2.6.1.3: 100 % des laboratoires identifiés sont renforcés en équipements, en intrants et en personnel qualifié d'ici 2023.	Equipement et renforcement en ressources
	Résultat produits 2.6.1.4: 80% de la population générale	Accessibilité géographique et financière du dépistage

	est dépistée pour l'hépatite B et C d'ici à 2023	Intégration de l'hépatite dans les activités de dépistage des maladies prioritaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
		Promotion du dépistage systématique de l'hépatite B en consultation prénatale
	Résultat produits 2.6.1.6: 80% de la population générale dépistée négatifs à l'hépatite B sont vaccinées d'ici à 2023.	Accessibilité géographique et financière pour la vaccination contre l'hépatite B.
	Résultat produits 2.6.1.7: 80% des populations clés, autres personnes à risque utilisent le paquet de prévention contre les hépatites B et C d'ici à 2023	Promotion de la vaccination des agents de santé contre l'hépatite B
Résultat d'effet 2.6.2: Réduire de 50% la transmission du virus de l'hépatite B et C de la mère à l'enfant à l'horizon 2023	Résultat produits 2.6.2.2: 100 % des bébés sont vaccinés dès la naissance contre l'hépatite B	Introduction du vaccin monovalent contre l'Hépatite B dans les 12 heures de vie en salle d'accouchement dans le Programme Elargi de Vaccination
	Résultat produits 3.6.2.1: 95% des personnes traitées pour hépatite B sont observantes au traitement	Organisation de la prévention de la transmission de l'hépatite B de la mère à l'enfant

De l'analyse du cadre de résultats sur l'impact de la réduction des principales maladies couvertes, il ressort que plusieurs interventions de prévention sont intégrées. Ainsi, il est prévu le dépistage combiné du VIH, des hépatites et de la syphilis. L'achat des intrants de prévention sera groupé utilisant les mêmes plates-formes.

Les activités de sensibilisation seront réalisées utilisant un paquet minimum d'activités, de formation et des outils de prévention et de promotion intégrés. Ces activités seront réalisées par des acteurs formés à cet effet à tous les niveaux du système de santé : au niveau communautaire (Agents de Santé Communautaire Polyvalents, Agents de Santé Communautaire Qualifiés) et au niveau des centres de santé (infirmiers, médecins et autres agents de santé).

La coordination/supervision sur le plan stratégique des activités de prévention sera assurée au niveau départemental par les CDLS-TP et au niveau communal par les CCLS-TP. Les laboratoires utilisés pour le dépistage seront renforcés afin de servir de façon

interchangeable pour l'ensemble des maladies couvertes. Le système de surveillance à base communautaire sera unique pour l'ensemble des maladies selon l'approche one health.		
Résultat d'impact 3 : La mortalité et la morbidité liées aux pathologies prioritaires VIH, Tuberculose, Paludisme et Hépatites virales et aux pathologies à potentiel épidémique, sont réduites d'au moins 60% d'ici 2023		
Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
Résultat d'effet 3.2.1: D'ici à 2023, 91% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH.	Résultat produit 3.2.1.1: D'ici à 2023, 7,5 millions de personnes sont dépistées pour le VIH	Sensibiliser la population et la société civile sur les approches différenciées et le dépistage communautaire
		Déploiement de nouvelles stratégies de dépistage (auto-test, dépistage multi-maladies, dépistage communautaire par les pair-éducateurs, etc.)
Résultat d'effet 3.2.2: D'ici à 2023, 82% des PVVIH adultes, adolescents et enfants reçoivent un traitement antirétroviral.	Résultat produit 3.2.2.1: D'ici à 2023, 100% des Personnes dépistées séropositives sont référées sur les sites de prise en charge	Développement de stratégie utilisant la santé numérique pour enrôler les gens dans les soins
		Digitalisation de la file active des PVVIH sous ARV
		Mise en place d'un système de référence systématique des personnes dépistées séropositives
	Résultat produit 3.2.2.2: 90% des Personnes dépistées séropositives annuellement bénéficient du bilan pré-thérapeutique	Assurer la gratuité des bilans pré-thérapeutiques et autres analyses biologiques
	Résultat produit 3.2.2.3: D'ici à 2023, 82% des PVVIH adultes, adolescents et enfants reçoivent systématiquement les ARV	Assurer la gratuité des bilans pré-thérapeutiques et autres analyses biologiques
		Distribution communautaire des ARV Renforcement des capacités des prestataires
Résultat d'effet 3.2.3: D'ici à 2023, 73% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) ont une charge virale indétectable à 12 mois.	Résultat produit 3.2.3.1: 95% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV bénéficient annuellement du test de quantification de la charge virale pour le VIH et l'hépatite B	Amélioration du cycle allant du prélèvement au rendu du résultat (réseau des laboratoires, interface clinicien/lab, santé numérique, etc.)
		Création de la demande pour « être indétectable » (cliniciens et patients) :
	Résultat produit 3.2.3.2: 95% des PVVIH chaque année sont observants	Renforcement de la médiation et de l'éducation thérapeutique pour les PVVIH
		Renforcement de la veille sociocommunautaire

Résultat d'effet 3.2.4: D'ici à 2023, 80% des PVVIH Co-infectés TB/VIH et VIH/VHB-C, cancer du col de l'utérus sont détectées	Résultat produit 3.2.4.1: D'ici à 2023, 80% des PVVIH sont dépistées systématiquement pour la tuberculose	Approvisionnement en intrants et consommables.
Résultat d'effet 3.2.5: D'ici à 2023, 80% des PVVIH en besoin d'accompagnement utilisent les services d'accompagnement psychologique, social et juridique.	Résultat produit 3.2.5.1: 90% des PVVIH et des populations clés dans le besoin ont accès annuellement aux services d'appui juridique	Amélioration de l'environnement juridique
		Création des services d'appui juridique sur toute l'étendue du territoire pour les PVVIH et les populations clés
		Renforcement des capacités des magistrats et corps habillés
	Résultat produit 3.2.5.2: 90% des PVVIH et des populations clés dans le besoin ont accès annuellement aux services d'appui psychologique et social	Création des services d'appui psychologique et social sur toute l'étendue du territoire pour les PVVIH et les populations clés
		Renforcement des capacités des ressources humaines (Psychologues, médiateurs, assistants sociaux etc.)
	Résultat produit 3.2.5.3: 60% des PVVIH remplissant les critères minimums ont accès annuellement aux services d'appui nutritionnel	Ciblage des PVVIH remplissant les critères
Coordination		
Partenariat avec des acteurs de distribution de nourriture et de supplémentation vitaminique		
Résultat d'effet 3.2.6 : D'ici à 2023, la coordination et le suivi-évaluation sont assurés.	Résultat produits 3.2.6.1 : La coordination est assurée	Coordination
	Résultat produits 3.2.6.2 : Le suivi-évaluation est assuré	Suivi Evaluation
Résultat d'effet 3.3.1: Le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes est porté à 90% d'ici à 2023	Résultat produits 3.3.1.1: Le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes est porté à 90% d'ici à 2023	Amélioration de la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant
		Renforcement de l'application rigoureuse du protocole standardisé de traitement de la tuberculose sous supervision directe
		Renforcement de l'appui psychosocial aux patients
		Renforcement de la formation continue des agents

		des CDT
Résultat d'effet 3.3.2: Le taux de décès chez les patients co-infectés TB/VIH est réduit à au plus 10% d'ici à 2023	Résultat produits 3.3.2.1: Le taux de décès chez les patients co-infectés TB/VIH est réduit à au plus 10% d'ici à 2023	Mise en place d'un système efficace d'audit des décès parmi les tuberculeux
		Renforcement de la prise en charge intégrée de la co-infection TB/VIH
		Renforcement du soutien nutritionnel aux patients tuberculeux
Résultat d'effet 3.3.3: Au moins 80% des malades multi-résistants mis sous traitement de 2ème ligne d'ici à 2023 sont guéris	Résultat produits 3.3.3.1: Le taux de guérison des malades multi-résistants mis sous traitement de 2ème ligne est d'au moins 80% d'ici à 2023	Renforcement de la prise en charge efficace de toutes les formes de résistance en utilisant les nouveaux traitements
		Renforcement de la surveillance de routine de la résistance aux antituberculeux notamment chez les nouveaux cas de tuberculose
Résultat d'effet 3.3.4: La proportion de patients tuberculeux et leurs familles supportant des coûts catastrophiques est réduite à 0% d'ici à 2023	Résultat produits 3.3.4.1: La proportion de patients tuberculeux et leurs familles supportant des coûts catastrophiques sont réduites à 0% d'ici à 2023	Amélioration du cadre de vie (assainissement des villes, construction de logements sociaux, etc.)
		Fonctionnement et le management du Programme (internet, carburant, communication, matériels roulants, maintenance des équipements, fournitures de bureau, assurance, audit des comptes, gestion des risques, etc.)
		Mise en œuvre des initiatives gouvernementales multiples pour la réduction de la pauvreté (ARCH, lutte contre le chômage, etc.)
		Renforcement de la synergie entre le Ministère de la Santé et les autres départements ministériels membres du CNLS-TP –Gouvernance
		Renforcer le système unique de suivi-évaluation pour les pathologies (Intégrer dans les interventions transversales)
Résultat d'effet 3.4.1: En 2023, 99% des cas de paludisme sont diagnostiqués et pris en charge	Résultat produits 3.4.1.1: 99% des cas cliniquement suspects de paludisme ont bénéficié d'un test de diagnostic	Diagnostic systématique des cas suspects de paludisme
	Résultat produits 3.4.1.2: 99% des patients souffrant de paludisme simple confirmé (formations sanitaires publiques et privées) reçoivent un traitement par des	Prise en charge systématique des cas de paludisme simple

	CTA	
	Résultat produits 3.4.1.3: 100% des patients souffrant de paludisme grave reçoivent un traitement antipaludique	Prise en charge adéquate des cas de paludisme grave
	Résultat produits 3.4.1.4: Suivi évaluation des interventions	Bases factuelles
		Gestion des données
		Suivi de la gestion des intrants
		Suivi de la mise en œuvre des interventions
	Résultat produits 3.4.1.5: Coordination des interventions	Capacités Institutionnelles et gestionnaires du programme
Résultat d'effet 3.6.1: 50% des personnes diagnostiquées pour hépatite B ou hépatite C sont prises en charge d'ici à 2023.	Résultat produits 3.6.1.1: les Documents de référence pour la prise en charge des malades d'Hépatite B et C sont disponibles et connus d'ici à 2023	Elaboration et Diffusion des documents de politique, normes et procédures
	Résultat produits 3.6.1.2: 100% des Personnes dépistées séropositives pour le VHB ou le VHC reçoivent le traitement spécifique	Prise en charge spécifique des personnes dépistées positives aux hépatites B et C
Résultat d'effet 3.6.2: D'ici à 2023, 90% des malades traités pour hépatite B ont une suppression virale à 12 mois, et 90% des malades traités pour hépatite C sont guéris à 12 semaines de traitement.	Résultat produits 3.6.2.1: 95% des personnes traitées pour hépatite B sont observantes au traitement	Réalisation de la charge virale chez les personnes traitées pour l'hépatite virale B
	Résultat produits 3.6.2.2: Les décideurs politiques, administratifs au niveau national et local, et les partenaires au développement accompagnent les	Plaidoyer et lobbying

	actions de lutte contre les hépatites virales au Bénin	
Résultat d'effet 3.6.3: La Coordination et le suivi- Evaluation des activités sont assurés	Résultat produits 3.6.3.1: La Coordination des activités est assurée	Gestion de programme
	Résultat produits 3.6.3.2: Le Suivi-Evaluation et la recherche sont assurés	Monitoring des activités
		Développement de la recherche sur les hépatites B et C
<p>De l’analyse du cadre de résultats d’impact sur la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux pathologies prioritaires, il ressort que plusieurs interventions de Prise En Charge (PEC) intégrées sont prévues notamment la PEC de la comorbidité VIH/TB aussi bien au niveau des CDT que des centres de PEC VIH, mais aussi des autres comorbidités que sont : VIH/Hépatite B, VIH/Hépatite C. La PEC intégrée de l’ensemble des maladies par des professionnels de santé renforcés à cet effet aussi bien au niveau des centres de santé que des hôpitaux est prévue.</p> <p>Ainsi, plusieurs stratégies dans le développement de ce plan se sont alignées dans une droite ligne d’intégration surtout en rapport avec les éléments de PEC et de GAS.</p> <p>L’approvisionnement et la gestion des intrants de PEC des maladies cibles se feront grâce à un même logiciel interconnecté afin de prévenir les cas de rupture de stock.</p> <p>Grâce à l’appui des Agents de Santé Communautaires Polyvalents et Agents de Santé Communautaires Qualifiés, la PEC communautaire de certaines pathologies sera renforcée.</p> <p>Sur le plan stratégique, la coordination/supervision des activités de PEC et de GAS sera assurée au niveau départemental par les CDLS-TP et au niveau communal par les CCLS-TP. Si requis, l’accompagnement social quel que soit le cas se fait à travers les assistants sociaux déployés au niveau des Centres de Promotion Sociale. La gestion des données de PEC se fera à travers un système unique.</p>		



## **VIII. Mécanisme de mise en œuvre**

### **8.1 Cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre du PSNIE**

Le Décret N° 2018-149 du 25 AVRIL 2018 définit clairement le Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies (CNLS-TP) comme étant l'instance d'orientation et de coordination en matière de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies au Bénin. C'est lui qui définit la politique et les grandes orientations stratégiques de la lutte contre ces maladies tout en veillant à la dimension multisectorielle des interventions. En tant que bras opérationnel du CNLS-TP, le Secrétariat Exécutif veille à la mise en œuvre du plan opérationnel du PSNIE tel qu'approuvé par l'Assemblée plénière, organe délibérant disposant des prérogatives d'émettre des recommandations lors de la session budgétaire qui consacre la validation du plan de travail annuel des instances du CNLS-TP.

Le CNLS-TP est présidé par le Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement et dispose de démembrements au niveau décentralisé ainsi qu'au niveau des ministères : les Conseils Départementaux de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies (CDLS-TP) , et les Conseils communaux de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies (CCLS-TP). Le CNLS-TP dispose des structures de mise en œuvre chargées d'opérationnaliser sur le terrain toutes les interventions retenues dans le PSNIE au profit des populations pour aller vers une élimination effective des maladies cibles.

### **8.2 Rôle du Secrétariat Exécutif du CNLS-TP**

Le Secrétariat Exécutif est l'organe technique du CNLS-TP. Il assure la coordination, le suivi et l'évaluation de l'ensemble des activités de riposte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les épidémies.

Le Secrétariat Exécutif agit au quotidien au nom du CNLS-TP. Il soumet au CNLS-TP le plan d'action multisectoriel annuel budgétisé lors de la session budgétaire ; obtient l'approbation de l'assemblée plénière, organise le plaidoyer auprès des partenaires nationaux et internationaux et veille à la mobilisation et à l'affectation des ressources nationales, bilatérales et multilatérales aux structures de mise en œuvre. Il veille à la mise en œuvre effective des activités approuvées par le CNLS-TP ainsi que des recommandations qui ont été émises. Il propose des mesures susceptibles d'aider les structures de mise en œuvre à améliorer l'exécution des activités de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies et rend compte de tout événement susceptible d'affecter la réponse à ces affections.

Le SE/CNLS-TP veillera donc à ce que toutes les interventions à divers niveaux cadrent avec les orientations du PSNIE ainsi qu'à la cohérence des activités à tous les



niveaux, la mobilisation des ressources au profit des différentes structures ou organes d'exécution et la coordination des activités des différents acteurs. Ces fonctions seront exercées au niveau des démembrements du CNLS-TP notamment :

- au niveau intermédiaire par les chefs des cellules départementales qui représentent les bras opérationnels des CDLS-TP à qui incombe la charge du suivi de la mise en œuvre du PSNIE en collaboration avec toutes les structures déconcentrées des différents secteurs. Les cellules départementales des CDLS-TP assurent la programmation et la coordination des activités des services de santé (humaine, animale et environnementale) au niveau départemental de concert avec les instances départementales ;
- au niveau périphérique : par les points focaux, responsables des Unités Communales de Gestion des CCLS-TP, il lui revient également la charge de la mise en œuvre du PSNIE en collaboration avec toutes structures déconcentrées des différents secteurs. Les points focaux des CCLS-TP assurent la programmation et la coordination des activités des services de santé (humaine, animale et environnementale) au niveau communal de concert avec toutes les instances des différentes communes.

Au niveau des arrondissements, le SE/CNLS-TP s'appuiera entre autres sur les chefs poste des centres de santé d'arrondissement, sur les agents de Santé Communautaire Qualifié (ASCQ) et les agents de santé communautaires polyvalents.

### **8.3 Rôle des organes de mise en œuvre du CNLS-TP**

#### **8.3.1 Rôle des programmes et directions du Ministère de la Santé**

Parmi les structures de mise en œuvre du Conseil national de lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies figure en bonne place le Ministère de la Santé à travers ses structures centrales et techniques et plus spécifiquement la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) qui assure la tutelle des programmes à savoir : le Programme Santé de lutte contre le VIH/Sida et les IST (PSLS), le Programme National contre la Tuberculose (PNT) le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), le Programme National de lutte contre les Hépatites (PNLH) et le Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP).

Le Ministère de la Santé à travers ses structures centrales et techniques, déconcentrées et décentralisées mets en œuvre toutes les interventions liées à la santé humaine :

- **Les Programmes** sont les structures chargées de la mise en œuvre directe au bénéfice des populations, des stratégies orientées vers l'élimination. Ils assurent l'exécution des activités qui en découlent. Dans ce cadre, ils ont pour mission de mener les activités de promotion, de prévention, de prise en charge globale, ainsi que les activités liées à la surveillance épidémiologique, au contrôle des

différentes maladies et à la recherche. Les principaux domaines de prestation de services impulsés par les programmes doivent être en lien avec les orientations stratégiques définies dans le PSNIE. Pour ce faire, les programmes transmettent au SE/CNLS-TP leurs plans de travail annuel qui en assure la revue, le contrôle de qualité et la conformité aux orientations du PSNIE avant sa soumission au CNLS-TP lors de la session budgétaire pour approbation ;

- **Les directions centrales** assurent chacune en ce qui la concerne, l'accompagnement des programmes dans la mise en œuvre des interventions spécifiques. Elles sont responsables de l'élaboration des normes et directives de mise en œuvre des interventions ainsi que des procédures opérationnelles de gestion des programmes ;
- **Le COUSP** est chargé de l'opérationnalisation de la gestion des épidémies et situations d'urgence de santé publique. Il a pour rôle de contribuer à l'organisation et au renforcement de capacité des EIR afin de les préparer à une riposte efficace. Il accompagne le SE/CNLS-TP entre autres dans les activités de l'Equipe Médicale d'Urgence (EMU).

### **8.3.2. Rôle des ministères en charge des cibles prioritaires et des autres ministères**

Les ministères sont des organes de mise en œuvre des différentes activités du PSNIE à travers les Programmes Sectoriels de Lutte contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies (PLS-TP).

On distingue :

- les ministères en charge des cibles prioritaires qui sont : le ministère en charge des affaires sociales, du travail, des enseignements, des sports et loisirs, de l'intérieur et de la sécurité publique, de la défense, du tourisme, du cadre de vie, de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche ;
- les autres ministères, les institutions de la République, les entreprises et les sociétés.

Leur rôle est d'assurer la mise en œuvre du PSNIE en lien avec le milieu de travail en direction de leur personnel et des usagers, mais aussi de prendre le lead en tant que Chefs de file désignés par secteur d'activités pour coordonner la mise en œuvre des activités spécifiques du PSNIE dans les secteurs qu'ils ont en charge. Pour ce qui concerne les ministères, les chefs de file sont les suivants :

- le Ministère en charge des Affaires sociales a pour principale attribution le soutien aux couches vulnérables, la prise en charge psychosociale et les activités communautaires ;
- le Ministère en charge de l'environnement et du cadre de vie s'occupe de la santé environnementale, de l'hygiène et de l'assainissement de base ;
- le Ministère de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche est garant de la santé animale. Il fait également partie du point focal Règlement Sanitaire International 2005 ;

- le Ministère de la Défense Nationale a une part importante dans l'offre de soins et services à la population générale. Il s'occupe également de la prévention chez les corps habillés et les populations mobiles ;
- les Ministères en charge de l'Enseignement sont responsables de tout le réseau des infirmeries scolaires et estudiantines sur l'ensemble du territoire national. Par ailleurs, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique est garant des normes en matière de recherche notamment dans le domaine de la santé ;
- le Ministère du Tourisme, de la Culture et, des sports est en charge des activités de prévention au sein de la jeunesse, des artistes et des artisans ;
- le Ministère de la Fonction Publique et du Travail coordonne les interventions dans le monde du travail ;
- le Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme s'occupe de mettre en place un environnement juridique favorable à la mise en œuvre des interventions ainsi que la protection des populations les plus vulnérables ;
- le Ministère de l'Economie Numérique et de la Communication promeut le changement de comportement à travers les actions de communication et d'éducation à la santé et l'usage des technologies de l'information et de la communication au service de la santé.

Les Programmes Sectoriels de Lutte contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies PLS-TP soumettent chaque année leur plan de travail au SE/CNLS-TP qui en assure la revue, le contrôle de qualité et la conformité aux orientations du PSNIE avant sa soumission au CNLS-TP lors de la session budgétaire pour approbation.

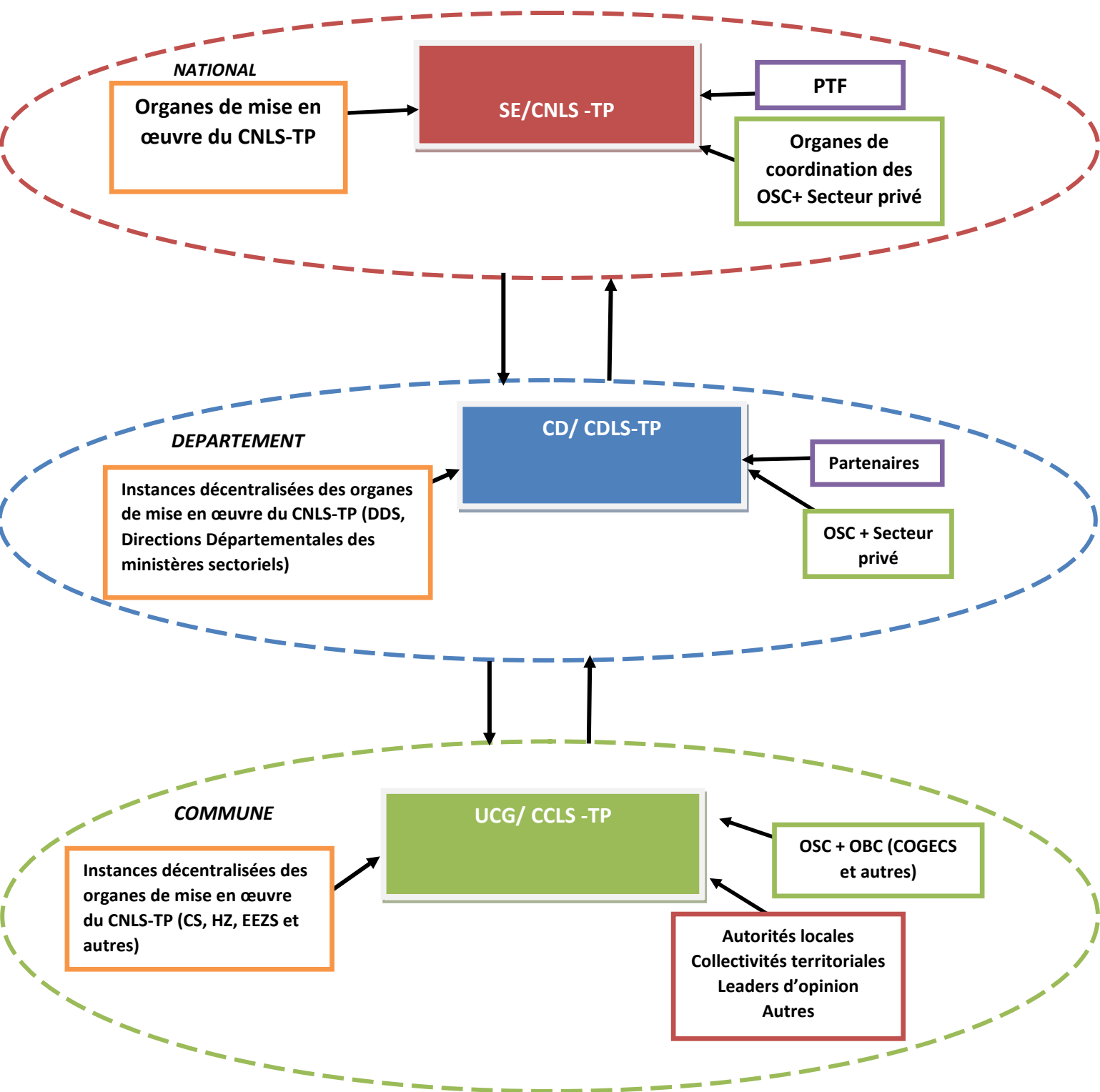
### **8.3.3 Rôle de la société civile et du secteur privé**

Les organisations de la société civile ont une place de choix dans la mise en œuvre du PSNIE. Leur rôle est d'accompagner le SE/CNLS-TP sur les interventions communautaires, celles liées aux groupes cibles et aux populations clés et vulnérables. Elles exécutent les activités des programmes au bénéfice des populations de leur zone d'intervention et œuvrent pour le renforcement de la participation communautaire. Les Organisations de la Société Civile interviennent à travers les Programmes Communautaires de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies (PCLS-TP) ;

Au Bénin, le secteur privé est un acteur majeur de la prestation des soins et services de santé qui a une croissance exponentielle. En effet, malgré ses 2 850 établissements sanitaires avec 6 217 prestataires privés de soins, 10 801 lits (SHOPS, 2014) ; nonobstant son indice de capacité opérationnelle générale de 66% (SARA, 2015) et sa part de plus 60% dans l'offre des services de soins (MS, 2015), le niveau de coordination et de coopération entre le secteur public et le secteur privé pour ces

maladies prioritaires, reste encore insuffisant malgré l'existence d'un cadre de concertation secteur public/secteur privé et d'un Organe Paritaire de Partenariat. Le rôle du secteur privé sera d'appuyer la mise en œuvre du PSNIE en facilitant le partenariat public-privé, en optimisant l'implication des acteurs du secteur privé à divers niveaux, et en facilitant la réalisation de la cartographie de l'offre de service en ce qui concerne les maladies prioritaires dans ce secteur. Pour ce faire, il est envisagé un véritable partenariat entre le SE/CNLS-TP et la Plateforme du Secteur Sanitaire Privé qui constituera l'un des interlocuteurs majeurs au cours de la mise en œuvre.

Le schéma ci-dessous illustre le cadre institutionnel de mise en œuvre du PSNIE :



**Figure 6 :** Schéma du cadre institutionnel de mise en œuvre

## **IX. Cadre de suivi et évaluation**

Aux termes du DÉCRET N° 2018 — 149 DU 25 AVRIL 2018, le Secrétariat Exécutif du CNLS-TP est chargé du suivi-évaluation des Plans Stratégiques Nationaux de lutte contre le VIH/Sida, les hépatites les infections sexuellement transmissibles, le paludisme, la tuberculose. Il veille au suivi de la performance de tous les projets et programmes de lutte contre les maladies cibles. Etant donné que l’approbation des Plans de Travail Annuels de la riposte nationale au VIH/Sida, à la tuberculose, au paludisme, aux hépatites, aux IST et aux épidémies revient au CNLS-TP, il lui revient d’asseoir le dispositif de reddition de compte et d’identifier les outils et mécanismes susceptibles de suivre la performance des programmes.

Le mécanisme du suivi/évaluation des performances liées à la mise en œuvre du PSNIE permettra d’apprécier le niveau d’atteinte des indicateurs issus de la chaîne de résultats à savoir :

- les indicateurs de processus relatifs au déroulement des interventions ;
- les indicateurs d’effet et d’impact relatifs aux objectifs spécifiques et à l’objectif général de santé.

Le cadre de suivi/évaluation comprend le suivi des performances pour la mesure des indicateurs de processus et les évaluations/revues des programmes pour la mesure des effets et impacts de santé publique.

### **9.1 Le suivi des performances en routine**

Le SE/CNLS-TP a dans ses prérogatives, l’examen et l’approbation des rapports d’activités et de gestion des ressources tant nationales qu’internationales dédiées à la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies. Son département de surveillance épidémiologique et de suivi/évaluation est chargé de la centralisation des données pour en assurer le contrôle, l’analyse et la dissémination à toutes les parties prenantes en lien avec les différents programmes responsables. Conformément au Décret, le SE/CNLS-TP émet des rapports trimestriels et annuels de mise en œuvre. Les performances techniques annuelles des programmes sont présentées au CNLS-TP lors de la session bilan qui se tient au mois de février de l’année suivante. Le suivi de la performance en routine permet de mesurer les indicateurs de processus et se décompose en deux branches :

- le suivi de la performance des programmes du système de santé : les données générées par les prestations du système de santé sont collectées depuis les centres de santé périphériques publiques ou privées grâce aux outils primaires et aux outils de synthèse. Elles sont centralisées au niveau des cellules statistiques des zones sanitaires où elles sont saisies directement dans l’entrepôt de données qu’est le District Health Information Software – 2 (DHIS-2) qui constitue depuis 2014 l’outil principal du SNIGS (Système National

d'information et de Gestion Sanitaires) et de ses sous-systèmes. Ces données sont saisies mensuellement dans l'entrepôt au plus tard le 20 du mois suivant et sont sous le contrôle de la DPP via le SGSI qui en assure le contrôle de qualité. Il existe au sein de chaque programme une unité de suivi et évaluation. Les programmes utilisent ces données pour produire leurs rapports suivant un canevas bien défini qui est mis à leur disposition par le SE/CNLS-TP qui consolide ces rapports via son service de suivi-évaluation en vue de présenter la synthèse lors de la session bilan du CNLS-TP ;

- le suivi de la performance des autres structures de mise en œuvre, notamment les données issues des activités communautaires et du secteur privé ; ces données doivent remonter sous forme de rapport et consolidées depuis les villages/quartiers de ville, les arrondissements, les communes, les départements et enfin le niveau central de façon trimestrielle au niveau des démembrements du SE/CNLS-TP qui en assurent la collecte, le contrôle de qualité et la remontée dans les délais.

Au niveau intermédiaire, c'est le CCD qui coordonne et centralise la synthèse des données provenant des différents secteurs en étroite collaboration avec le C/SPIRS, le responsable de la surveillance épidémiologique des DDS, les statisticiens des CIPEC, les points focaux des programmes paludisme et Hépatites au niveau départemental. Il sera procédé à l'analyse des rapports d'activités au cours des réunions trimestrielles, la réalisation des missions de supervision intégrée, la conduite du monitoring des activités de surveillance épidémiologique intégrée des maladies transmissibles, de préparation et riposte aux épidémies qui permettront d'identifier les problèmes et de proposer des solutions. Il devra s'assurer de la tenue à jour et de la transmission dans les délais des différents rapports.

Au niveau communal, les activités de suivi et évaluation s'appuient sur le secrétariat du conseil communal de lutte contre les IST, l'infection à VIH, le paludisme, la tuberculose, les hépatites et les épidémies plus particulièrement sur le chargé de suivi et évaluation. Ce dernier se charge de recueillir, avec les représentants des différents acteurs (ONG, les CPS, les IMF, etc.) les données communautaires générées par les organisations de la société civile et des centres de promotion sociale d'une part et d'autre part les données provenant des structures du secteur privé avec l'appui des membres des comités d'entreprise ainsi que celles du secteur public.

Au niveau arrondissements les activités de suivi et évaluation au niveau s'appuient sur le point focal de l'arrondissement Ce dernier recueille, en rapport avec les représentants des ONG, les données communautaires générées par les activités des organisations de la société civile tandis que dans villages/quartiers de ville, les organisations de la société civile intervenant dans les villages et quartiers de ville vont extraire de leurs rapports mensuels les données pour les consigner sur la fiche de

collecte appropriée. Ces organisations travaillent le plus souvent avec les pairs éducateurs, les relais communautaires sous la coordination du point focal du conseil de village ou quartier de ville.

Le principal défi est d'assurer l'interconnexion et l'interopérabilité des sous-systèmes de collecte de données et l'intégration des données communautaire dans le DHIS-2 depuis le niveau communautaire. Le schéma ci-dessous représente par niveau le type de données et les acteurs impliqués dans la collecte et la remontée des données.

## **9.2 Mise en œuvre des revues et des évaluations**

En dehors de la collecte de routine, il est prévu des études qui permettront de suivre la tendance évolutive du VIH/Sida, de la tuberculose, du paludisme et des hépatites. La mise en œuvre des revues et des évaluations permet de mesurer les indicateurs d'effet et d'impact. Les données collectées ici et celles recueillies dans le cadre du suivi des activités de routine permettent de répondre aux impératifs nationaux et internationaux en termes de redevabilité.

En tant qu'instance suprême en charge de la veille, de l'orientation et de la coordination en matière de lutte contre ces maladies, il revient au CNLS-TP de coordonner les revues/évaluations d'impact des programmes. Ces revues/évaluations ont un double objectif : mesurer le degré d'atteinte des objectifs des programmes en termes d'impact de santé publique et s'assurer de l'efficacité des interventions du PSNIE en se basant sur des données factuelles. Le CNLS-TP entreprendra en conséquence toute étude afin de disposer de l'information stratégique nécessaire pour guider les prises de décision en lien avec la lutte contre les maladies cibles. Les enquêtes prévues pour être réalisées en vue de mesurer les indicateurs clés d'effet et d'impact sont entre autres :

- le Malaria Indicator Survey (MIS), les études épidémiologiques, les enquêtes post-campagnes, dans le cadre du paludisme ;
- l'Enquête de Surveillance de Seconde Génération (ESDG), l'enquête de survie à 12 mois et l'enquête d'efficacité de la PTME pour le VIH ;
- l'enquête nationale d'évaluation du niveau d'atteinte des indicateurs de la stratégie mondiale de lutte contre les hépatites ;
- la revue du programme tuberculose avec l'évaluation du taux de succès thérapeutique et du taux de létalité ;
- la revue du Programme VIH et l'atteinte des 90-90-90 ;
- la mesure des taux spécifiques de létalité dus aux maladies à potentiel épidémique au décours des flambées éventuelles ;
- les enquêtes SARA qui permettent de mesurer la disponibilité des services essentiels, la capacité opérationnelle des programmes et la qualité des données sanitaires ;



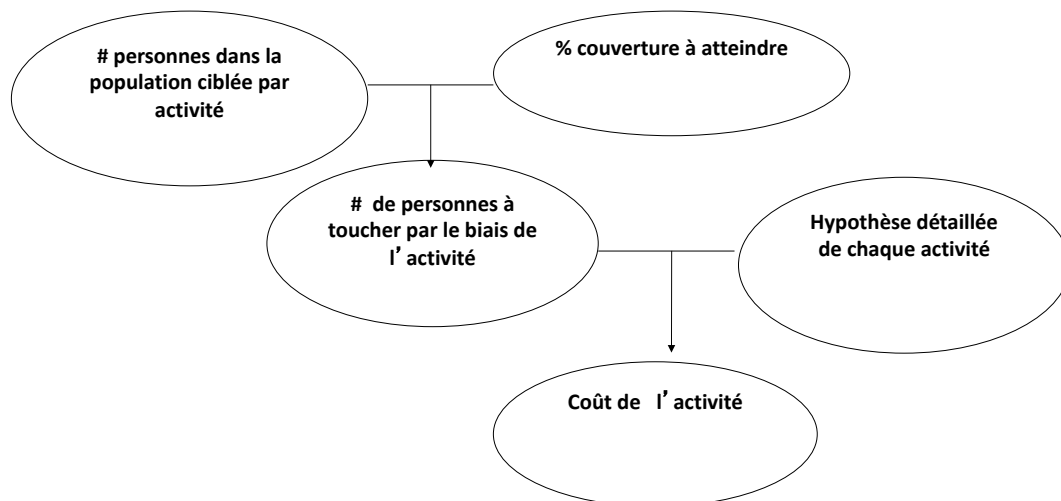
- la revue à mi-parcours et la revue finale du PSNIE ;
- l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) qui constitue l'enquête majeure de mesure d'impact de l'ensemble des interventions dans le domaine de la santé tous les 5 ans.

## X. Cadrage budgétaire du PSNIE

### 10.1 Méthode de budgétisation du PSNIE

La méthode utilisée pour la budgétisation du PSNIE est l'établissement des coûts par activité en se basant sur des hypothèses détaillées. La budgétisation a été faite selon l'approche ci-après :

Pour chaque activité:



**Figure 7** : Représentation de l'approche de budgétisation

L'outil utilisé, a une structure similaire à celle de l'outil de budgétisation et Planification développé par l'OMS et le template de costing du Fonds Mondial. Cet outil génère automatiquement un certain nombre de rapports des coûts (p. ex., par Résultat d'impact ; Effet, et Produit, et responsable de mise en œuvre). Le modèle des coûts comprend sept feuillets qui guident l'utilisateur par le biais de la méthode d'établissement des coûts. Ces feuilles permettent successivement à l'utilisateur d'exécuter les tâches ci-après :

- saisie du titre du budget ;
- entrée des informations relatives aux quantités des activités ;
- formulation des hypothèses détaillées ou des notes de coût unitaire ;
- précision des catégories de coûts, du responsable de mise en œuvre et taux d'inflation si nécessaire ; génération automatique des tableaux synthèses.

Les coûts ont été estimés pour une période de 5 ans en déterminant les ressources nécessaires pour chaque activité retenue. Les tableaux synthèses présentent la ventilation du budget par résultats d'impact, résultats d'effet, produits et stratégies pour chaque année. Le budget global du PSNIE 2019-2023 s'élève à 319 466 342 830 F CFA.

## **10.2 Stratégie de mobilisation des ressources**

Pour mobiliser les ressources en vue de la mise en œuvre du PSNIE, plusieurs stratégies seront mises à contribution :

- mise en place et opérationnalisation d'un mécanisme de mobilisation de ressources au sein du CNLS-TP ;
- plaidoyer pour l'augmentation de la contribution du budget national ;
- amélioration du partenariat public-privé pour le financement du secteur de la santé à travers le renforcement de la responsabilité sociétale des entreprises ;
- intégration dans les Plans de Développement des collectivités locales de lignes budgétaires dédiées à la santé en général et à la lutte contre les maladies couvertes par le CNLS-TP en particulier ;
- mobilisation de ressources extérieures via les PTF et le secteur privé international ;
- réinvestissement des économies d'échelle qui proviendront de l'intégration et de la transversalité des différentes activités des projets/programmes.

## **XII. Analyse des contraintes**

Les contraintes de mise en œuvre du PSNIE sont essentiellement d'ordre économique et socio-culturel liées à la pauvreté, au bas niveau d'instruction des populations et à la persistance de pratiques néfastes à la santé visant à handicaper les stratégies novatrices orientées vers l'élimination. Par ailleurs, il y a le non-respect des engagements des parties prenantes à cause du caractère multisectoriel du PSNIE. A cela s'ajoute la complexité des déterminants de la santé et les contraintes internes en rapport avec les ressources du SE/CNLS-TP.

## **XIII. Conditions de réussite**

Le succès de la mise en œuvre du PSNIE passe par l'engagement politique avéré au plus haut niveau et un leadership affirmé des décideurs. Ceci nécessitera le respect des valeurs et principes, une coordination intra et intersectorielle et une gouvernance optimisée. Elle va requérir également une collaboration multisectorielle, notamment avec les autres départements ministériels, les partenaires techniques et financiers, les ONGs /Associations et la société civile. La mise en œuvre efficace du PSNIE suppose un cadre macroéconomique stable, un environnement international prospère et une situation politique et sociale apaisée au Bénin ainsi que l'opérationnalisation des pôles de croissance et de développement identifiés par le Gouvernement dans le PAG. Cette

réussite dépend également de la prise en compte de manière progressive du problème de pénurie en ressources humaines qualifiées.

## **CONCLUSION**

Le Plan Stratégique National Intégré pour l'Élimination des maladies cibles du CNLS-TP est le document de référence pour tous les programmes intervenant dans la lutte contre ces maladies au Bénin. Ce dispositif d'intégration des différents programmes intervenant dans la lutte contre les affections sus-citées est une première au Bénin. Il a été élaboré dans une approche participative et inclusive. Les mécanismes de coordination, de mise en œuvre et de suivi-évaluation permettront avec une bonne approche de mobilisation des ressources, d'atteindre les résultats escomptés dans la lutte contre ces maladies au Bénin en vue de leur élimination effective. La réussite de sa mise en œuvre passe par une multisectorialité effective, l'implication des autorités politiques du Bénin, la bonne gouvernance de la lutte contre ces affections, et le respect des engagements par les différents partenaires techniques et financiers.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DÉCRET N° 2018-149 DU 25 AVRIL 2018 portant création, composition, attributions, organisation et fonctionnement du Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies
2. Perspectives Economiques en Afrique (PEA) 2018 de la BAD
3. Données Statistiques du Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
4. Annuaire des Statistiques Sanitaires 2017
5. Plan d'actions du Gouvernement 2016-2021
6. Règlement Sanitaire International (RSI) 2005
7. Politique Nationale de Santé Communautaire
8. Universal Health Coverage 2030
9. Etude STIGMA
10. Enquête Socio Démographique de 2<sup>ème</sup> Génération 2017
11. Etude IPERGAY, ANRS 2016
12. Rapport Global Aids Monitoring 2017
13. REDES 2018
14. Etude survie 2017
15. Etude RAFAScreen 2015-2017
16. SHOPS, 2014
17. SARA, 2015
18. EPP/Spectrum
19. Données sur l'année scolaire 2016-2017 du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Formation Technique et Professionnelle
20. Etude de suivi de cohorte pour l'estimation de l'incidence du VIH et de la taille de la population des HSH au Bénin, rapport final, Plan International et CNLS, août 2015
21. Annuaire des statistiques Programme Santé de Lutte contre le VIH/Sida
22. Données du Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
23. Bigot K.A et al : « Séroprévalence de l'antigène HBs du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes et leurs enfants. Médecine d'Afrique Noire 1992 ; 39 (7), 487 – 490 »

24. Akalogoun Z D et al : « Hépatite B et grossesse. Etude de quelques composantes épidémiologiques. A propos de 88 cas séropositifs à l'AgHBs. Thèse méd Cotonou, 1987, N° 013 »
25. Adjanohoun S: « Prévalence de l'infection par le VHC chez les malades hémodialysés. Thèse Med, Cotonou, 2007, N° 1347
26. Sèhonou J et al « Séroprévalence des anticorps antiviral de l'hépatite C dans une population de jeunes recrues au Bénin. J Afr Hepato Gastroenterol 2007, 1 : 103 – 105 »
27. Dovonou CA et al. « Prévalence de l'hépatite B chez les personnes infectées par le VIH à Parakou au Bénin. Pan Afr Med J. 2015; 20: 125 »
28. Sehonou J, et al « Co – infection VIH – VHB chez des patients sous traitement antirétroviral au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (République du Bénin). Rev CAMES – Série A, Vol. 10, 2010 : 85 – 89 »
29. Sehonou J et al. « Prévalence et facteurs de risque de portage de l'AgHBs et des anticorps anti virus de l'hépatite C chez des patients traités pour sida à Cote d'Ivoire. Coinfection hépatites et VIH à Cote d'Ivoire. Journal de la Société de Biologie Clinique, 2012; N° 017 ;14-20 »
30. Sehonou J et al. « Prévalence et facteurs de risque de portage de l'AgHBs et des anticorps antiviral de l'hépatite C chez des patients traités pour sida à Cote d'Ivoire. Coinfection hépatites et VIH à Cote d'Ivoire. Journal de la Société de Biologie Clinique, 2012; N° 017 ; 14-20 »
31. Sehonou J et al. « Prévalence des anticorps antiviral de l'hépatite C chez des patients porteurs de sida sous traitement à Cotonou. Journal Africain d'Hépatogastroentérologie 2(4):163-166 »)
32. Zohoun I et al. « La surveillance sanitaire des prostituées et la lutte contre la transmission sexuelle du SIDA. Médecine d'Afrique Noire 1994 ; 41 (1) : 7 – 10 »
33. Sèhonou J, Kodjoh N ; Saké K, « Cirrhose hépatique à Cotonou : aspects cliniques et facteurs liés au décès »et col, Méd Trop 2010 n 70 ; 375-378. »

**34. SESS/DNSP/MS**

**35. SSE/ANV-SSP/MS**

**36. DE/MAEP**

37. Convention de Bâle

38. Convention de Rotterdam

39. Convention de Stockholm

40. Convention de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe sur les effets transfrontaliers des accidents industriels
41. Convention de Minamata
42. Objectifs de Développement Durable (ODD)
43. Six piliers du système de santé définis par l'OMS en 2007
44. Nouvelles directives consolidées de l'OMS, recommandation 2016 et 2017
45. Stratégie de l'ONUSIDA 2016–2021
46. Stratégie « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida »
47. Stratégie « En finir avec la TB »
48. « Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2035 » ;
49. « [Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021](#) »
50. « [Stratégie mondiale du secteur de la santé, 2016-2021](#) » ;
51. « Accords de Paris sur l'efficacité de l'aide en 2005 »
52. Stratégies successives du Fonds Mondial 2012-2016 et 2017-2022
53. Stratégies GAVI 2016-2020
54. Orientations Stratégiques de Développement (OSD)
55. Plan National de Développement (PND)
56. Politique Nationale de Santé (PNS)
57. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2018-2023)
58. Plan de Déconcentration et de Décentralisation
59. Rapport de la Commission Technique des Réformes dans le Secteur de la Santé (CTRSS)
60. <https://fr.unesco.org/news/pourquoi-leducation-complete-sexualite-est-importante>
61. <http://francais.doingbusiness.org>