



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL INTEGRE POUR L'ELIMINATION DU VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE, LE PALUDISME, LES HEPATITES VIRALES ET LES IST 2024-2030



CNLS-TP

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA,
LA TUBERCULOSE, LE PALUDISME, LES HÉPATITES,
LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
ET LES ÉPIDÉMIES.

C/195 SCOA-GBETO
01 BP 6930 Cotonou Bénin
+229 21 310020/ 94517745
cnlsbenin@yahoo.fr

Avril 2023



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL INTEGRE POUR
L'ELIMINATION DU VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE, LE
PALUDISME, LES HEPATITES VIRALES ET LES IST
2024-2030**



CNLS-TP

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA,
LA TUBERCULOSE, LE PALUDISME, LES HÉPATITES,
LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
ET LES ÉPIDÉMIES.

C/195 SCOA-GBETO
01 BP 6930 Cotonou Bénin
+229 21 310020/ 94517745
cnlsbenin@yahoo.fr

Avril 2023

PREFACE

Le changement de paradigme dans le cadre de la lutte contre les maladies prioritaires a conduit à des réformes importantes dont la création et la mise en place 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 s'agit d'un cadre holistique, un creuset de réflexions stratégiques novatrices dans une approche d'intégration "ONE HEALTH". Dans la perspective d'élimination des maladies cibles, il a été élaboré le **Plan stratégique national intégré pour l'élimination du VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales, les IST et les maladies à potentiel épidémique (PSNIE) 2020-2024** grâce à la participation des acteurs du secteur public, des Partenaires techniques et financiers et surtout des acteurs de la société civile et du secteur privé, dont la contribution a été déterminante dans l'atteinte des résultats actuels. L'évaluation à mi-parcours a révélé que, malgré les résultats obtenus, des efforts restent à consentir pour parvenir à la concrétisation de la vision 2030 d'élimination des maladies cibles à cette échéance.

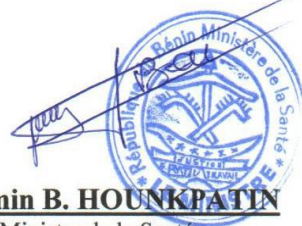
C'est ce qui justifie la révision de ce plan dont la version actualisée couvre la période 2024-2030.

Ce PSNIE révisé comme le précédent vise trois (3) résultats d'impacts qui portent sur la réduction des nouveaux cas de ces maladies cibles, leur détection précoce et leur prise en charge selon les normes internationales. Le modèle d'intégration développé dans le PSNIE rompt le pont des dispositifs verticaux pour une approche horizontale basée sur la mutualisation des ressources. Mon département ministériel ne ménagera aucun effort pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de ce plan de référence.

Je compte sur l'appropriation de ce document par l'ensemble des parties prenantes pour que le Bénin soit au rendez-vous de 2030.

Je félicite tous les acteurs qui ont contribué à son élaboration et exprime ma profonde reconnaissance à tous les Partenaires techniques et financiers pour leur appui continu.

Je suis convaincu qu'avec l'implication de tous, nous parviendrons au résultat escompté.



Benjamin B. HOUNKPATIN

Ministre de la Santé
Président du CNLS-TP

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	3
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	7
RESUME EXECUTIF	11
INTRODUCTION.....	12
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	13
1.1 Caractéristiques socio-économiques du Bénin.....	13
1.2 Organisation du système sanitaire du Bénin	14
II. APPROCHE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DU PSNIE 2024-2030	18
III. PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA REVUE A MI-PARCOURS DU PSNIE 2020-2024 ET RECOMMANDATIONS POUR LE PSNIE 2024-2030	19
3.1 Résultats clés de la revue à mi-parcours du PSNIE 2020-2024	19
3.2 Recommandations clés pour le PSNIE 2024-2030.....	19
3.3 Interventions novatrices identifiées pour le PSNIE 2024-2030	21
IV. ANALYSE DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DE LA RIPOSTE AUX DIFFÉRENTES PATHOLOGIES PRIORITAIRES	23
4.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse aux IST et au VIH/Sida.....	23
4.1.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique	23
4.1.2 Synthèse de l'analyse de la riposte aux IST et au VIH/Sida	27
4.2 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à la tuberculose	28
4.2.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique de la tuberculose	28
4.2.2 Synthèse de l'analyse de la riposte à la tuberculose	30
4.3 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse au paludisme	32
4.3.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique du Paludisme.....	32
4.3.2 Synthèse de l'analyse de la riposte au paludisme.....	34
4.4 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse aux hépatites virales....	36
4.4.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique des hépatites virales	36
4.4.2 Synthèse de l'analyse de la riposte aux hépatites virales	37
V. AUTRES DOMAINES DE RIPOSTE AUX MALADIES	38
5.1 Contribution de la médecine traditionnelle à la prise en charge des pathologies couvertes.....	38
5.2 Contribution de la société civile à la riposte aux pathologies prioritaires	38
5.3 Contribution du secteur privé à la riposte aux pathologies prioritaires	39
5.4 Riposte aux maladies couvertes dans le monde du travail	40
5.5 Etapes vers l'élimination des maladies cibles du PSNIE	40
VI. ANALYSE TRANSVERSALE DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	41
6.1 Analyse des piliers du système de santé au Bénin centrée sur le PSNIE	41
6.2. Analyse des enjeux de genre et inclusion impactant la santé au Bénin.....	43

6.3 Principaux défis transversaux du système de santé du Bénin	44
6.4 Cartographie des parties prenantes du CNLS-TP	46
VII. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PSNIE 2024-2030	49
7.1 Principes directeurs	49
7.2 Alignement du PSNIE	50
7.3 Vision, objectifs et résultats d'impact du PSNIE	52
7.3.1 Vision	52
7.3.2 Objectifs	52
7.3.3 Résultats d'impact global attendus du PSNIE	52
7.4 Approche différenciée pour le développement dans la riposte intégrée	53
7.5 Stratégies pertinentes et novatrices, y compris des aspects intégrés de la lutte contre les maladies cibles du CNLS-TP retenues pour le PSNIE	53
7.5.1 VIH/Sida et IST	53
7.5.2 Tuberculose	57
7.5.3 Paludisme	59
7.5.4 Hépatites	61
7.6 Stratégies des aspects transversaux de la lutte contre les maladies cibles du CNLS-TP	63
7.6.1 Gouvernance, leadership et multisectorialité.....	63
7.6.2 Financement	64
7.6.3 Ressources humaines pour la santé	64
7.6.4 Produits de santé et équipements.....	64
7.6.5 Prestations de services.....	65
7.6.6 Système d'information, suivi-évaluation et recherche	65
7.6.7 Infrastructures.....	66
7.6.8 Genre et droits humains.....	66
VIII. CADRE DE RÉSULTATS DU PSNIE 2024-2030	67
IX. MECANISME DE MISE EN ŒUVRE	95
9.1 Cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre du PSNIE.....	95
9.2 Rôle du Secrétariat Exécutif du CNLS-TP.....	95
9.3 Rôle des organes de mise en œuvre du PSNIE.....	96
9.3.1 Rôle des programmes et directions du Ministère de la Santé.....	96
9.3.2 Rôle des ministères en charge des cibles prioritaires et des autres ministères	97
9.3.3 Rôle de la société civile et du secteur privé.....	98
X. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION.....	99
10.1 Le suivi des performances en routine	100
10.2 Mise en œuvre des revues et des évaluations	101
XI. CADRAGE BUDGÉTAIRE DU PSNIE	103
11.1 Méthode de budgétisation du PSNIE	103
11.2 Résumé par programme (CFA)	106
11.3 Résumé par résultats d'impact (CFA).....	106

11.4 Résumé par résultats d'effet (CFA)	107
11.5 Résumé par modules du Fonds Mondial (CFA).....	112
11.5.1 Lutte contre le sida	112
11.5.2 Lutte contre le paludisme	113
11.5.3 Lutte contre la Tuberculose	114
11.5.4 Programme Systèmes Résistants et Pérennes pour la Santé (SRPS).....	115
11.6 Analyse des gaps de financement du PSNIE (en Euros)	116
11.7 Stratégie de mobilisation des ressources	117
XII. ANALYSE DES CONTRAINTES.....	119
XIII. CONDITIONS DE RÉUSSITE.....	119
CONCLUSION	120
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	121

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Tendances évolutives de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes au Bénin de 2002 à 2021	23
Figure 2 : Cascade VIH au Bénin en 2021 (Population générale).....	25
Figure 3 : Cascade VIH au Bénin en 2021 (Adultes).....	25
Figure 4 : Cascade VIH au Bénin en 2021 (Enfants)	26
Figure 5 : Evolution des cas incidents et des cas de tuberculose toutes formes confondues de 2013 à 2022.....	29
Figure 6 : Répartition des cas incidents de tuberculose selon le sexe et les tranches d'âge en 2022	29
Figure 7 : Trajectoire théorique des programmes vers l'élimination	40
Figure 8 : Cartographie des principales directions et agences opérationnelles du CNLS-TP	47
Figure 9 : Schéma du cadre institutionnel de mise en œuvre du PSNIE	99
Figure 10 : Représentation de l'approche de budgétisation	103

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Système national de santé au Bénin en 2022.....	15
Tableau 2 : Synthèse des indicateurs sur les hépatites B et C de 2020 à 2022.....	36
Tableau 3 : Mobilisation des ressources financières (en milliers de F CFA) par composante	42
Tableau 4 : Cadre de résultats du PSNIE 2024-2030	67

LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

ABE	:	Agence Béninoise pour l'Environnement
ABMS/PSI	:	Association Béninoise de Marketing Social/Population Service International
ABPF	:	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
ABRP	:	Agence Béninoise de la Régulation Pharmaceutique
AISEM	:	Agences des Infrastructures Sanitaires des Equipements et de la Maintenance
ANCQ	:	Agence Nationale Contrôle de Qualité des produits de santé et de l'eau
ANRS	:	Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales
ANSSP	:	Agence Nationale de Soins de Santé Primaires
ANTS	:	Agence Nationale de Transfusion Sanguine
ANV-SSP	:	Agence Nationale de Vaccination et des Soins de Santé Primaires
ARCH	:	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
ARV	:	Antirétroviraux
ASCQ	:	Agent de Santé Communautaire Qualifié
ATDA	:	Agence Territoriale de Développement Agricole
BAD	:	Banque Africaine de Développement
BCG	:	Bacille de Calmette et Guérin
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
CDV	:	Centre de Dépistage Volontaire de VIH
CELS-TP	:	Comités d'Entreprise de Lutte contre le SIDA
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	:	Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil
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	:	Chimio prophylaxie du Paludisme Saisonnier
CSA	:	Centre de Santé d'Arrondissement
CSU	:	Couverture Santé Universelle
CTA	:	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTAL	:	Centre de Traitement Anti-Lèpre
CTM	:	Conciliation des Traitements Médicamenteux
DDS	:	Direction Départementale de la Santé
DFRS	:	Direction de la Formation et de la Recherche en Santé, dont relèvent les activités de recherche en thérapie traditionnelle
DHMHED	:	Direction Générale de la Médecine Hospitalière et des Explorations Diagnostiques
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
EIP	:	Enquête sur les Indicateurs du Paludisme
EIR	:	Equipe d'Intervention Rapide
ESDG	:	Enquête de Surveillance de Deuxième Génération
ETME	:	Elimination de la Transmission Mère-Enfant
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
HPV	:	Papillomavirus humain
HSH	:	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes
IEC/CCC	:	Information Education Communication/Communication pour un Changement de Comportement
INC	:	Instance Nationale de Coordination
INStAD	:	Institut National de la Statistique et de la Démographie

IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
LAV	:	Lutte Anti Vectorielle
LCCSSA	:	Laboratoire Central de Contrôle de la Sécurité Sanitaire des Aliments
LLF	:	Lives and Livelihoods Funds
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
ND	:	Non défini
ODD	:	Objectifs de Développement Durable
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OSC	:	Organisation de la 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
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'Élimination
PTF	:	Partenaire Technique et Financier
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PvVIH	:	Personne vivant avec le VIH
RC	:	Relai Communautaire
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSI	:	Règlement Sanitaire International
SBR		Serveuse de Bar et Restaurant
SGSI	:	Service de Gestion du Système d'Information
SIDA	:	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SIGL	:	Système Intégré de Gestion Logistique
SIMR	:	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIGS	:	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SOBAPS	:	Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé
TDR	:	Test de Diagnostic rapide
TG	:	Transgenre
TPI	:	Traitement Préventif Intermittent
TPT	:	Thérapie Préventive de la Tuberculose
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNESCO	:	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
USAID	:	Agence des États-Unis pour le Développement International
VBG	:	Violences Basées sur le Genre
VHB	:	Virus de l'Hépatite B
VHC	:	Virus de l'Hépatite C
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	:	Zone Sanitaire

RESUME EXECUTIF

Depuis 2020, un nouveau paradigme organisationnel, programmatique et financier a été mis en œuvre par le Bénin. Le Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies (CNLS-TP) pilote depuis lors, l'intégration de la réponse aux maladies prioritaires pour l'amélioration de la santé des populations, en particulier les plus vulnérables. Cette intégration à travers le Plan Stratégique National Intégré pour l'Elimination du VIH/Sida, du paludisme, de la tuberculose, des hépatites virales, des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et des Epidémies (PSNIE) vise aussi l'efficacité grâce à la réalisation d'économies d'échelle face au contexte actuel d'amenuisement des ressources. La revue à mi-parcours de la mise en œuvre du PSNIE 2020-2024 a été réalisée en 2023.

Sur la base des résultats de cette revue, il a été élaboré le PSNIE révisé 2024-2030. Il constitue le document d'orientation et de gouvernance des structures de mise en œuvre (programmes, services et autres directions) pour l'élimination des maladies prioritaires.

Le processus d'élaboration du PSNIE révisé 2024-2030 a été participatif et inclusif impliquant toutes les parties prenantes avec l'appui technique et financier des partenaires au développement (ONUSIDA, Expertise France, OMS) à travers la mobilisation d'experts nationaux et internationaux.

Les objectifs du PSNIE 2024-2030 se déclinent comme suit :

- réduire de 100% les actuels écarts des nouvelles infections liées aux pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites et IST d'ici 2030 ;
- réduire de 100% les actuels écarts de la mortalité et de la morbidité liées aux pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites et IST d'ici 2030 ;
- Renforcer la gouvernance intégrée de la riposte nationale aux pathologies prioritaires ;
- Réduire les obstacles liés aux droits humains et au genre entravant l'accès des populations clés et vulnérables aux services de prévention et prise en charge des pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites et IST.

Le PSNIE révisé couvre 3 résultats d'impacts, 43 résultats d'effets et 150 produits avec 359 stratégies et 1137 activités sur la période 2024 à 2030. Son budget estimatif s'élève à 438.476.219.317 CFA soit 668.452.687 Euros.

Pour mobiliser les ressources en vue de la mise en œuvre du PSNIE 2024-2030, plusieurs stratégies seront mises à contribution.

La réussite de sa mise en œuvre passe par une multisectorialité effective, l'implication des autorités politiques du Bénin, la bonne gouvernance au sein des structures de mise en œuvre du PSNIE, et le respect des engagements par les différentes parties prenantes.

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 IST et les épidémies constituent un frein au développement du pays. En mars 2022, l'ancrage institutionnel du CNLS-TP a été modifié, le plaçant désormais sous le Ministère de la Santé par le décret N°2022-184 du 16 mars 2022 ; par contre la mission assignée au CNLS-TP demeure la même.

Le PSNIE traduit la volonté du gouvernement du Bénin d'apporter aux maladies prioritaires et aux épidémies, 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.

La revue à mi-parcours de la mise en œuvre du PSNIE 2020-2024 a été réalisée en 2023. Le PSNIE révisé 2024-2030 a été élaboré sur la base des résultats de cette revue. Sa finalité est 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, structuré en treize (13) parties, 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, l'OMS et Expertise France.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1 Caractéristiques socio-économiques du Bénin

Avec une superficie de 114 763 km², 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 2023 selon les projections de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStAD) est de 13 301 602 habitants avec 6 743 912 personnes de sexe féminin, soit 50,7%.

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.

Selon la loi n°2015-01 du 06 mars 2015, 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 subdivisés en 5295 villages et quartiers de ville.

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, l'économie béninoise reste dépendante du secteur agricole et des activités de commerce formel et informel de réexportation et de transit avec le Nigéria. L'année 2022 a été marquée par un léger ralentissement de la croissance s'établissant à 6% après un fort rebond en 2021 à 7,2%. Ce sont la production agricole et le secteur des services qui ont principalement stimulé le taux de croissance. L'inflation s'est accélérée à 2,5%, mais reste modérée en comparaison avec la moyenne régionale notamment grâce à des mesures fiscales ciblées et temporaires, ainsi qu'une bonne production de cultures vivrières¹.

La performance économique est principalement due aux réformes du Programme d'Actions du Gouvernement (PAG) 2016–2021 et celui de 2021-2026. Ces réformes visent à augmenter les dépenses publiques d'investissement dans les infrastructures, l'agriculture, le tourisme et les services sociaux de base. Le PAG 2021-2026 d'un coût global de 12 011 milliards de F CFA repose sur un panel de 342 projets dont 189 projets en cours (PAG1) pour 7 658 milliards de F CFA et 153 nouveaux projets pour un montant de 4 353 milliards de F CFA. Il vise : (i) à renforcer la démocratie, l'état de droit et la bonne gouvernance, (ii) poursuivre la transformation structurelle de l'économie, (iii) accroître durablement le bien-être social des populations.

La croissance devrait être de 6,4 % en 2023. Ces prévisions reposent sur des réformes de la gouvernance du secteur agricole ainsi que sur l'amélioration de la gestion des finances publiques et du climat des affaires. Le déficit budgétaire devrait se réduire à 3,7 % en 2023,

¹ [Bénin Présentation \(banquemondiale.org\)](https://banquemondiale.org/fr/france/benin)

mais ces chiffres restent supérieurs au critère de l'UEMOA de 3 % du PIB. Après avoir augmenté à 48,9 % du PIB en 2022, la dette publique devrait diminuer à 46,3 % en 2023, grâce à une croissance robuste et à une meilleure structuration de la dette durant cette période. Le déficit des comptes courants devrait se réduire à 4,6 % en 2023, cette dernière année en raison d'une réduction de la balance commerciale. Les réserves de change devraient augmenter pour atteindre 6 mois de couverture des importations en moyenne en 2022–23². Les principaux risques sont la résurgence de la crise sanitaire, les fluctuations des prix du coton et du pétrole, les impacts de la crise ukrainienne, les intempéries et la détérioration de la sécurité dans les régions du nord (Perspectives économique en Afrique 2022). Le Bénin est vulnérable au changement climatique, qui se manifeste par la sécheresse, la déforestation, la dégradation des sols et les inondations. L'évaluation des politiques et institutions nationales de la Banque pour 2021 place le score des politiques et réglementations environnementales du Bénin à 4 en 2021. Les effets socio-économiques du changement climatique pourraient, d'ici 2030 et 2050, diminuer les rendements du maïs de 21,6 % et 28,8 % respectivement, et ceux du coton de 0,9 % et 6,3 %. Les Gaz à Effet de Serre étaient estimés à 17,3 Mt éqCO₂, soit 1,5 t éqCO₂ par habitant, en 2018. Le Bénin a adopté une politique nationale de gestion du changement climatique 2020–2030 et a préparé sa Contribution Déterminée au niveau National pour 2030. Il met aussi en œuvre une politique nationale des énergies renouvelables 2020–2030. Une centrale solaire photovoltaïque de 25 MW, extensible à 50 MW, opérationnelle en 2022 produit 35 GWh d'électricité, réduisant ainsi les émissions de CO₂ du pays de 23 000 tonnes sur 25 ans. Enfin, le Bénin a créé le Fonds national pour l'environnement et le climat, d'un montant de 1,2 milliard de F CFA.

1.2 Organisation du système sanitaire du Bénin

Le système sanitaire du Bénin est de type pyramidal avec trois niveaux : le niveau périphérique (incluant le niveau communautaire), le niveau intermédiaire et le niveau central. Il est animé par le secteur public et le secteur privé.

Le niveau périphérique est constitué de trente-quatre (34) zones sanitaires. La zone sanitaire est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est administrée par le bureau de zone, dirigée par un médecin coordonnateur placé sous l'autorité du Directeur Départemental de la Santé. Les organes de gestion sont le comité de santé et l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire. Le niveau périphérique prend en compte le niveau communautaire.

Le niveau communautaire est la traduction de l'implication des communautés dans la lutte contre la maladie à travers les relais communautaires et les Agents de Santé Communautaire Qualifiés (ASCQ) qui font le lien entre les formations sanitaires périphériques et la communauté.

Le niveau intermédiaire correspond administrativement au niveau départemental. On compte actuellement douze (12) directions départementales de la santé dirigée chacune par un Directeur Départemental.

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

² <https://www.afdb.org/en/documents/african-economic-outlook-2022>

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 Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé (SOBAPS) est l'outil de la politique gouvernementale pour permettre aux béninois d'avoir un accès aux médicaments à un coût abordable.

Les institutions hospitalières et socio-sanitaires composant chaque niveau de la pyramide sanitaire figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Système national de santé au Bénin en 2022

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
NIVEAU CENTRAL OU NATIONAL	MINISTRE DE LA SANTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM) ▪ SAMU ▪ Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) ▪ Centre National de Pneumo-Phtisiologie ▪ Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou ▪ Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) ▪ Centre de prise en charge médicale intégrée du Nourrisson et de la femme enceinte atteints de Drépanocytose ▪ Agence Nationale de Soins de Santé Primaires (ANSSP) ▪ Agence Nationale de Contrôle de Qualité des Produits de Santé et de l'Eau ▪ Agence Béninoise de la Régulation Pharmaceutique (ABRP) ▪ Agences des Infrastructures Sanitaires des Equipements et de la Maintenance (AISEM) ▪ Agence d'Aides Médicales et d'Urgence ▪ Agence Nationale de la Transfusion Sanguine (ANTS) ▪ Agence Nationale Contrôle de Qualité des produits de santé et de l'eau (ANCQ) ▪ Conseil National des Soins de Santé Primaires ▪ Conseil National de la Médecine Hospitalière ▪ Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé ▪ Ordres des professionnels de la Santé ▪ Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecine ▪ Pédiatrie ▪ Chirurgie ▪ Gynéco-obstétrique ▪ Radiologie ▪ Laboratoire ▪ O.R.L ▪ Ophtalmologie ▪ Cardiologie ▪ Dermatologie ▪ Urologie ▪ Banque de Sang ▪ Psychiatrie ▪ Autres spécialités

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
INTERMEDIAIRE OU DEPARTEMENTAL	DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) Centre Hospitalier Départemental (CHD) Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC) Centre de Traitement Anti-Lèpre (CTAL) Centre de Traitement de l'Ulcère de Buruli d'Allada et de Pobè Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron Antenne Départementale de Transfusion Sanguine 	<ul style="list-style-type: none"> Médecine Pédiatrie Chirurgie Gynéco-obstétrique O.R.L Ophthalmologie Radiologie Laboratoire Autres spécialités Banque de sang
PERIPHERIQUE	ZONE SANITAIRE (BUREAU DE ZONE)	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital de Zone (HZ) Centre Hospitalier Universitaire de Zone (CHUZ) Centre de Santé (CS) Site de prise en charge du VIH/SIDA Formation sanitaire privée/confessionnelle Centre de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose (CDT) Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli Centre de Dépistage Volontaire de VIH (CDV) 	<ul style="list-style-type: none"> Médecine générale Chirurgie d'urgence Gynéco-obstétrique Soins curatifs Accouchements Radiologie Laboratoire Vaccination IEC/CCC Pharmacie ou dépôt pharmaceutique Loisirs Alphabétisation Activités à base communautaire

Source : SGSI/DPP/MS, Annuaire des Statistiques Sanitaires 2021

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. Elle est créée en 2014 comme solution à la fragmentation du secteur sanitaire privé regroupé auparavant en plusieurs associations. Elle est représentative de l'ensemble des segments du secteur sanitaire privé, quel que soit le type d'activité menée dans le domaine de la santé. Elle sert de cadre formel de collaboration du privé avec le secteur public et est membre de la Fédération Ouest Africaine du Secteur Privé de la Santé et de la Fédération Africaine de la Santé.

Suite aux réformes du secteur santé, 1 302 établissements sanitaires privés ont été autorisés de 2018 à 2022 dont 1220 établissements sanitaires privés à but lucratif et 82 établissements sanitaires privés à but non lucratif. 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.

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 structures/établissements sanitaires (Comité de Gestion du Centre de Santé, Comité de santé, Conseil de gestion des hôpitaux de zone). Ils participent de ce fait à la prise de décision concernant le fonctionnement de ces structures/établissements 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.

II. APPROCHE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DU PSNIE 2024-2030

Conformément aux orientations du CNLS-TP, le présent document est une mise à jour du PSNIE 2020-2024. Son élaboration a suivi les étapes ci-après :

- ❖ Une collecte de données à travers :
 - Un dépouillement du document de la revue à mi-parcours du PSNIE 2020-2024 incluant des documents et études publiés pendant la période de mise en œuvre relatifs à la lutte contre les maladies prioritaires, à la santé communautaire, au genre et à la protection sociale. Les données de l'annuaire statistique 2021 et des versions draft des rapports EIP (paludisme) et HFFA (SARA) ont été également exploitées.
 - Des entretiens avec les parties prenantes notamment les programmes de maladies prioritaires et les acteurs du SRPS ont été réalisés. Sur cette base, un premier draft du PSNIE révisé 2024-2030 a été proposé.
- ❖ L'atelier national a permis de finaliser le draft proposé. Au cours de cet atelier, les différentes stratégies proposées ont été revues et adoptées en fonction de leur pertinence.

Le choix des stratégies et cibles proposés s'est aussi basé sur l'analyse des opportunités dans le contexte actuel pour arriver à sortir un plan ambitieux avec des cibles réalistes et un mécanisme de mise en œuvre pragmatique. Le plan opérationnel et le cadre de performance ont été également élaborés.

III. PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA REVUE A MI-PARCOURS DU PSNIE 2020-2024 ET RECOMMANDATIONS POUR LE PSNIE 2024-2030

La revue à mi-parcours du PSNIE 2020-2024 a été menée en début 2023 pour mesurer le niveau d'atteinte des objectifs, et d'apprécier l'environnement de mise en œuvre. Ses recommandations ont servi au développement des orientations stratégiques du PSNIE révisé 2024-2030.

3.1 Résultats clés de la revue à mi-parcours du PSNIE 2020-2024

La revue à mi-parcours du PSNIE 2020-2024 a porté sur la période de 2020 à 2022. Au cours de cette période, un effort a été noté au niveau de la gouvernance et du leadership y compris un début d'intégration des aspects transversaux comme le système d'information unique. La contribution du secteur privé n'est pas suffisamment visible. Dans la période, le pays a évolué vers une épidémie VIH/SIDA mixte avec un taux de prévalence au niveau national en-dessous de 1% mais ce taux reste élevé dans le groupe des populations clés. Des efforts restent à faire au niveau de la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH. La revue a révélé également un rapprochement des services VIH des communautés par leur décentralisation et démedicalisation et l'implication du secteur privé.

Les indicateurs de la lutte contre la tuberculose se sont améliorés avec un gap de notification qui a augmenté lors de l'épidémie de Covid-19. Des efforts restent à faire dans le domaine de la prise en charge des enfants contacts et la notification au sein des populations à risque (PPL, PvVIH, diabétique, tabagique etc).

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, les interventions de distribution des MILD, la chimioprophylaxie saisonnière et la prise en charge ont été renforcés. Toutefois les cas enregistrés ont doublé sur la période et le Bénin s'est engagé dans la vaccination des enfants de moins de 5 ans, en espérant une réduction de la morbidité.

Concernant les hépatites, un important début de travail a été fait concernant les documents de politiques, les documents techniques et l'introduction du vaccin contre l'hépatite B qui touche 4% de la population générale. Toutefois, il manque encore les données de base pour l'élaboration des interventions.

Concernant les maladies à potentiel épidémique, la revue a noté une couverture vaccinale nationale de 35% contre la Covid-19. Des épidémies localisées ont été enregistrées dans la période et porte sur la méningite, la rougeole et le choléra avec un bon mécanisme de coordination des situations d'urgence et un renforcement du plateau technique.

L'analyse financière a montré les déficits de mobilisation de ressources surtout sur les composantes de la gouvernance et des hépatites virales pour la mise en œuvre des activités des droits humains et du genre et de la médecine traditionnelle. En dehors de la gouvernance (56%), le niveau de décaissement était satisfaisant pour l'ensemble des composantes avec un taux général de 81%.

3.2 Recommandations clés pour le PSNIE 2024-2030

Entre autres recommandations issues de la revue à mi-parcours, on peut citer par composante :

➤ Composante IST/VIH

- Prendre en compte les enjeux du genre et l'inclusion des droits humains dans la reformulation des objectifs, des stratégies, des indicateurs et du budget du PSNIE révisé ;
- Réviser ou adapter les outils pour collecter et suivre les données désagrégées par sexe, âge, handicap et toute autre ventilation pertinente ainsi que les changements dans les relations de pouvoir, sur la base d'indicateurs sensibles au genre ;
- Mettre en place des stratégies de communication adaptées à la cible des jeunes et adolescents basées sur l'utilisation des moyens de communications modernes sensibles au genre et inclusifs (réseaux sociaux et autres) ;
- Développer des approches innovantes au niveau communautaire pour renforcer l'implication et l'accompagnement des hommes au suivi des femmes enceintes y compris les séropositives ;
- Organiser des séances de sensibilisation sur le VIH en milieu du travail suivi de distribution des auto-tests VIH ;
- Mettre en place la politique communautaire de prise en charge.

➤ Composante TB

- Mettre à jour les directives/guides sur le diagnostic et le traitement de la TB chez l'enfant, le traitement préventif de la TB en fonction des recommandations actuelles de l'OMS, voire le traitement en ambulatoire de la TB tout en l'adaptant au contexte national ;
- Etendre la couverture en nouveaux outils de diagnostic rapide (moléculaire et Rx CAD4 TB) tels que recommandés par l'OMS en vue de rendre plus accessible les services de diagnostic de la tuberculose et le consigner dans le guide du PNT ;
- Renforcer la collaboration avec les organisations communautaires, les anciens malades TB, les prestataires des soins du secteur public, du secteur privé et les organisations de la société civile à la gestion de la tuberculose (PPM-DOTS) ;
- Rendre effective la fonctionnalité des RC et des ASQC pour la référence de cas suspects de tuberculose vers les CDT ;
- Renforcer la collaboration intra-sectorielle avec les autres programmes (Santé de la reproduction, service mère et enfant, vaccination, diabète, tabagisme...) ;
- Renforcer les campagnes de dépistage actif de la TB dans les groupes spécifiques ou à risque (PPL, PvVIH, Diabétique, CDI, Tabagique) et l'investigation des contacts des cas index TB dans les CDT ou Département à faible détection ;
- Rendre effective l'intégration de la tuberculose dans les programmes d'éducation à la santé, dans les écoles à la base et développer des e-formation à l'instar de la e-supervision testée lors de la pandémie de COVID-19.

➤ Composante Paludisme

- Améliorer le diagnostic du paludisme au niveau communautaire en procédant au passage à l'échelle de la réalisation des TDR dans la communauté et rendre disponible les TDR au niveau des ASCQ selon la politique nationale ;
- Améliorer le diagnostic dans les formations sanitaires publiques et privées en assurant la disponibilité des TDR et le respect de la politique d'utilisation des tests de confirmation ;
- Assurer le contrôle qualité/assurance qualité des laboratoires en respectant la périodicité de la supervision des acteurs sur les techniques de diagnostic biologique du paludisme ;
- Assurer la maintenance des microscopes ainsi que la disponibilité d'une banque de lames standardisée GE/FS ;

- Renforcer les ressources humaines en formant des experts microscopiques certifiés OMS.

➤ Composante Hépatites

- Renforcer le programme en ressources humaines, financières et matérielles (équipements) ;
- Booster la stratégie de dépistage des hépatites B et C ;
- Rendre disponible les réactifs de dépistage des hépatites B et C par la SoBAPS dans les ZS et harmoniser les prix de cession ;
- Élaborer un plan de communication autour des hépatites virales ;
- Prendre en compte le secteur privé et les écoles de formation dans la stratégie de vaccination des agents de santé ;
- Faire le plaidoyer pour l'approvisionnement de tous les dépôts répartiteurs en vaccin contre l'hépatite B ;
- Faire le plaidoyer pour la gratuité du traitement de l'hépatite B (comme pour le VIH).

➤ Composante SRPS

- Poursuivre la mise en œuvre des réformes en tenant compte du genre, des droits humains et des personnes affectées ;
- Renforcer l'intégration entre les programmes des maladies prioritaires dans le cadre de la mise en œuvre du PSNIE ;
- Renforcer la contribution et la visibilité du secteur privé dans le système d'information sanitaire à travers leur paramétrage dans le DHIS2 ;
- Améliorer l'assurance qualité des services et assurer l'opérationnalisation de la santé communautaire.

3.3 Interventions novatrices identifiées pour le PSNIE 2024-2030

L'analyse des résultats de la revue à mi-parcours du PSNIE 2020-2024, ainsi que les recommandations qui en sont issues a permis d'identifier des interventions novatrices pour chaque composante. Il s'agit de :

➤ IST/VIH

- Mise à échelle de l'autodiagnostic à domicile ;
- Mise en place des services de réduction des dommages pour les consommateurs de drogues injectables ;
- Poursuite des traitements optimaux à base de dolutegravir chez les enfants et chez les adultes ;
- Dispensation multi mensuelle des ARVs ;
- Mise en place de la distribution communautaire des ARV.

➤ Tuberculose

- Amélioration de la gestion psychosociale des malades de la tuberculose ;
- Innovation des stratégies de lutte contre les violations des droits humains et exploitations sexuelles dans le contexte de la tuberculose ;
- Développement de stratégies intégrées et transversales.

➤ Paludisme

- Développement d'un mécanisme de collaboration entre le PNLP et l'ANSSP dans le cadre de la vaccination des enfants de moins de 5 ans contre le paludisme

➤ Hépatites

- Renforcement du programme en ressources humaines et matérielles ;

- Élaboration d'un Plan de communication autour des hépatites ;
- Extension de la politique de dépistage et de vaccination en améliorant l'accessibilité financière
- Décentralisation de la prise en charge des hépatites.

IV. ANALYSE DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DE LA RIPOSTE AUX DIFFÉRENTES PATHOLOGIES PRIORITAIRES

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

4.1.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique

Le nombre de PvVIH est estimé à 68400 en 2021 dont 62 000 adultes et 6 400 enfants pour le Bénin selon l'ONUSIDA. La prévalence de l'infection à VIH chez les sujets âgés de 15-49 ans est estimée à 0,8 %. Les nombres annuels de nouvelles infections et de décès dus au VIH sont respectivement de 1 700 et de 1 600. L'analyse des ratios IPR (ratio incidence/prévalence) et IMR (ratio incidence/mortalité) donne les tendances suivantes : l'incidence prévalence ratio est de 2,45 [1,45-3,73], l'incidence mortalité ratio est de 0,8 [0,47-1,22].

Le Bénin est un pays à épidémie généralisée avec une prévalence de l'infection à VIH au niveau national estimée à 1,2% dans la population générale depuis 2006 selon l'enquête démographique et de santé (EDS 2011-2012). Ces dernières années, on constate une tendance à la baisse de la prévalence qui se situe en 2021 à un seuil de 0,8%. Cette situation combinée à certaines poches à prévalence plus élevée au sein des populations clés pourrait assimiler le Bénin désormais à un pays à épidémie mixte.

La prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes est de 0,95% [0,76-1,14] selon l'enquête nationale de séro-surveillance en 2021. La prévalence est significativement plus élevée en milieu urbain : 1,18% [0,97-1,39] qu'en milieu rural : 0,52% [0,38-0,67]. Le VIH-1 est le sérotype majoritairement isolé (98,5%). La figure 1 montre la tendance évolutive de la prévalence de l'infection à VIH au Bénin chez les femmes enceintes sur les 20 dernières années.

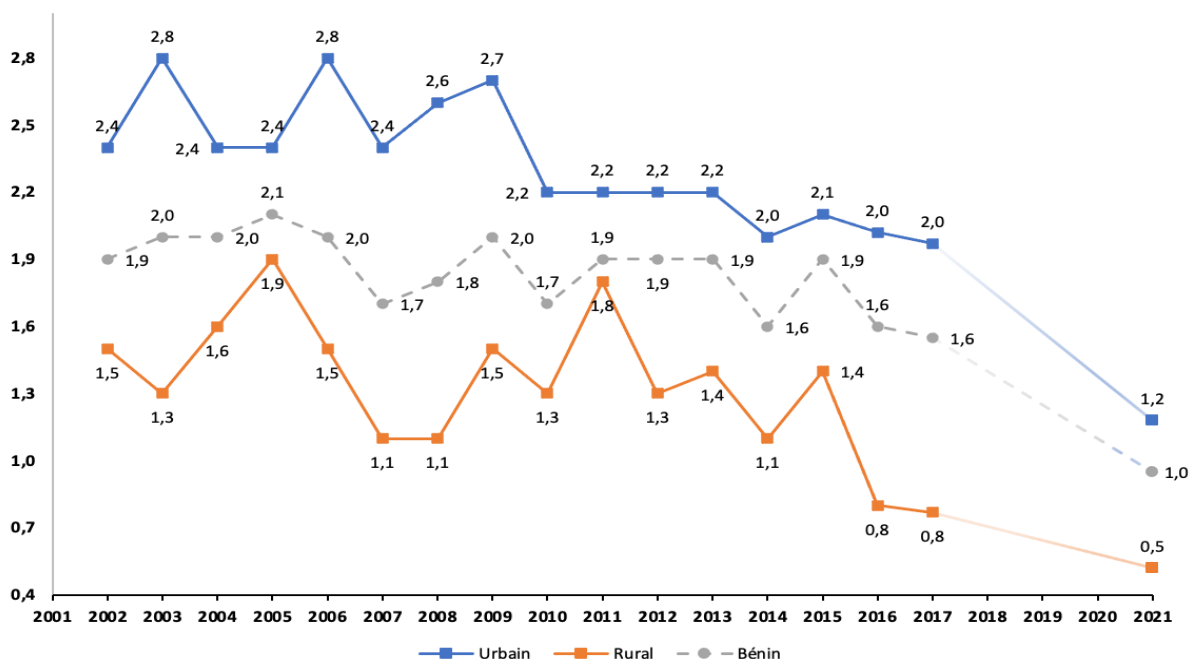


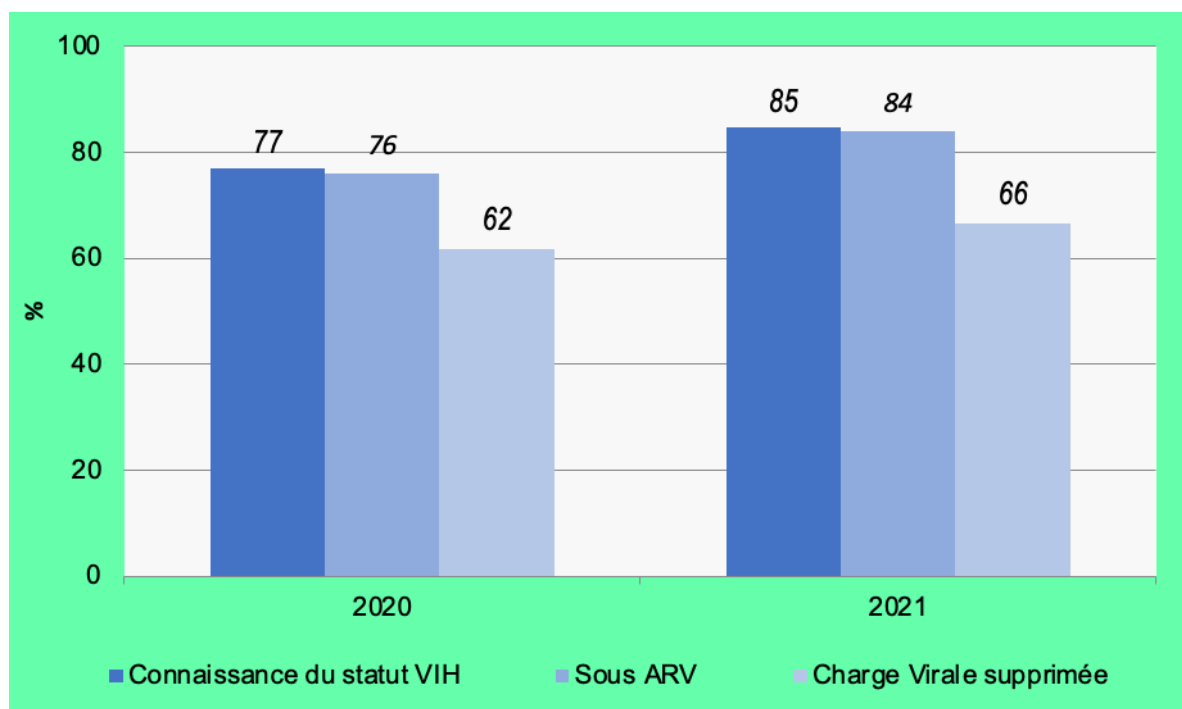
Figure 1 : Tendance évolutive de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes au Bénin de 2002 à 2021

La tendance de la prévalence au niveau national est à la baisse quel que soit le type de milieu. Cette baisse est plus prononcée entre 2017 et 2021. Cependant 04 départements ont connu une tendance à la hausse. Il s'agit du Littoral (1,64% à 1,77%), de l'Atlantique (0,83% à 1,10%), du Zou (0,91% à 0,93%) et de l'Atacora (0,68% à 1,02%).

En ce qui concerne les groupes spécifiques, les données se présentent comme suit :

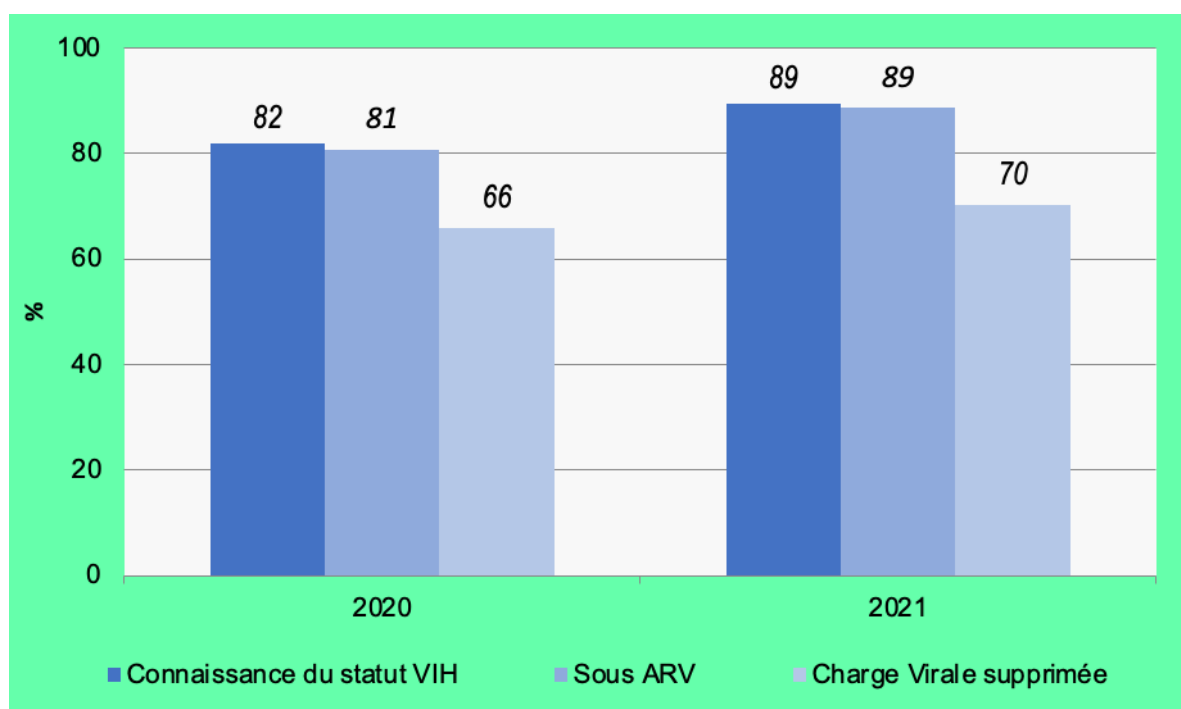
- travailleuses du Sexe (TS) et leurs clients : la prévalence de l'infection à VIH selon l'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération est de 7,2% [5,76 – 8,81] chez les travailleuses du sexe en 2021 (contre 8,5% en 2017) et de 1,1% [1,07 – 3,83] chez leurs clients en 2021 (contre 2,0% en 2017) ;
- routiers : la prévalence n'a pas sensiblement varié. Elle est de 0,6% [0,08 – 1,12] en 2021 contre 0,8% en 2017 ;
- hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : la prévalence du VIH chez les HSH est de 8,3% [7,3-9,9] selon l'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération réalisée en 2022 contre 7% en 2017 ;
- consommateurs de Drogue par Injection (CDI) : la prévalence est de 2,1% [1,01 – 3,63] selon l'ESDG 2022. Cette prévalence n'est pas différente de celle estimée par l'édition de 2017 (2,2%) ;
- transgenres (TG) : selon l'ESDG 2020 qui est la première avec cette cible, la prévalence est de 21,9% ;
- tuberculeux : le test VIH est systématiquement proposé aux patients tuberculeux. Le taux de séropositivité à VIH chez les patients tuberculeux oscille autour de 15% avec une fluctuation de $\pm 1\%$;
- jeunes : les jeunes de 15 à 24 ans constituent des groupes vulnérables. En 2021, la prévalence du VIH au niveau des jeunes est de 0,3% [0,15 – 0,44]. Cette prévalence est stable comparée à celle de 2017, mais elle est plus élevée chez les filles (0,4%) que chez les garçons (0,2%) ;
- personnes Privées de Liberté (PPL) : la prévalence du VIH chez les PPL qui constituent des groupes vulnérables sous surveillance est à la hausse (1,8% en 2021 contre 0,6% en 2017) ;
- communauté de Pêche : La prévalence du VIH au sein de la communauté des pêcheurs le long de la côte est estimée à 4,6% [1,8 – 7,4] en 2022.

Par ailleurs les cascades VIH au Bénin en 2021 se présentent comme suit :



Source : projections ONUSIDA 2022

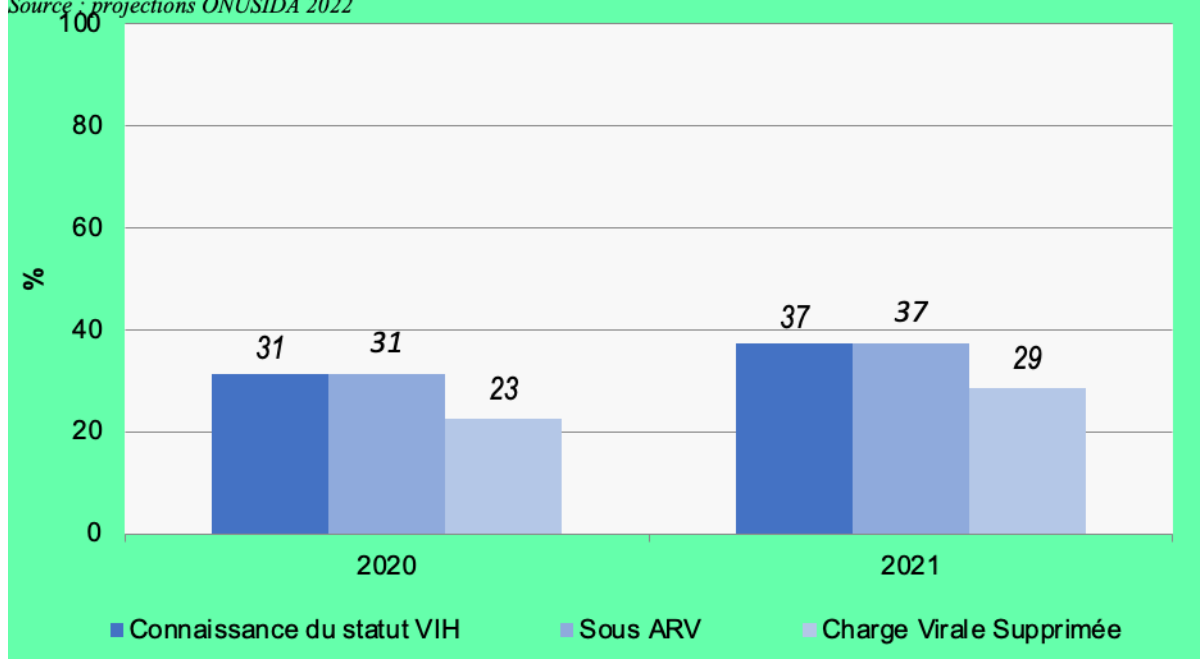
Figure 2 : Cascade VIH au Bénin en 2021 (Population générale)



Source : projections ONUSIDA 2022

Figure 3 : Cascade VIH au Bénin en 2021 (Adultes)

Source : projections ONUSIDA 2022



Source : projections ONUSIDA 2022

Figure 4 : Cascade VIH au Bénin en 2021 (Enfants)

4.1.2 Synthèse de l'analyse de la riposte aux IST et au VIH/Sida

L'analyse de la mise en œuvre du volet IST/VIH/SIDA du PSNIE sur la période 2020 à 2022, révèle les gaps suivants :

- le PSNIE ne prend pas en compte le genre développé dans le dernier EDS 2017-18, l'enquête MICS 2014, ni l'étude sur les VBG de 2017 en termes de vulnérabilités spécifiques vécues par les filles et les femmes dans le risque de contracter le VIH-sida. De même, les comportements des hommes qui accroissent le risque de transmettre la maladie, les barrières d'accès des filles et femmes à la prévention, au dépistage et au traitement sont occultés ;
- les objectifs et résultats d'impact globaux sont formulés de manière indifférente au genre ;
- le PSNIE n'aborde pas non plus les enjeux critiques de lutte contre le VIH tels que : la perpétuation de la violence sexuelle et sexiste, les pratiques culturelles néfastes, la masculinité négative, les comportements féminins qui banalisent les VBG, les barrières socio-économiques qui limitent l'accès des filles et des femmes aux soins de santé, les services inadéquats ne prenant pas en compte la dimension de genre adaptée aux adolescents et aux jeunes, etc. ;
- la section Genre et Droits Humains se limite à une liste de quelques interventions en lien avec la stigmatisation et la discrimination ;
- les stratégies d'information des adolescents (es) incluent l'éducation sexuelle en milieu scolaire et non scolaire, la diffusion des messages de prévention/prise en charge par les médias sociaux ou autre, la création d'espaces sécurisés, l'approche par les pairs pour l'offre de paquet de services, la mise en place des services pour la prise en charge des IST mais il n'y a pas de proposition de processus clairs pour la diffusion du contenu pour l'accessibilité aux jeunes pour des résultats transformateurs en matières de genre ;
- l'absence de mention sur les personnes vivant avec un handicap alors qu'il existe une fausse rumeur selon laquelle les personnes vivant avec un handicap ne sont pas sexuellement actives ;
- l'inexistence d'un outil de suivi-évaluation d'équité genre dans les programmes ;
- la prévalence de l'infection à VIH chez les HSH, les CDI et les Transgenres restent élevées (surtout TG) par rapport aux ambitions du PSNIE ;
- la faible utilisation du préservatif par les transgenres ;
- la faible connaissance de l'infection à VIH par les jeunes et adolescents(es) ;
- la faible couverture de l'offre du paquet de prévention VIH en direction des jeunes et adolescents(es) ;
- le faible niveau de prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives (taux de réalisation à 20% selon l'évaluation du plan ETME) ;
- la faible réalisation du diagnostic précoce chez l'enfant exposé ;
- la faible couverture en prophylaxie au CTM chez les enfants ;
- l'insuffisance dans le suivi continu de tout enfant né de mère séropositive jusqu'à la connaissance de son statut sérologique final à 18 mois.

4.2 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à la tuberculose

4.2.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique de la tuberculose

Selon l'OMS, l'incidence de la tuberculose est en diminution progressive au Bénin en passant de 86 cas pour 100 000 habitants pour l'année 2000 à 53 cas pour 100 000 habitants en 2021. Elle est restée stationnaire à 53 cas pour 100 000 de 2019 à 2021³. Le taux de mortalité TB est passé de 28 décès pour 100.000 habitants en 2000 à 10 décès pour 100.000 habitants en 2021. On observe donc une tendance à la baisse de la mortalité depuis 2000. Ces résultats montrent que les interventions mises en œuvre au Bénin continuent d'impacter positivement l'épidémie de la tuberculose. Cependant, Il existe 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.

Selon les statistiques sanitaires nationales, le taux de notification des cas de tuberculose toutes formes confondue (nouveaux cas et récidives) a fluctué autour de 30 cas pour 100.000 habitants au cours des dix (10) dernières années (2012 – 2022). En 2022, ce taux de notification des cas de TB toutes formes s'est établi à 33 cas pour 100.000 habitants au niveau national⁴. Stratifié selon les départements, on observe un grand écart de notification entre les départements à densité élevée avec en moyenne 44 cas pour 100000 habitants (Atlantique, Littoral, Mono, Couffo, Ouémé, Plateau et Zou) et les départements à densité faible (Borgou, Alibori, Atacora, Donga et Collines) 19 cas pour 100000 habitants⁵. Cette disparité du taux de notification selon les départements pourrait également être liée à un problème de sous diagnostic dans les zones à faible densité.

Au cours des dix dernières années (2013-2022), le nombre de cas de TB toutes formes de cas incidents notifiés ont la même tendance et fluctue autour de 4 000 cas par an. Depuis la survenue de la pandémie de la COVID-19 en 2020, une baisse constante du nombre de cas notifiés a été observée jusqu'en 2021. Cependant, un pic de 4187 cas de tuberculose a été dénombré en 2022 contre 3764 en 2021 soit une augmentation de 11% (figure 5). La proportion des enfants parmi le nombre total de cas toutes formes ne dépasse pas 5% sur la même période. La séroprévalence du VIH chez les patients tuberculeux reste stable autour de 15% depuis 2016. Mais en 2022 cette séroprévalence a baissé de 1% soit chiffrée à 14%. Le taux de décès chez les cas incidents de tuberculose est estimé à 6 % en 2021 mais ce taux est de 11% en cas de coinfection TB/VIH. En réalité ce taux de 11% est aussi en baisse en 2021 car en 2019, 2020 le taux de décès chez les coinfectés TB/VIH était respectivement de 15% et 12%. La prévalence de la résistance à la rifampicine est de 1,1% pour le nouveau patient et 4,1% pour le patient en retraitement.

³ OMS Profil pays en 2021

⁴ Rapport annuel PNT année 2022

⁵ Rapport annuel PNT année 2022

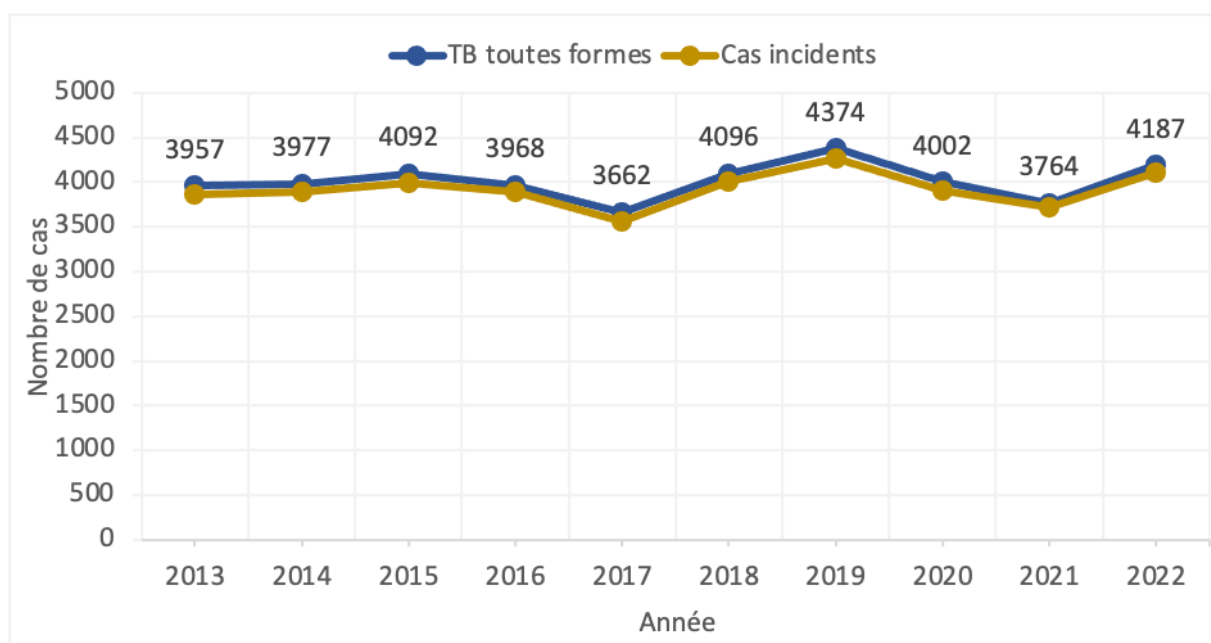


Figure 5 : Evolution des cas incidents et des cas de tuberculose toutes formes confondues de 2013 à 2022

En 2022, sur les 4111 cas incidents de tuberculose notifiés, on dénombre 2 725 hommes contre 1 386 femmes soit un sex-ratio (hommes/femmes) de 2. Les tranches d'âge de 35-44 ans pour les hommes (658 cas) et de 25-34 ans pour les femmes (384 cas) ont enregistré les plus grands nombres de cas de tuberculose (figure 6).

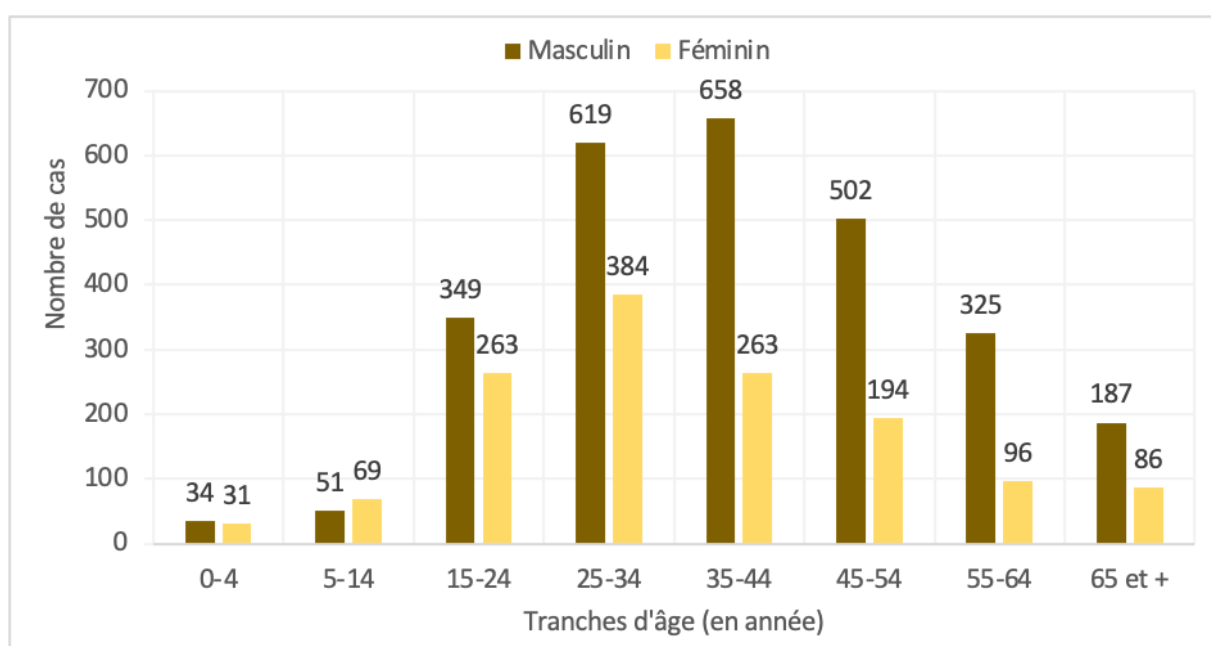


Figure 6 : Répartition des cas incidents de tuberculose selon le sexe et les tranches d'âge en 2022

En outre, le sex-ratio (Homme/Femme) chez les cas incidents reste stable autour de 2 hommes pour une femme dans tous les départements⁶. Chez les deux sexes, le nombre de cas est plus élevé dans la tranche d'âge de 25-44 ans puis il baisse avec les âges extrêmes. La faible proportion des cas notifiés aux extrêmes (enfants, personnes âgées) peut suggérer un probable sous-dépistage par rapport aux chiffres attendus dans ces groupes.

⁶ Rapport annuel PNT année 2022

Le test GeneXpert test moléculaire recommandé par l'OMS pour le diagnostic de toutes formes de TB et qui renseigne sur la sensibilité à la Rifampicine, est réalisé en moyenne chez 65% des cas incidents de tuberculose selon les données du PNT⁷. Le PNT voudrait réaliser plus de test moléculaire en vue d'augmenter le taux de notification des cas

Groupes à risque

Au Bénin, les populations pouvant avoir un accès limité aux services de prévention, de dépistage et de traitement de la tuberculose sont en priorité les populations clés ou groupes à risque : il s'agit des patients déjà traités pour tuberculose, des personnes vivant avec le VIH ou venues pour le dépistage du VIH, les tousseurs chroniques, les fumeurs, les consommateurs de drogue, les malnutris, les personnes portant d'autres maladies chroniques telles que le diabète non équilibré ou l'insuffisance rénale, les personnes prenant un traitement immunosuppresseur ou une corticothérapie au long cours, les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans au contact de cas index diagnostiqués pour la tuberculose, les personnes privées de liberté (prisonniers), les professionnels de la santé, etc. Ils doivent faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre du dépistage.

Personnes privées de liberté : le Bénin dispose de 11 établissements pénitentiaires avec des taux d'occupation variant entre 126 et 497%. La tuberculose en milieu carcéral est un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays surtout les pays en développement, qui regroupent une forte charge tuberculeuse. Au Bénin, en moyenne 65 cas incidents de tuberculose sont notifiés chaque année dans les établissements pénitentiaires avec une progression du nombre de cas incidents sur les cinq (05) dernières années soit 16, 30, 53, 64 et 95 cas de TB notifiés et traités respectivement en 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021.

La tuberculose en milieu carcéral au Bénin est réelle et le dépistage est confronté à plusieurs difficultés. Le PNT envisage poursuivre les actions pour améliorer le dépistage de la TB en milieu carcéral en collaboration avec l'Agence Pénitentiaire du Bénin.

Population clés/ groupes à haut risque (autres que les PPL) : le screening de la tuberculose auprès de la population à risque autres que les personnes privées de liberté (les PvVIH, les diabétiques, les tabagiques, les populations pauvres fréquentant les tradipraticiens) est encore faible. Chaque année, en moyenne 630 cas incidents de tuberculose sont notifiés dont environ 572 cas chez les PvVIH, 41 cas chez les diabétiques, et 18 cas chez les femmes enceintes. Le PNT envisage renforcer la collaboration avec les autres programmes (PNLMNT, PNLH, PSLS, etc.) et l'ANSSP pour améliorer le dépistage parmi les groupes à haut risque.

4.2.2 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

⁷ Rapport de monitoring semestriel année 2022

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 des Soins de Santé Primaires (ANSSP). Ainsi, la vaccination au BCG qui protège contre les formes graves de la tuberculose chez l'enfant (méningite tuberculeuse et miliaire tuberculeuse), est 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.

D'autres mesures de prévention sont préconisées pour éviter la contamination dans la communauté notamment 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, la Thérapie Préventive de la Tuberculose (TPT) est recommandée aux enfants de moins de 5 ans contacts des cas de tuberculose pulmonaire et aux PvVIH. Chez les PvVIH, après la phase pilote de la chimioprophylaxie à l'INH en 2019, la mise à l'échelle de cette stratégie a démarré en 2021 sous le lead du PSLS. Chaque année, en moyenne 50% des PvVIH recevant les ARV éligibles à la TPT reçoivent cette thérapie. Les efforts vont se poursuivre au cours des années à venir et les programmes PSLS et PNT doivent travailler en étroite collaboration pour la mise en œuvre de cette intervention.

❖ Dépistage

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 99% soit 76 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 : (i) le diagnostic chez les personnes qui ont une toux chronique ; (ii) le dépistage systématique des groupes à risque ; (iii) le diagnostic de la tuberculose pharmaco résistante ; (iv) 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 : (i) le traitement de la tuberculose chez les adultes ; (ii) le traitement de la tuberculose pédiatrique ; (iii) la gestion de la co-infection TB/VIH et les autres comorbidités ; (iv) 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 et le taux de succès thérapeutique est de 90% en 2022.

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) ont été évalués en 2018. 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 le bilan 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 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 : (i) l'Etat (dépenses d'investissements publics du Programme et fonctionnement des CDT) ; (ii) le Fonds Mondial (tous les domaines d'interventions du PNT) ; (iii) l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (Revue annuelle du programme et Cours international sur la tuberculose) ; (iv) 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.

4.3 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse au paludisme

4.3.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique du Paludisme

L'incidence du paludisme au niveau national entre 2017 et 2021, est passée de 16,7% à 21,2%, soit une progression de 4,5% avec un pic de 22,9% en 2019.

Le paludisme se transmet de façon stable et continue au Bénin avec une recrudescence durant la deuxième moitié de l'année. D'après les données collectées entre 2017 et 2021, 63% des cas et 64% des décès ont été enregistrés entre les mois de Juillet et Décembre. Il y a des départements à forte endémicité avec de fortes valeurs d'incidence (Atacora, Donga, Borgou, Mono, Zou, Alibori) et des départements d'endémicité moyenne avec une incidence qui reste inférieure à la moyenne nationale.

Le fardeau du paludisme est plus important dans le Nord du pays : Atacora, Alibori, Borgou et Donga. Ces quatre départements qui représentent 34% de la population du pays, ont enregistré 47% des cas de paludisme et 54% des décès entre 2017 et 2021. Ce qui justifie les interventions comme la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) et la CPS spécifiquement mises en œuvre dans le Nord du pays lors de la période 2017-2021.

Les principaux facteurs expliquant l'augmentation de l'incidence sont la complétude du rapportage et l'évolution du taux annuel d'examen parasitologique. Les départements ayant connu les incidences les plus élevées au cours de ces 5 dernières années ont eu les complétudes les plus élevées en termes de rapportage.

La létalité a connu une légère augmentation, passant de 1,4% à 1,6%, avec un pic de 1,96% en 2019. Elle ne semble pas être toujours liée à l'incidence dans toutes les communes. En effet,

certaines communes ayant des incidences moyennes ont une létalité élevée. Par contre, d'autres communes ayant des incidences plutôt élevées ont des létalités faibles.

Les principaux facteurs expliquant l'augmentation de la létalité sont : i) les ruptures de stocks en artésunate, ii) les ruptures de stocks en quinine et iii) la faible disponibilité des produits sanguins labiles en période de pic.

Selon l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2022 au Bénin, la prévalence du paludisme chez les femmes enceintes est estimée à 18,9% avec des variations selon l'âge, le niveau d'instruction, le quintile de bien-être économique, le milieu de résidence et le département.

- Avec l'âge, la prévalence du paludisme chez les femmes enceintes connaît une variation hétérogène : 32,0% chez les femmes adolescentes enceintes âgées de 15 à 19 ans, 9,3% chez leurs homologues de 35 à 39 ans et 16,8% chez les femmes enceintes de 40 à 44 ans ;
- suivant le niveau d'instruction, la prévalence du paludisme est plus élevée chez les femmes enceintes non scolarisées ou ayant un faible niveau d'instruction comparée à leurs consœurs ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus. Cette prévalence est passée de 23,2% chez les femmes enceintes qui avaient le niveau primaire à 9,1% chez celles du niveau d'instruction supérieur ;
- les niveaux élevés de prévalence du paludisme sont observés chez les femmes enceintes des ménages du quintile de bien-être économique plus faible. Ainsi, la prévalence est de 22,1% parmi les femmes dont le ménage est du quintile le plus bas contre 6,4% chez les femmes dont le ménage appartient au quintile élevé ;
- la prévalence du paludisme chez les femmes enceintes est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain : 22,5% contre 13,5% ;
- la prévalence du paludisme varie d'un département à un autre avec des niveaux deux fois plus élevés que le niveau national dans le département de la Donga (35,7%) et un peu moins dans l'Atacora (31%) alors que dans le Littoral la prévalence est de 1,0%.

Selon la même source, trois enfants de 0 à 59 mois sur dix (32,3%) ont été testés positifs. Cette prévalence est variable d'une caractéristique à une autre.

- La prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans augmente avec l'âge. Elle est de 32,0% chez les enfants de moins d'un an contre 37,8% chez leurs aînés de 48 à 59 mois ;
- la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (37,2% contre 25,1%) ;
- au plan géographique, sept départements sur les douze ont enregistré des prévalences supérieures à la moyenne nationale. Il s'agit des départements du Couffo (54,9%), de la Donga (51,20%), de l'Atacora (46,4%), du Borgou (38,7%), des Collines (37,8%), du Plateau (35,5%) et du Zou (33,3%).

L'agent pathogène du paludisme est le *Plasmodium* et l'espèce la plus répandue au Bénin est le *Plasmodium falciparum*. Selon les statistiques usuelles des laboratoires d'analyses biomédicales, le *Plasmodium falciparum* vient en tête (98%) suivi du *Plasmodium malariae*⁸. Le *Plasmodium falciparum* est à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité importante.

⁸ [Directives nationales de prise en charge](#)

D'autres espèces, notamment le *Plasmodium malariae* et le *Plasmodium ovale* sont responsables de 2% des cas de paludisme. Le *Plasmodium vivax* est rare au Bénin. Le *Plasmodium knowlesi*, l'espèce la plus récente découverte en Asie n'a pas encore été identifiée au Bénin.

4.3.2 Synthèse de l'analyse de la riposte au paludisme

Au Bénin, le programme national de lutte contre le paludisme est en charge depuis 1982, de la définition de la politique et des stratégies ainsi que 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. Les directives de cette politique sont mises à jour au besoin. Les principaux axes de la lutte contre le paludisme au Bénin sont décrits comme suit :

- Prévention

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

- **la lutte anti vectorielle (LAV) :** c'est un volet bénéficiant d'un engagement politique important avec l'implication effective des 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 (2017-2018), 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 (maraîchage, pêche, etc.).
 - la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) d'insecticide à effet rémanent (Bendiocarb et Actellic CS) dans des zones éligibles 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. Par défaut de financement, l'extension n'a pu couvrir toutes les zones éligibles à la PID. 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 mise en œuvre de la chimio-

prévention saisonnière du paludisme (CPS) est en cours dans certaines zones sanitaires éligibles du nord. Par défaut de financement, l'extension n'a pu couvrir toutes les zones éligibles à la CPS. Selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (2017-2018), 34% des femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de TPI pour le paludisme au cours des CPN lors de leur dernière grossesse. Le recours aux tisanes surtout celles à base d'artémisia comme mesure préventive par les populations doit être analysé pour en apprécier le potentiel en matière d'induction de résistance.

- 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 PNLP 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'artémether-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 artesunate-amodiaquine est très peu tolérée à cause de ses effets secondaires. Il faudrait donc envisager une combinaison de remplacement en complément de l'artemether-lumefantrine. Pour le paludisme grave, la prise en charge préconise l'artésunate injectable en première intention suivi de l'artémether 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 stratégie communautaire prévue avec la mise en place des relais communautaires et des agents de santé communautaires qualifiés (ASCQ) n'a pu démarrer au cours de cette période.

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 encore mesuré. Au niveau communautaire, 80% des enfants ayant fait la fièvre ont reçu un traitement correct selon l'ancienne stratégie communautaire.

- 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 sanitaires privées. Les données ainsi collectées sont saisies au niveau des formations sanitaires dans l'entrepôt que constitue la base DHIS2. 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 ;
- valider trimestriellement les données au niveau départemental.

4.4 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse aux hépatites virales

4.4.1 Synthèse de l'analyse de la situation épidémiologique des hépatites virales

Au Bénin, la prévalence nationale des hépatites virales n'est pas connue. Elle a été estimée à 9,9% d'après une enquête en 2013 chez les nouveaux donneurs de sang. Des prévalences plus élevées ont été rapportées dans certaines populations : 15,5% chez les femmes enceintes en 2014 à Tanguiéta et 11,7% chez les personnes privées de liberté en 2015 dans quatre principales villes du Bénin. D'après une étude dans la Clinique Universitaire d'Hépatogastroentérologie du Centre National Hospitalier Universitaire - Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, l'hépatite B touchait plus les adultes jeunes (39,7 ans d'âge moyen), volontiers de sexe masculin (sex-ratio=2,5)⁹.

Les dernières statistiques relatives aux hépatites B et C au Bénin sont présentées dans le tableau ci-dessous. Il s'agit des données intra hospitalières. Par ailleurs, il n'existe pas de données de base pouvant permettre de fixer des cibles.

Tableau 2 : Synthèse des indicateurs sur les hépatites B et C de 2020 à 2022

Indicateurs	2020		2021		2022	
	Cible	Résult	Cible	Résult	Cible	Résult

⁹ Aboudou Raïmi Kpossou, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Bénin Hépatite virale B lors d'une campagne de dépistage en population générale au Bénin : séroprévalence et facteurs associés, 2020

Nombre de décès imputables aux complications de l'hépatite B (cancer ou cirrhose du foie)	ND	88	ND	28	ND	ND
Nombre de décès imputables au cancer du foie et à la cirrhose dus à l'hépatite C	ND	9	ND	50	ND	ND
Pourcentage des structures de soins disposant des documents de référence pour la prise en charge des malades d'Hépatite B et C	ND	100%	ND	100%	ND	100%
Proportion de personnes atteintes d'hépatite B éligibles au traitement et mises sous traitement	20%	83,81%	50%	ND	75%	ND
Proportion de personnes atteintes d'hépatite C éligibles au traitement et mises sous traitement	ND	69,89%	50%	68,11%	75%	ND
Taux de suppression de la répllication virale de l'hépatite B	ND	ND	ND	78,75%	ND	ND
Taux de guérison des patients traités pour l'hépatite C	ND	98,46%	ND	ND	ND	ND

4.4.2 Synthèse de l'analyse de la riposte aux hépatites virales

La mise en œuvre de la riposte aux hépatites virales de 2020 à 2022 a révélé les insuffisances suivantes :

- absence de données de base pouvant permettre de fixer les cibles de morbidité et de mortalité ;
- faible remontée des données pour assurer une surveillance épidémiologique suffisante ;
- complétude insuffisante des données dans le DHIS2 ;
- faible communication en direction de la population et des agents de santé ;
- faible dépistage du fait de la non gratuité du test ;
- accessibilité géographique au traitement limitée à quelques sites ;
- accessibilité financière au traitement de l'hépatite B limitée alors que la même molécule est gratuite au niveau du programme VIH ;
- absence de formalisation du cadre de collaboration et d'intégration des interventions avec le PSLS.

V. AUTRES DOMAINES DE RIPOSTE AUX MALADIES

5.1 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 les 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 le recours aux soins de la population ; en témoigne la création d'un Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles (PNPMT) depuis 1996. Ceci a permis l'élaboration de Plans Stratégiques Nationaux de la Médecine Traditionnelle 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).

La pharmacopée et la médecine traditionnelle restent 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. Il existe des textes et règlements en la matière dont la Loi N° 2020-37 du 03 février 2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin, qui reconnaît et autorise la pratique de la Médecine Traditionnelle (MT) et décrit le cadre réglementaire des praticiens de la Médecine Traditionnelle. Les textes d'application de cette loi (décret et arrêté) sont en cours d'élaboration.

Au nombre des acquis du PNPMT, on peut citer l'existence d'une cartographie des acteurs, la présence sur le marché de médicaments des PMT qui bénéficient de l'autorisation de mise sur le marché au plan national (pour le paludisme et les hépatites).

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 maladies prioritaires.

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

5.2 Contribution de la société civile à la riposte aux pathologies prioritaires

Comme déjà indiqué dans le précédent plan, 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. Cette situation a pour conséquence une faible demande en soins et services de santé qui reste influencée par les pesanteurs socio-économiques. Elle est plus prononcée pour les patients et groupes à risques de VIH et Tuberculose, qui souffrent de stigmatisation.

Pour combler le vide, plusieurs OSC interviennent autour des maladies prioritaires que couvre le CNLS-TP. Ainsi, nous avons : des associations de malades, de populations clés, de professionnels, de femmes, de jeunes ; les organisations de tradipraticiens et des confessions religieuses, des prestataires des soins du secteur public et privé, 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 (femmes enceintes en CPN, enfants de moins d'un an dans le cadre du PEV, la prise en charge des cas de paludisme, l'orientation des cas suspects de TB, surtout les enfants, etc.). Les OSC sont aussi bien placées pour renforcer les aspects de droits humains et genre dans la lutte contre les maladies prioritaires. Au niveau de la lutte contre le VIH, il y a déjà une bonne expérience, dont les acteurs de la lutte contre la TB pourraient s'inspirer.

Les OSC 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, un appui aux activités de protection sociale, mais aussi, certaines activités sociales comme le plaidoyer et le lobbying.

Un comité a été mis en place pour procéder à la rédaction des documents de cadrage de la plateforme devant réunir les OSC sur la base d'un processus participatif et inclusif. Un effort de renforcement de capacités se poursuivra dans le PSNIE 2024-2030 pour améliorer leur implication et efficacité dans des activités pertinentes. Cette stratégie permettra aussi de toucher les cibles stigmatisées qui se cachent afin de leur assurer une meilleure accessibilité aux services de prévention et de prise en charge dans un climat de confiance.

5.3 Contribution du secteur privé à la riposte aux pathologies prioritaires

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 1302 établissements sanitaires, le niveau de coordination et de coopération entre le secteur public et le secteur privé pour ces maladies prioritaires, a connu des progrès avec des interventions intéressantes mais reste encore insuffisant. La Plateforme du Secteur Sanitaire Privé (PSSP) est impliquée dans les instances de délibération et de décision du CNLS-TP.

Dans la mise en œuvre du PSNIE 2020-2024, la collaboration entre les services déconcentrés du secteur public et les acteurs du secteur privé a bénéficié de certaines innovations qui sont encore à renforcer. On peut donner en exemple l'intégration progressive des données des formations sanitaires privées dans le système d'information sanitaire unique. En 2021, 742 formations sanitaires privées rapportaient régulièrement leurs données statistiques, dont 19 formations sanitaires confessionnelles, 277 officines et 45 dépôts privés.

L'importance d'une meilleure prise en compte des organisations du secteur privé concerne beaucoup d'éléments du PSNIE : démedicalisation du dépistage du VIH ; accès aux services de dépistage de la tuberculose, du VIH et des hépatites ; distribution des produits de santé ; rapportage des données dans le système sanitaire unique. Les orientations stratégiques de ce PSNIE visent le renforcement de ces activités et le développement de nouvelles innovations pour une meilleure intégration et une meilleure efficacité de l'activité du secteur privé.

5.4 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.

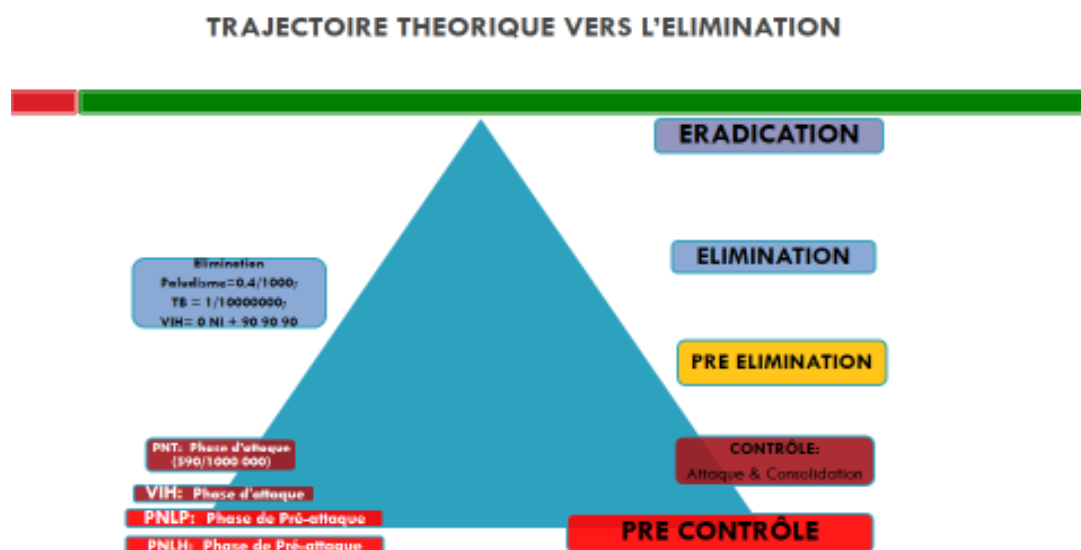
C'est en reconnaissance de l'importance du rôle du monde du travail dans l'endiguement de certaines maladies que le Bénin a opté pour la mise en place des programmes de riposte en milieu de travail. Les PLS-TP pour le secteur public et les Comités d'Entreprise de Lutte contre le Sida (CELS-TP) pour le secteur privé ont mené des activités de lutte contre le VIH. Les membres de certaines de ces instances, avec l'appui de certains PTFs, ont été formés et ont pu mener des activités de sensibilisation pour un 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 rencontrées par ces instances sont :

- l'insuffisance de ressources financières pour certains ;
- 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 ;
- l'absence d'un mécanisme de suivi des activités ;
- la faible appropriation par les travailleurs eux-mêmes de la mission de cette instance ;
- la mise en place incomplète des PLS-TP dans toutes les structures ou ministères sectoriels.

5.5 Etapes vers l'élimination des maladies cibles du PSNIE

Pour parvenir à l'élimination, les étapes à franchir sont décrites dans le schéma ci-dessous :



VI. 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 dernières enquêtes démographiques et de santé, 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 qualifiées¹⁰ 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.

6.1 Analyse des piliers du système de santé au Bénin centrée sur le PSNIE

Le système de santé au Bénin est analysé à travers les piliers ci-après :

Gouvernance et leadership : au cours de ces dernières années, la gouvernance a été renforcée à travers la mise en place de nouveaux organes notamment l'Autorité de Régulation de la Santé, les Conseils Nationaux des Soins de Santé Primaire et de la Médecine Hospitalière, et le renforcement des organes existants notamment l'Inspection Général du Ministère, le comité ministériel de maîtrise des risques, le contrôle ministériel de l'audit interne. Cependant, des insuffisances persistent quant à la coordination efficace dans la lutte contre les maladies prioritaires, du fait de la pluralité des centres de décision autour des programmes (CNLS-TP, INC, DNSP, AGF1, AGF2, LFA). Aussi, les structures ne suivent-elles pas toujours les orientations stratégiques retenues pour les différents domaines d'interventions.

Ressources humaines en santé : le nombre de personnels de santé formés chaque année s'est amélioré. Grâce aux efforts du gouvernement, l'évolution de l'effectif sur les 3 dernières années montre une augmentation régulière et substantielle pour les personnels de santé qualifiés pour l'atteinte des ODD en 2030 mais le nombre recruté reste insuffisant par rapport aux besoins. En 2021, le ratio pour les médecins est de 0,7/10000 hbt, pour les infirmiers de 1,5 pour 5000 hbt, pour les sages femmes de 2,2 pour 5000 femmes en âge de procréer.

En outre, on note une répartition inégale des ressources humaines sur toute l'étendue du territoire national. 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).

Pour le cas spécifique des médecins, l'évolution actuelle de la couverture est lente. Ceci pourrait être dû à la fuite des compétences de santé vers les pays développés. Grâce au recrutement massif en cours dans le secteur et à l'action de mobilisation des ressources à

¹⁰ Au plan national, le nombre moyen de médecins pour 100.000 personnes est de 1,5 en 2017 selon le DHIS2

travers le projet Lives and Livelihoods Funds (LLF) pour la rétention et la valorisation du personnel qualifié au niveau national, cette tendance pourrait être améliorée.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé communautaire a permis de rapprocher l'offre de soins des communautés à travers le recrutement des relais communautaires et des ASCQ.

Infrastructure sanitaire¹¹: le ratio d'équipements en lits des hôpitaux en 2021 est de 2157 personnes/lit. La couverture en centres de santé en 2021 est de 96% (des arrondissements couverts) et la couverture de ces formations sanitaires en incinérateurs fonctionnels est de 54,7% en 2021. Pour renforcer ce dispositif existant, une nouvelle carte sanitaire en cours de mise en œuvre prévoit l'acquisition des moyens roulants et du matériel médico-technique, la réhabilitation de plusieurs centres de santé et la construction des hôpitaux de référence y compris le centre hospitalier international de Calavi.

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 de complétude des données notamment du secteur privé, de rétro-information, d'utilisation et d'accès à l'internet. Toutefois des efforts sont en cours pour palier à ces insuffisances. Il s'agit entre autres de la décentralisation de la saisie des données, de l'équipement en matériel informatique, du renforcement des capacités des utilisateurs aux outils de collecte et de la digitalisation des données au niveau communautaire.

Financement du secteur de la santé: le ratio budget santé sur budget général de l'Etat est de 4,01%¹². 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.

En ce qui concerne le PSNIE, le tableau ci-dessous montre que le Bénin a pu mobiliser environ 53% des besoins globaux du PSNIE entre 2020 et 2021 (sans les épidémies), avec une performance remarquable de 75% pour le programme Tuberculose. Le programme de lutte contre les Hépatites n'a pu mobiliser, sur cette période, que 10% de ses besoins stratégiques.

Tableau 3 : Mobilisation des ressources financières (en milliers de F CFA) par composante

Composantes	Budget 2020-2021	Ressources mobilisées 2020-2021	% Mobilisation
1-Gouvernance : Aspects transversaux et d'intégration	16 308 673	9 351 581	57,34%
2-VIH/SIDA	47 666 595	22 925 934	48,10%
3-TUBERCULOSE	5 350 545	3 997 689	74,72%
4-PALUDISME	43 800 933	25 267 250	57,69%
5-HEPATITES	3 346 549	335 018	10,01%
TOTAL (Sans Maladies à potentiel épidémiques)	116 473 295	61 877 473	53,13%

¹¹ Annuaire des statistiques sanitaires 2021

¹² Annuaire des statistiques sanitaires 2021

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 (SIGL). Ce problème est plus accru au niveau des formations sanitaires. Toutefois, la mise en œuvre des réformes dans le sous-secteur pharmaceutique, la mise en place d'un service de quantification et du suivi des médicaments au niveau de la DNSP et la mise à échelle du e-SIGL contribueront à l'amélioration de la situation.

Prestations de services et de soins : le taux de fréquentation des services de santé publique est de 55,5%¹³ en 2021 contre 47,6% en 2017. Malgré ce progrès, il existe 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.

6.2. Analyse des enjeux de genre et inclusion impactant la santé au Bénin

Au Bénin, des inégalités et disparités entre hommes et femmes, qui tiennent leurs origines du système social basé sur le patriarcat, exposent davantage les femmes aux risques d'infection par le VIH, la tuberculose et le paludisme et diminuent leur accès aux services de santé et rétention dans les soins.

Le profil genre pays du Bénin de la Banque Africaine de Développement de 2021, souligne la conception stéréotypée des rôles des femmes et des hommes dans le pays qui consacre l'hégémonie de l'homme sur la femme et la persistance de pratiques culturelles dégradantes à l'égard des femmes. Malgré le cadre institutionnel et les dispositions légales (constitution, conventions internationales ratifiées, diverses institutions, etc.) qui garantissent à tous et toutes une participation égale au processus démocratique au Bénin, les femmes sont sous-représentées dans les fonctions politiques. De plus, 59,4% des femmes n'ont aucun niveau d'instruction contre 46,3% des hommes ; ce qui peut impacter aussi leur accès à l'information en matière de santé. Par ailleurs, l'on constate que 24,9% des femmes contre 29,9% des hommes ont le niveau primaire, 14,2% des femmes contre 19,9% d'hommes le niveau secondaire et 1,5% des femmes contre 4,1% d'hommes le niveau supérieur.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) au Bénin 2017-2018, six femmes sur dix ont déclaré qu'elles rencontrent au moins un problème pour l'accès aux soins de santé. Les problèmes les plus fréquemment cités sont : l'obtention de l'argent pour se faire soigner (53%) et la distance jusqu'à l'établissement de santé (31%). La nécessité pour les femmes de requérir l'autorisation des hommes (père et/ou époux) pour les décisions importantes concernant leurs vies constitue aussi un frein à leur pleine autonomisation. Seul deux tiers des femmes (67%) participent à la décision pour les visites à leur famille ou parents, 47% participent à la décision des achats importants du ménage et 46% pour leurs propres soins de

¹³ Annuaire statistiques sanitaires 2017

santé. Seulement 36% participent aux trois décisions et 27% ont déclaré ne pas participer à aucune des trois décisions mentionnées ci-dessus. 42% des femmes en union ou en rupture d'union ont subi des violences conjugales (émotionnelles, physiques ou sexuelles) de la part de leur mari/partenaire. Une femme sur 10 a subi des violences sexuelles. Parmi les femmes de 15-49 ans ayant subi des violences physiques ou sexuelles, 35% ont recherché de l'aide et 11% n'ont pas recherché de l'aide, mais elles en ont parlé à quelqu'un. Cependant, 54% des femmes n'ont jamais recherché de l'aide ou n'en ont parlé à quelqu'un. Les femmes ont recherché le plus souvent de l'aide auprès de leur propre famille ou la famille du mari/partenaire. Dans l'ensemble, 32% des femmes et 16% des hommes considèrent que, pour au moins une des cinq raisons citées dans l'enquête, il est justifié qu'un homme batte sa femme/partenaire. Les raisons les plus fréquemment citées par les femmes et les hommes sont : la négligence des enfants, les sorties sans autorisation et les argumentations avec son mari.

Selon l'étude menée par Plan International Benin en Octobre 2022, sur les Violences Basées sur le Genre (VBG) et les violations des droits humains à l'endroit des personnes vivantes avec le VIH (PvVIH), des Professionnels de Sexe (PS), des Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH), et des Consommables de Drogues Injectables (CDI), 69,4% des personnes transgenres sont touchées par au moins une des trois formes de violence (physique, psychologique et/ou sexuelle), suivi des PS (62,3%), des CDI (56,1%) et des HSH (55,9%). De plus, 93,8% des PS ; 88,3% des HSH ; 94,7% des CDI ; et 97% des TG ont connu de la stigmatisation et/ou de la discrimination dans un espace public au cours des 12 derniers mois. Près de 13% des enquêtés (12,8%) soit 191 personnes ont également déclaré avoir évité de recourir, au cours des 12 derniers mois aux services de soins de santé par crainte de stigmatisation et/ou de discrimination. Le taux recours aux structures de prise en charge des survivants(e-s) de VBG ou de violation de droits humains parmi les populations clés reste à améliorer. En cas de besoin, seuls 57,2% des survivants(e-s) ont sollicité une prise en charge médicale, 66,2% une prise en charge psychologique et 33,1% un recours juridique. Les raisons qui expliquent ce faible taux de recours sont principalement l'incertitude que cela aboutisse à un résultat (48,2%), le sentiment d'être intimidé ou effrayé d'entreprendre une action (44,9%) et l'incapacité financière des survivants(e-s) à mener une action (41,0%).

6.3 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 effectives 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

- renforcement des compétences des Ressources humaines en Santé ;

- répartition équitable des Ressources humaines en Santé 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 sanitaire privé et des structures publiques gérées par d'autres ministères sectoriels ;
- renforcement en équipements informatiques ;
- décentralisation de la saisie de données dans l'entrepôt DHIS2 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 à l'échelle du e-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 ;
- mise à disposition de personnels qualifiés pour la gestion des produits de santé.

➤ **Infrastructure**

- réhabilitation de certaines formations sanitaires ;
- construction des hôpitaux de zones dans les zones ne disposant pas d'hôpital de zone ;

- Réhabilitation ou reconstruction des hôpitaux universitaires (CNHU-HKM, CHUZ-Abomey-Calavi, CHU-MEL, CHUD-O, CHUD-Borgou).

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

6.4 Cartographie des parties prenantes du CNLS-TP

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.

La figure 8 représente un schéma du CNLS-TP et de ses principales parties prenantes.

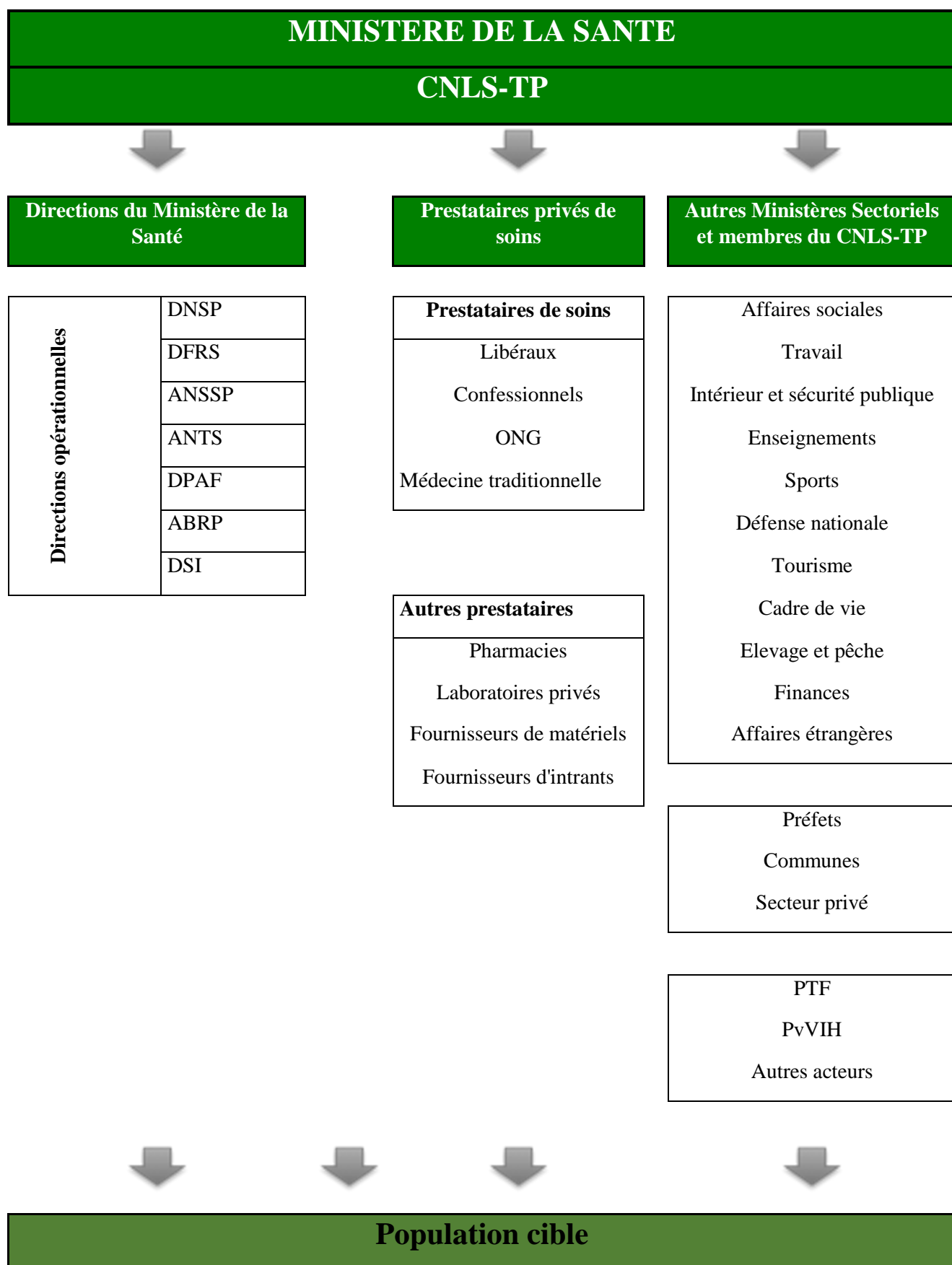


Figure 8 : Cartographie des principales directions et agences opérationnelles du CNLS-TP

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 de lutte contre la Tuberculose (PNT), le Programme National de Lutte contre les Hépatites (PNLH) ;
- l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires (ANSSP) ;
- l'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS) ;
- la Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé (SoBAPS)

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

- la Direction de la Formation et de la Recherche en Santé, dont relèvent les activités de recherche en thérapie traditionnelle (DFRS) ;
- l'Agence Béninoise de la Réglementation Pharmaceutiques avec son action sur l'approvisionnement en médicaments ainsi que les laboratoires d'analyse biomédicale (ABRP) ;
- l'Agence des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance aux responsabilités sur les constructions ainsi que les équipements (AISEM) ;
- la Direction du Système d'Information avec son potentiel technique concernant la mémoire du Ministère de la Santé (DSI) ;
- la Direction de la Planification, de l'Administration et des Finances aux multiples interventions dans la planification et le suivi des activités dans le secteur, mais aussi sa présence dans la gestion du personnel et la chaîne des dépenses publiques (DPAF) ;
- la Direction Générale de la Médecine Hospitalière et des Explorations Diagnostiques (DGMHED).

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.

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

VII. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PSNIE 2024-2030

Les orientations stratégiques du PSNIE 2024-2030 sont centrées sur la personne, avec des approches différenciées tant au niveau de la prévention, de la détection, que des soins.

7.1 Principes directeurs

La mise en œuvre du Plan Stratégique National Intégré pour l'Élimination 2024-2030 (PSNIE) est guidée par les principes directeurs suivants :

1. **les personnes 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 apporteront une contribution remarquable dans les différents domaines et seront impliquées dans le développement des approches pour mieux cibler et inclure les acteurs pertinents pour arriver à une mise en œuvre des services appropriés dans un climat de confiance ;
4. **le genre** : les différences liées au genre en termes de vulnérabilité, d'accès et utilisation des services de prévention, de dépistage et de traitement seront considérées en permanence dans la mise en place, l'exécution, le suivi-évaluation des différentes interventions de ce plan stratégique. Des interventions concrètes pertinentes ciblant les causes profondes de l'inégalité de genre en matière de santé, notamment les normes sociales et les déséquilibres de pouvoir entre les femmes, les hommes, les filles, les garçons dans toute leur diversité sont inclus dans les orientations ;
5. **la promotion des droits humains** : les personnes affectées ou à risque des maladies prioritaires (surtout VIH/IST et tuberculose) sont souvent discriminées ou stigmatisées. Les différentes interventions prévues au cadre stratégique 2024-2030 seront exécutées dans la vision de garantir les droits humains à chaque citoyen.ne et d'assurer un accès équitable à tous ;
6. **l'efficience et l'efficacité de la riposte (gestion axée sur les résultats)** : la gestion efficiente de la riposte aux pathologies cibles 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. Il s'agira de mener 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 ;
7. **la gouvernance, la coordination et la pérennité des 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. Cette gouvernance

inclusive jette les bases pour une appropriation partagée de tous les acteurs, et par conséquent, une pérennité des résultats atteints ;

8. **la couverture universelle en prévention, soins et services de santé de qualité** : elle 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'innovation et l'évaluation** : les interventions et stratégies de soins sont soumises à une évaluation conjointe. Dans le cadre du PSNIE 2020-2024 et sur la base de sa revue à mi-parcours, les innovations pertinentes ont été ajoutées aux stratégies existantes et porteuses.

7.2 Alignement du PSNIE

Le Bénin a renouvelé des stratégies ambitieuses pour sa politique de développement déclinées dans le Programme d'Action du Gouvernement 2021-2026 (PAG) qui constitue le référentiel de sa politique économique et sociale. Aussi, le PSNIE 2024-2030 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 2030 « le Bénin renforce sa 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 ».

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 sept piliers du système de santé définis par l'OMS qui donnent un cadre facilitant 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 au niveau du 13ème programme de travail, 2019-2023 « Promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale, servir les populations vulnérables »;
- la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA 2021-2026 « Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida » (ONUSIDA) ;
- Les « Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 » (OMS) ;
- la Stratégie « En finir avec la TB » (OMS) et le plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023 - 2030 ;
- la « Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030, édition 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 » concernant l'alignement, l'harmonisation et la pérennisation de l'aide du renforcement du système de santé, mais aussi des programmes verticaux ;

- la stratégie du Fonds Mondial 2023-2030 comme celle de GAVI 2021-2025 qui incluent toutes le renforcement du système de santé et la liaison entre programmes et système de santé.

Le PSNIE s'aligne également sur les textes et documents nationaux tels que :

- **la Constitution du 11 décembre 1990, révisé par la loi n° 2019-40 du 7 novembre 2019** : 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** : 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 ;
- **le Plan National de Développement (PND) 2018-2025** : c'est le document d'opérationnalisation du Bénin Alafia 2025. En adoptant les orientations stratégiques de développement (OSD), 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 à 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 ;
- **la Politique Nationale de Santé (PNS 2018-2030)** : elle donne les grandes orientations stratégiques spécifiques au secteur santé ;
- **le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2018-2023)**, est en révision. Le PSNIE est étroitement en lien avec certaines de ses orientations stratégiques, 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 d'action national du genre lié au VIH au Bénin 2023-2027** : les orientations stratégiques dérivent de celles du PSNIE 2020-2024 avec la spécificité de la prise en compte du genre.
- **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 ;
- **le rapport de l'évaluation du système national de protection sociale sensible au VIH au Bénin** qui a permis d'appréhender la sensibilité des différents programmes et stratégies de protection sociale au VIH et de faire des recommandations pour leur meilleure intégration.

7.3 Vision, objectifs et résultats d'impact du PSNIE

7.3.1 Vision

A l'horizon 2030, « le Bénin renforce sa plateforme de gouvernance intégrée et performante de la riposte nationale aux maladies prioritaires qui tient compte des enjeux d'égalité de genre et droits humains et assure la synergie et l'efficacité dans la lutte contre ces maladies ».

7.3.2 Objectifs

Objectif global

Contribuer à l'élimination du VIH, de la tuberculose, du paludisme, des hépatites, des IST et des épidémies à l'horizon 2030, de manière spécifique, par composante, en fonction des cibles déjà atteintes et en tenant compte des enjeux de genre et droits humains.

Objectifs spécifiques

- réduire de 100% les actuels écarts des nouvelles infections liées aux pathologies cibles d'ici 2030 ;
- réduire de 100% les actuels écarts de la mortalité et de la morbidité liées aux pathologies cibles d'ici 2030 ;
- renforcer la gouvernance intégrée de la riposte nationale aux pathologies cibles ;
- réduire les obstacles liés aux droits humains et au genre entravant l'accès des populations clés et vulnérables aux services de prévention et de prise en charge des pathologies cibles.

7.3.3 Résultats d'impact global attendus du PSNIE

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

- les écarts des nouvelles infections liées aux pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites et IST sont réduits de 100% d'ici 2030 ;
- les écarts de la mortalité et la morbidité liées aux pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites et IST, sont réduits de 100% d'ici 2030 ;
- la gouvernance de la riposte nationale aux maladies prioritaires est performante avec une mise en œuvre renforcée des stratégies transversales de l'approche intégrée du PSNIE ;
- le Bénin a intégré à tous les niveaux de la riposte nationale aux pathologies prioritaires, la réduction des barrières de genre et violations de droits humains.

7.4 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'efficience 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 personnes affectées que visent les différentes interventions.

Au niveau de la conception des programmes, l'approche différenciée de développement de la riposte intégrée permet d'identifier les fonctions communes (aspects transversaux) dont la mise en commun facilite la gestion de l'ensemble des programmes au niveau 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 personnes affectées soient prises en compte par les programmes dans la spécificité de leurs besoins et dans sa globalité. Ainsi, dans la mesure du possible, toute personne devrait bénéficier de l'ensemble des prestations disponibles dont elle a besoin sans être obligée de parcourir plusieurs services à la fois. Une telle approche facilite la vie du patient et lui réduit les contraintes.

7.5 Stratégies pertinentes et novatrices, y compris des aspects intégrés de la lutte contre les maladies cibles du CNLS-TP retenues pour le PSNIE

7.5.1 VIH/Sida et IST

Egalité de genre et Droits humains : éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès et l'utilisation des services

- Intégrer l'éducation aux droits humains (y compris aux droits des patients et des personnes vivant avec un handicap), à l'égalité de genre, aux masculinités positives, à la prévention des VBG, aux Droits de la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR), à la diversité sexuelle et de genre aux programmes visant les populations clés et vulnérables, notamment aux activités de sensibilisation communautaire et d'éducation par les pairs concernant la prévention et le traitement du VIH ;
- former le personnel de santé sur l'égalité de genre, la diversité sexuelle et de genre, les soins sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent-e-s et jeunes, les droits humains, la non-discrimination, le devoir de soigner, le consentement éclairé, la

confidentialité, la prévention de la violence, la prise en charge des survivant-e-s et renforcer les mécanismes de supervision et la responsabilisation sur ces aspects ;

- sensibiliser les Officiers de Police Judiciaire, les greffiers, les juges, les procureurs et tout agent chargé de l'application des lois sur les questions de droits humains, stigmatisation et discrimination liées à la lutte contre le VIH/sida au Bénin ;
- élaborer et diffuser des communications accessibles et inclusives sur les droits humains, comme une charte des droits des patients et d'autres garanties constitutionnelles et législatives des droits ;
- au niveau communautaire, organiser des formations « connaître ses droits », des événements, des dialogues et d'autres activités d'autonomisation juridique pour les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables ;
- élaborer et diffuser des supports de communication sur les droits liés au VIH et à la tuberculose, avec des messages sur l'égalité de genre, les masculinités positives, les droits humains, le rejet catégorique des VBG, le respect de la diversité, les espaces exempts d'exclusion et de discrimination, et la prise de décision autonome pour les femmes et les adolescentes notamment par le biais des médias traditionnels et sociaux ;
- renforcer les capacités des hommes et femmes des médias sur la thématique du VIH, des minorités sexuelles, le traitement de l'information relative aux VBG et violations de droits humains et la remise en question des normes et rôles stéréotypés de genre ;
- développer, former et soutenir des groupes d'éducateurs/trices communautaires et d'éducateurs/trices pour les pairs en matière de droits humains et de promotion de l'égalité de genre ;
- former et mobiliser les responsables traditionnels, religieux et communautaires en faveur de l'égalité du genre, de la lutte contre les VBG, des droits humains liés au VIH et la coïnfection TB/VIH ;
- engager des hommes et adolescents dans des groupes de discussions pour faire évoluer les mentalités vers des modèles de masculinité positive et responsable de sorte à accroître l'utilisation du préservatif, diminuer les violences sexuelles, accroître le respect des droits des femmes et populations clés et accroître le taux de dépistage chez les hommes ;
- améliorer et mettre à l'échelle la prise en charge et l'accompagnement médical, juridique et psychologique pour les survivant-e-s de violence basée sur le genre et de violations des droits humains ;
- former les populations clés et vulnérables y compris les adolescentes et les jeunes femmes au renforcement de l'estime de soi, de l'assertivité, de la prise de décision, de la communication, de la compréhension de l'égalité de genre et des droits, la capacité de leadership ;
- renforcer les moyens de subsistance et l'autonomisation économique des populations clés, PvVIH, adolescentes et jeunes filles les plus démunies à risque de contracter le VIH ;
- favoriser les dialogues intergénérationnels qui se concentrent sur la transformation des normes sociales et sexistes négatives tout en construisant de nouvelles normes positives, (remettre en question les mythes et les tabous liés au VIH, aux relations intimes, à l'identité de genre et à la sexualité, la violence basée sur le genre, normaliser les discussions sur le sexe, la contraception).

Prévention primaire du VIH

- poursuivre la distribution de préservatifs masculins et féminins et de lubrifiants à toutes les populations clés et l'efforts de modernisation et d'élargissement des programmes liés aux préservatifs, tels que la création de la demande en préservatifs et le renforcement des systèmes d'approvisionnement jusqu'au dernier kilomètre ;
- mettre à échelle la prophylaxie préexposition pour toutes les personnes fortement exposées au risque d'infection à VIH, et la prophylaxie post exposition est disponible pour les personnes admissibles ;
- poursuivre les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et mettre en œuvre le traitement de substitution aux opiacés, prévention et intervention liées aux surdoses (y compris la fourniture de naloxone et la formation à son utilisation), et dépistage, prévention, diagnostic et traitement du virus de l'hépatite C ;
- offrir des conseils et du soutien de manière sensible au genre, inclusive et adaptés aux besoins des jeunes sur la prévention du VIH, la santé sexuelle et génésique et les droits, la planification familiale, en particulier aux adolescentes et jeunes femmes et à leurs partenaires en promouvant des masculinités positives, la responsabilité masculine et leur propre prise en charge en matière de DSSR et la reconnaissance de l'autonomie des femmes et filles ;
- appuyer des campagnes ciblées sensibles au genre, adaptées aux jeunes et inclusives de prévention du VIH et la mise en œuvre accélérée de l'éducation à la sexualité pour les adolescents, les adolescentes et les jeunes femmes et à leurs partenaires à l'école et en dehors de l'école en utilisant une approche qui favorise la compréhension du genre, y compris les diverses orientations sexuelles et identités de genre ;
- appuyer des campagnes ciblées sensibles au genre et inclusives de prévention du VIH à l'endroit des personnes Transgenres (affiliation aux réseaux et association).

Dépistage et diagnostic du VIH

- mettre en place des stratégies de dépistage du VIH s'appuyant sur des examens fréquents et courants des données de dépistage (couverture du dépistage, volume et positivité) afin de repérer les déficits de couverture par zone géographique, tranche d'âge, sexe ou genre, handicap et site de prestation des services ;
- mettre en place une combinaison stratégique de services différenciés de dépistage du VIH qui comprend le dépistage en établissement, le dépistage communautaire, l'autodépistage à domicile, ainsi que le dépistage fondé sur les réseaux sociaux et le dépistage éthique et sécurisé des cas index (partenaires) et mettant l'accent sur la cible des pêcheurs et transgenres ;
- mettre à échelle l'autodépistage à domicile du VIH ;
- améliorer le diagnostic précoce des nourrissons pour les enfants exposés au VIH et établissement de passerelles vers les soins ;
- recourir aux interventions virtuelles, y compris aux plateformes téléphoniques et en ligne pour joindre les clients et les faire participer au dépistage du VIH (notamment l'autoévaluation du risque préalable au dépistage) ;
- accroître la délégation des tâches : les travailleurs non professionnels et les pairs peuvent effectuer le dépistage du VIH en toute sécurité et sont donc importants pour accroître l'accès au dépistage du virus, en particulier au sein des populations clés et vulnérables.

Élimination de la transmission verticale

- maintenir et renforcer le niveau de dépistage, de mise sous ARV et de suivi des femmes enceintes en CPN ;
- initier des interventions comprenant des services de soutien liés à l'observance en établissement de santé par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires et de services de soutien dirigés par la communauté, comme le soutien par les pairs et les efforts d'éducation aux traitements pour assurer la continuité du traitement et le maintien sous traitement du couple mère-enfant tout au long de la période d'allaitement maternel ;
- améliorer le diagnostic précoce des nourrissons et dépistage de suivi du VIH chez les nourrissons pendant la période d'allaitement maternel, et la liaison avec la prise en charge pédiatrique du VIH.

Traitement et soins du VIH (traitement antirétroviral, continuité du traitement et protection de la santé) et services différenciés

- initiation rapide du traitement antirétroviral (dans les sept jours suivant le diagnostic) pour toutes les populations, y compris les enfants, après réception d'un diagnostic d'infection à VIH et une évaluation clinique, le jour même si les personnes sont prêtes à commencer ;
- poursuivre l'utilisation de traitements antirétroviraux optimaux ;
- améliorer l'accès à la mesure de la charge virale, dans les établissements de santé et dans les contextes communautaires, dans le cadre de plans généraux d'intégration et d'optimisation des systèmes de laboratoire. Ici il faut accorder la priorité à l'utilisation optimale de plateformes multimaladies comme le GeneXpert et d'appareils polyvalents pour effectuer le test de mesure de la charge virale du VIH. Mettre en place des systèmes pour la transmission des résultats en temps opportun et les utiliser à des fins de prise en charge clinique ;
- mettre en place des systèmes de soutien qui repèrent les personnes perdues de vue et les aident à rétablir la liaison et à reprendre les soins rapidement, y compris les personnes emprisonnées ou libérées de prison et d'autres lieux de privation de liberté ;
- interventions intégrées de diagnostic et de traitement visant à préserver la santé des PvVIH par le diagnostic et le traitement d'un sous-ensemble de co-infections et de comorbidités, notamment les IST, le cancer du col de l'utérus, l'hépatite virale (virus de l'hépatite B et C) et le virus du papillome humain (VPH) ;
- mettre en place le programme de distribution communautaire des ARV et les services de soutien/suivi dirigés par la communauté ;
- mettre à échelle, pour les patients sous traitement antirétroviral, la dispensation multi-mois d'antirétroviraux (trois à six mois).

Tuberculose et VIH

- traitement préventif au cotrimoxazole et traitement de la tuberculose pour les PvVIH porteuses de la tuberculose évolutive.
- dépistage systématique de la tuberculose chez les PvVIH chaque fois qu'elles reçoivent des services de santé (en établissement ou en contexte communautaire), intégrés dans des modèles de prestation de services différenciés.
- traitement préventif de la tuberculose pour toutes les PvVIH éligibles.

Investir dans les données pour maximiser l'impact

- estimations de la taille des populations clés et des sous-groupes d'adolescentes et de jeunes femmes et de leurs partenaires sexuels masculins à risque accru d'infection à VIH ;
- réalisation d'étude avec focus sur la prévalence du VIH et les obstacles d'accès et d'utilisation des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH aux personnes vivant avec un handicap et élaboration d'un plan d'action sur la base des recommandations ;
- réalisation d'enquêtes biocomportementales ;
- ventilation des données par genre âge et handicap ;
- mise en place de Systèmes de données sécurisés à l'appui du suivi centré sur la personne et du suivi des cas de VIH ;
- suivi des résultats des programmes de prévention du VIH ;
- ventilation de données qualitatives sur les facteurs sociaux influant sur la vulnérabilité au VIH et l'accès aux services.

7.5.2 Tuberculose

L'analyse des données épidémiologiques de la TB au Bénin et l'organisation de la riposte nationale, pour son élimination prévue pour 2030-2035 selon l'OMS 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.

En matière de prévention il faut prioriser

- la vaccination pour les enfants à travers l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires (ANSSP). Ainsi, la vaccination au BCG est la toute première administrée au nouveau – né dans le cadre de la prévention de la tuberculose infantile ;
- la lutte contre la malnutrition (autosuffisance alimentaire, éducation des mères sur les bonnes pratiques et l'hygiène alimentaire) ;
- l'investigation systématique des sujets contacts d'un cas diagnostiqué TPB+ (Suivi rapproché des cas contacts asymptomatiques) ;
- l'amélioration du cadre de vie c'est-à-dire l'option politico sociale pour une véritable urbanisation et la lutte contre la pauvreté ;
- l'inscription de la tuberculose dans les programmes d'éducation à la santé.

En matière de détection

L'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 :

- une bonne couverture en Xpert dans des CDT fonctionnels et performants ;
- la création des CDT dans les localités n'en disposant pas ;
- l'application effective du dispositif de la lutte contre la TB en santé communautaire au niveau nationale (identification et référence des cas suspects vers les CDT et le transport des crachats là où cela est utile par les RC et ASCQ);

- la participation aux campagnes de dépistage intégrées multi maladie (recherche des tumeurs chroniques) ;
- la lutte multisectorielle (cadre de concertation impliquant tous les acteurs : ministère du cadre de vie, du travail, du plan, société civile).

En matière de prise en charge

- la disponibilité en médicaments de première ligne et de deuxième ligne sans rupture de stock ;
- 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 ;
- la décentralisation progressive de la PEC des cas de multi résistance aux antituberculeux et surveillance.

En matière de soutien

- la 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, de dédramatiser la maladie, d'améliorer le taux de succès thérapeutique et de réduire la mortalité ;
- la prise en charge des autres co-morbidités et les soins palliatifs chez les tuberculeux en phase avancée ou terminale ;
- l'appui alimentaire aux malades tuberculeux au cours de leur traitement ;
- l'innovation des stratégies de lutte contre les violations des droits humains et l'exploitations sexuelles en tuberculose. Elle renforce la lutte contre la stigmatisation, le droit des femmes et des hommes malades de la TB.

En matière de suivi-évaluation

- intégration de la tuberculose dans le système DHIS2 en tenant compte de la périodicité de collecte des données sur la tuberculose ;
- migration vers la saisie des données individuelles des patients tuberculeux dans le DHIS2.

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 et salaire du personnel) ;
- le Fonds mondial (pour tous les domaines d'interventions du PNT);
- l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (dans le cadre de la revue annuelle du programme et le Cours international sur la tuberculose);
- l'OMS (à travers les 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

7.5.3 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 est l'élimination.

En matière de prévention

Il faut :

- l'intégration d'un mécanisme d'amélioration continue du cadre de vie, de l'hygiène et de l'assainissement de base (par la police environnementale et les relais communautaires). Cette stratégie nécessite de :
 - o 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 ;
 - o 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 aux 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.

- la 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 qui seront affectés aux ménages en vue d'une couverture universelle. Poursuivre également la distribution lors des CPN, à la vaccination et dans les écoles.
- la poursuite et l'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.

- la définition et la 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 ;
- la 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.

- l'introduction dans les écoles de formation des agents de santé d'un module sur l'organisation de la lutte contre le paludisme ;
- l'introduction et la mise à échelle de la vaccination contre le paludisme des enfants de moins de 5 ans.

En matière de chimio-prévention

Il est proposé :

- la poursuite de la chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants dans les zones éligibles ;
- la 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 ;
- la promotion du TPI communautaire en responsabilisant les agents de santé communautaires ;
- la réalisation d'une étude d'efficacité du TPI.

En matière de diagnostic

Il est préconisé :

- la recherche active des cas par les relais communautaires ;
- la 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.

En matière de traitement

- l'introduction d'une nouvelle combinaison à base de dérivés d'artémisinine pour suppléer à l'Arthémeter Luméfantrine pour éviter la résistance aux anti-paludiques.

En matière de surveillance épidémiologique du paludisme

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

7.5.4 Hépatites

Amélioration de la surveillance épidémiologique des Hépatites Virales

- améliorer la transmission des données liées aux Hépatites Virales à travers le DHIS2, notamment la collecte des données issues du secteur privé ;
- mettre en place un système de contrôle de qualité des données ;
- mettre en place un dispositif de suivi des cas de cirrhose et de cancer du foie ;
- réaliser des études bio-comportementales auprès des populations clés et vulnérables (PS/HS/CDI) afin de fournir l'évidence sur la prévalence de l'HVC au sein de ces groupes spécifiques cibles ;

Renforcement de la prévention de la transmission du virus des Hépatites Virales dans la population générale et à risque.

- renforcer les moyens de prévention des HVB/ HVC en milieu de soins et lors des actes à risque (piqûre, effraction cutanée ou muqueuse) ;
 - renforcer les mesures de lutte contre les infections en milieu d'hémodialyse ;
 - améliorer les capacités des prestataires de soins dans le domaine de la prévention et la prise en charge des AES ;
 - renforcer les procédures de stérilisation du matériel médical et les bonnes pratiques pour la gestion des déchets médicaux, la sécurité des actes et des injections et le contrôle des infections nosocomiales ;
 - encourager l'utilisation des seringues autobloquantes en milieu de soins ;
 - renforcer les compétences du personnel médical et paramédical sur les règles d'hygiène hospitalière et la prévention de la transmission des HVB/HVC en milieu de soins ;
- renforcer les mesures de réduction de la transmission du VHB/VHC chez les CDI ;
- renforcer la couverture vaccinale pour le VHB et élargir la vaccination à d'autres populations cibles.
 - maintenir et améliorer la couverture vaccinale des nouveau-nés dans les 24 heures suivant la naissance, dans le cadre de la feuille de route nationale pour la triple élimination du VIH, de la syphilis et de l'Hépatite Virale B ;
 - procéder à la vaccination des groupes à risque (UDIs, professionnels du sexe, population carcérale) contre le VHB ;
 - institutionnaliser la vaccination des professionnels de santé et lancer des campagnes de vaccination du personnel médical et para-médical.
- initier et renforcer l'information et la communication autour des hépatites virales (moyens de prévention et de prise en charge).
 - élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de communication autour des hépatites virales (HVA/HVE, HVB/HVC/HVD) ;
 - célébrer et faire connaître la journée mondiale des hépatites virales ;

- impliquer les ONG thématiques et non thématiques dans le processus de sensibilisation et de communication ;
- intégrer les HVB/HVC dans les interventions de prévention combinée chez les populations exposées au risque du VIH.

Amélioration de l'accès au dépistage des HVB/HVC chez les populations à risque et renforcement du diagnostic de l'infection chronique à l'HVB/HVC

- élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de dépistage des HVB/HVC par :
 - intégration du dépistage des HVB/HVC au sein du dispositif dédié au VIH ;
 - formation du personnel médical et paramédical impliqué dans le dépistage des HVB/HVC ;
 - implication des ONG thématiques et le secteur privé dans la stratégie de dépistage des HVB/HVC ;
- renforcer les capacités des laboratoires en matière de bilan biologique standard (pré thérapeutique et de suivi sous traitement) et la sérologie du VHB ;
- élaborer et mettre en œuvre le plan de communication sur le programme de dépistage et de la prise en charge des HVB/HVC ;
- améliorer l'accès aux examens de biologie moléculaire pour le diagnostic des HVB/HVC chronique et les éléments de diagnostic de la fibrose hépatique.

Amélioration de la qualité de la prise en charge et l'accès aux soins des HVB/HVC.

Dans ce cadre, il faut :

- optimiser les pratiques médicales dans la prise en charge des HVB/HVC et standardiser le protocole thérapeutique à travers :
 - le renforcement des compétences des médecins référents (gastro-entérologues et/ou infectiologues) sur les moyens de prévention, de diagnostic, et de prise en charge des HVB/HVC au niveau des centres référents ;
 - la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique des patients impliquant entre autres les médecins généralistes ;
- améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'HVB/ HVC chronique.

Renforcement des mécanismes de coordination et de gouvernance à l'échelle nationale et départementale

- établir des synergies et des liens de coordination entre les services de prévention, de dépistage et de prise en charge afin d'améliorer l'accès aux traitements et aux autres services de soutien ;
- établir des synergies et des liens de coordination avec les centres de prise en charge des hépatites virales et les services de prévention des IST/SIDA, centres d'addictologie, centres d'hémodialyse, locaux des ONGs, centres de transfusion sanguine, établissements pénitentiaires, services de santé sexuelle et reproductive, service de santé maternelle et infantile, services de prise en charge du cancer ;

- organiser des sessions de supervision décentralisée de la mise en œuvre des activités du PSNIE ;
- fournir des moyens financiers viables et pérennes pour les besoins de la riposte nationale aux hépatites virales.

7.6 Stratégies des aspects transversaux de la lutte contre les maladies cibles du CNLS-TP

En se basant sur la mise en œuvre du PSNIE 2020-2024 avec un début d'intégration des aspects transversaux, les différentes parties prenantes s'emploieront à renforcer les résultats déjà obtenus à travers une meilleure intégration de :

- la santé communautaire ;
- l'égalité de genre, les droits humains, les discriminations et la stigmatisation ;
- l'information sanitaire et la recherche ;
- la gestion de l'approvisionnement et la logistique ;
- les innovations au niveau de la prestation y compris la protection sociale.

Ainsi les actions à mener adresseront les domaines ci-après :

7.6.1 Gouvernance, leadership et multisectorialité

- améliorer la fonctionnalité des organes de coordination de la riposte aux niveaux national, départemental et communal ;
- renforcer la coordination des interventions des Programmes Sectoriels de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies (PLS-TP) ;
- renforcer la collaboration intersectorielle dans la lutte contre les maladies ;
- renforcer les capacités des organes de coordination et acteurs de mise en œuvre de la riposte à tous les niveaux sur les méthodes de collecte de données, d'analyse, de planification, de budgétisation et de production de rapport avec une perspective de genre ;
- renforcer la coopération bilatérale, multilatérale et internationale ;
- développer des outils d'aide (tableaux de bords, note de synthèse) à la prise de décision stratégique, fondée sur des données fiables tenant compte de la perspective de genre et produites en temps réel ;
- systématiser les engagements en faveur de l'égalité des genres et de la protection contre l'exploitation, la violence, les atteintes et le harcèlement sexuels dans les politiques et processus internes et la programmation ;
- renforcer la coordination de l'intégration des questions d'égalité de genre et droits humains dans la réponse nationale aux maladies cibles à tous les niveaux ;
- améliorer la fonctionnalité des cadres de concertation avec le secteur privé et les organisations de la société civile intervenants dans la santé (les représentants des personnes affectées et les personnes à risque) ;
- améliorer la collaboration entre les programmes ;
- renforcer les capacités des organisations communautaires pour la bonne gouvernance et une meilleure dynamique communautaire ;
- mettre en place un mécanisme de retour d'informations aux populations bénéficiaires des différents programmes ;

- mettre en place un mécanisme de sécurisation des ressources (financières, matérielles, humaines, informationnelles...) à travers le renforcement du contrôle citoyen ;
- améliorer les capacités des organisations communautaires pour influencer l'élaboration de politiques et le suivi des questions portant sur le VIH, le Droit de la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR), les VBG et les droits des femmes et l'égalité de genre.

7.6.2 Financement

- mettre en place un mécanisme pour l'augmentation et la pérennisation du financement de l'Etat dans la lutte contre les maladies prioritaires ;
- faire des plaidoyers pour la contribution du secteur privé au financement de la lutte contre les maladies prioritaires ;
- faire des plaidoyers pour la contribution des collectivités locales au financement de la lutte contre les maladies prioritaires ;
- renforcer le plan de transition et de durabilité des financements ;
- analyser l'efficacité des interventions au sein des programmes ;
- rationaliser la répartition des ressources dans la planification des interventions ;
- renforcer la mobilisation des ressources externes complémentaires pour appuyer le PSNIE.

7.6.3 Ressources humaines pour la santé

- développer les capacités humaines et expertise des Programmes pour l'intégration des questions d'égalité de genre dans la réponse nationale aux maladies cibles ;
- renforcer les structures sanitaires en ressources humaines qualifiées, suffisantes, déployées selon les besoins et bien formées en veillant à favoriser la parité et l'égalité des chances en matière de participation, de formation et de leadership pour les femmes et prenant des mesures pour lutter contre le harcèlement sexuel et la violence sur le lieu de travail ;
- identifier des points focaux genre à tous les niveaux du système de santé, outillés pour s'assurer de la prise en compte de l'égalité des genres et de la convivialité envers les adolescents/jeunes ;
- développer des mécanismes de fidélisation des agents aux postes impliquant la communauté.

7.6.4 Produits de santé et équipements

- mettre à l'échelle le système électronique unique intégré (e-SIGL) pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux du système de santé ;
- faire l'étude de faisabilité pour l'intégration ou l'interopérabilité des données du secteur privé dans le e-SIGL ;
- renforcer le panier commun pour les achats, la gestion des stocks et la distribution des produits de santé ;
- améliorer l'accès aux médicaments et autres produits de santé de qualité (moustiquaires, préservatifs, intrants de laboratoires et de transfusion) à tous les niveaux et pour tous les groupes spécifiques (population clé, personnes vulnérables, etc.) ;
- développer un système de maintenance intégré du matériel pour tous les programmes ;
- renforcer les capacités des techniciens de l'AISEM assorti de leur certification sur la maintenance des équipements en collaboration avec les programmes.

7.6.5 Prestations de services

- renforcer les interventions intégrées pour la santé sexuelle et reproductive des jeunes, en milieu scolaire et non scolaire ;
- faciliter la mise en œuvre du PSNIE par les niveaux stratégiques et opérationnels des ministères autre que celui de la santé par leurs structures de prestation de service (sanitaire, psychosocial, etc...) ;
- contrôler la qualité des soins impliquant la communauté et le suivi des résistances aux médicaments ;
- améliorer la qualité de la prise en charge et du suivi des patients dans les structures publiques, privées ou communautaires, en respectant les droits humains, en tenant compte des besoins sexospécifiques et en assurant la convivialité aux jeunes et adolescent-e-s ;
- assurer la transfusion sanguine sécurisée (disponibilité, acceptabilité, qualité, sécurité) ;
- assurer une bonne disponibilité de l'oxygénothérapie ;
- renforcer l'approche communautaire avec comme point d'entrée les ménages ;
- renforcer la promotion de la médecine traditionnelle ;
- appuyer la mise en œuvre du plan de renforcement du système des laboratoires ;
- renforcer les laboratoires des formations sanitaires pour le suivi et la prise en charge intégrée du VIH/Sida, de la Tuberculose, du Paludisme, des Hépatites, des IST et des Epidémies ;
- renforcer la gestion psychosociale liée au VIH/SIDA, à la Tuberculose, au paludisme, aux hépatites, aux IST et aux épidémies ;
- développer et utiliser des outils/stratégies innovants de prévention, de diagnostic et de traitement des cas des maladies prioritaires en communauté.

7.6.6 Système d'information, suivi-évaluation et recherche

- renforcer et mettre à échelle le système d'information unique pour tous les acteurs des services public, privé et communautaire ;
- former les acteurs impliqués dans le Suivi-Evaluation et la révision des outils pour générer des preuves solides d'élimination des obstacles fondés sur le genre, la collecte et le suivi des données désagrégées par sexe, âge, handicap et toute autre ventilation pertinente ;
- réaliser l'interopérabilité des sous-systèmes avec le DHIS2 ;
- élaborer 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) ;
- renforcer le 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 ;
- renforcer la diffusion et l'utilisation de l'information stratégique sur la riposte nationale pour le processus de planification, de gestion et de prise de décisions ;
- renforcer la recherche en médecine traditionnelle ;
- introduire dans le dispositif de suivi-évaluation, le mécanisme de suivi piloté par la communauté (CLM : Community-led Monitoring).

7.6.7 Infrastructures

De manière spécifique les actions de ce pilier seront développées dans le PNDS et mises en œuvre par le ministère de la santé.

7.6.8 Genre et droits humains

- renforcer et mettre en œuvre le dispositif juridique et de réglementation nationale pour protéger les personnes malades et les populations vulnérables ;
- réduire la stigmatisation, l'exclusion et la discrimination y compris en milieu institutionnel et de soins ;
- développer de nouvelles stratégies de lutte contre les violations des droits humains et violences basées sur le genre, l'exploitation, et le harcèlement sexuels ;
- renforcer la prise en compte du genre dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies ;
- renforcer la protection contre l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels.

VIII. CADRE DE RÉSULTATS DU PSNIE 2024-2030

En s'appuyant sur les avancées scientifiques dont le Bénin est partie prenante, et sur les acquis, l'accélération de la mise en œuvre des approches intégrées de prévention et de prise en charge des pathologies prioritaires s'accompagnera de la réalisation des résultats définis. 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 PSNIE 2024-2030 et les différents ateliers d'élaboration, a permis de construire les différents niveaux de résultats d'impacts, d'effets et de produits, leur hiérarchisation, leur lien de causalité et les synergies nécessaires entre ces résultats. Cette approche se fonde sur le choix de priorité en termes de populations cibles et de thématiques qui engendrent des investissements stratégiques de ressources.

Aussi, le cadre de résultats du PSNIE 2024-2030 constitue désormais un référentiel auquel tous les partenaires nationaux et internationaux devront se référer pour conjuguer leurs efforts pour sa mise en œuvre.

Il se présente dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Cadre de résultats du PSNIE 2024-2030

Résultat d'impact intégré 1 : Les nouvelles infections liées aux pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites et IST sont réduites de 100% de l'actuel écart d'ici 2030

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
Résultat d'effet 1.1.1: D'ici à 2030, 90% des professionnels de sexe, 90% des HSH et 90% transgenres, 80% des détenus et 70% des consommateurs de drogue par injection (CDI) et 95% des communautés de pêche utilisent le paquet de services sensibles au genre et inclusifs de prévention combinée	Résultat produit 1.1.1.1: 95% des professionnels de sexe, des HSH et transgenres ont accès au paquet sensible au genre et inclusif 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 d'un centre communautaire intégré d'offre de services de prévention sensibles au genre et inclusifs au profit des populations clés et vulnérables
		Mise en place des services adaptés intégrés sensibles au genre et inclusifs pour la Prise en charge des IST
		Mise en place d'une stratégie pour la prévention et le dépistage du HPV et la prise en charge des lésions précancéreuses
		Prévention et dépistage des hépatites B et C au profit des populations clés
		Utilisation de l'approche par les pairs pour l'offre de paquet de services (préservatif masculin, féminin, gel, dépistage, IEC/ CCC transformatrice en genre, référence des VBG)
	Résultat produit 1.1.1.2: 80% des détenus ont accès à un paquet de services adapté sensible au genre et inclusif	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
		Prévention et dépistage des hépatites B et C dans les prisons

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	Résultat produit 1.1.1.3: 75% des CDI ont un accès aux interventions de la réduction des risques sensibles au genre et inclusif	Mise à disposition de l'offre de paquet de services sensibles au genre et inclusifs de prévention et de prise en charge du VIH
		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 sensibles au genre et inclusifs
	Résultat produit 1.1.1.4 : 95% des communautés de pêche ont accès au paquet de prévention	Mise en place d'un programme de substitution aux opiacées (TSO)
		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 sensible au genre et inclusif
Résultat d'effet 1.1.2: D'ici à 2030, 40% 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 sensible au genre et inclusif	Résultat produit 1.1.2.1 : 50% 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 les VBG, les droits humains, les masculinités positives, les normes et rôles de genre inéquitables	Développement de programme de santé numérique pour la diffusion des messages de prévention transformateurs en genre et prise en charge (médias sociaux et/ou autres)
		Utilisation de l'approche par les pairs pour l'offre de paquet de services sensibles au genre et inclusifs (préservatif masculin féminin, dépistage, IEC/CCC transformatrice en genre et adaptée aux jeunes, référence des VBG)
		Création d'espaces conviviaux sécurisés pour les jeunes adaptés à leurs besoins sexospécifiques
		Dialogues intergénérationnels qui se concentrent sur la transformation des normes sociales et sexistes négatives
	Résultat produit 1.1.2.2: 50% des adolescent(e) s	Mise en place des services pour la prise en charge des IST

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	et des jeunes filles et garçons ont accès à un paquet de services sensibles au genre, inclusifs et adaptés aux jeunes (préservatifs, dépistage, PEC-IST, DSSR, VBG)	Renforcement des stratégies de santé sexuelle et reproductive qui tiennent compte des enjeux de genre et droits humains
		Education à la santé sexuelle qui favorise la compréhension du genre
		Utilisation des médias sociaux pour améliorer l'accessibilité aux services et leur acceptabilité par le biais de messages transformateurs en genre et adaptés aux jeunes
Résultat d'effet 1.1.3: D'ici à 2030, 40% 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 1.1.3.1 : 40% de la population générale a accès à une information transformatrice en genre et inclusive de qualité sur les IST, le VIH, les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme	Renforcement de la communication transformatrice en genre et inclusive en direction de la population sur les maladies prioritaires
	Résultat produit 1.1.3.2: 50% de la population générale a accès à un paquet sensible au genre de services (préservatifs, dépistage)	Mise en œuvre d'une politique nationale ambitieuse avec déploiement de l'autotest
		Mise en place de stratégies différenciées pour le dépistage des hommes
Résultat d'effet 1.1.4: D'ici à 2030, la transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduite à moins de 2 %	Résultat produit 1.1.4.1 : 97% des femmes enceintes sont dépistées systématiquement pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B	Utilisation de stratégies innovantes pour emmener et maintenir dans les services de santé les personnes ayant fait l'autotest
		Mise en place du dépistage combiné VIH/Hépatite B/Syphilis chez les femmes enceintes
	Résultat produit 1.1.4.2 : 90% des femmes enceintes dépistées positives	Renforcement des capacités des prestataires des secteurs privés et publics
		Renforcement de l'offre de dépistage aux sujets contacts (conjoint, partenaires, enfants etc.)
		Offre de traitement à toutes les femmes enceintes dépistées positives pour le VIH et l'hépatite B et la syphilis

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	pour le VIH, l'hépatite B et la syphilis bénéficient du traitement approprié	Augmentation du nombre de structures sanitaires privées offrant la prise en charge du VIH, de l'hépatite et de la syphilis
	Résultat produit 1.1.4.3 : 95% 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
	Résultat produit 1.1.4.4 : 95% des enfants nés mères séropositives bénéficient de la PCR dans les deux mois suivant leur naissance et 97% avant leur premier anniversaire	Création de la demande pour les charges virales pour le VIH et les hépatites (cliniciens et patientes)
		Amélioration de l'interface clinicien/laboratoire, renforcement du réseau des laboratoires
		Déploiement de stratégies « Point of Care »
Résultat d'effet 1.1.5: D'ici à 2030, 100% des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou sexuels n'ont pas fait une séro- conversion	Résultat produit 1.1.5.1 : 100% des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou sexuels qui se présentent dans les sites de PEC bénéficient de la prophylaxie post-exposition	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
		Mise en place de numéros d'urgence dans toutes les structures sanitaires pour la prise en charge des victimes
		Mise en place d'un dispositif pour la référence des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou sexuels
	Résultat produit 1.1.5.2 : 100% des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou sexuels qui se présentent dans les sites de PEC bénéficient de la prophylaxie post-exposition	Renforcement des capacités des professionnels de santé y compris sur les aspects genre et droits humains
		Sensibilisation des professionnels de santé y compris sur les aspects genre et droits humains
		Formation du personnel de santé sur la prise en charge sensible au genre et inclusive des accidents d'exposition au sexe et des violences sexuelles
		Mise en place d'un dispositif de prise en charge sensible au genre et inclusive des accidents d'exposition au sexe au niveau des structures sanitaires

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	Résultat produit 1.1.5.3 : 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 sensible au genre et inclusive des accidents d'exposition au sexe au niveau des structures sanitaires
		Renforcement des capacités des professionnels de santé y compris sur les aspects genre et droits humains
Résultat d'effet 1.2.1 : L'incidence de la TB est réduite de 62 % d'ici 2030 par rapport à 2021	Résultats produits.1.2.1.1 : Le taux d'incidence de la Tuberculose est passé de 53 cas en 2021 à moins de 20 cas pour 100 000 habitants en 2030	Réalisation de l'enquête de prévalence pour situer la valeur approximative de l'incidence
	Résultat produit 1.2.1.2: La prévalence de TB-RR et/ou TB-MR parmi les nouveaux cas détectés (Proportion de nouveaux cas de tuberculose avec TB RR et/ou TB-MR) est maintenue à 1% en 2030	Revue des indicateurs pour établir une concordance entre les données du PNT et de l'OMS
		Augmentation/couverture en Xperts pour le dépistage
Résultat d'effet 1.2.2: Le nombre de cas incidents est augmenté de 10% d'ici à 2030 (4111 cas en 2022 à 4522 cas en 2030)	Résultats produits 1.2.2.1 : Le taux de déclaration/notification de la TB est maintenu en dessus de 33 cas pour 100 000 hbt	Augmentation/couverture Xperts pour le dépistage
		Mutualisation des 7 autres Xperts avec le PSLS et autres programmes (Hépatites) de santé d'ici 2030
	Résultats produits 1.2.2.2 : le nombre de cas incidents déclarés de tuberculose a augmenté de 10% d'ici à 2030	Création de nouveaux CDT
		Renforcement du PPM-DOTS comme stratégie
		Extension de la radio à tous les sujets contacts
		Sensibilisation dans les écoles/universités/entreprises
		Formation des pédiatres publics ; privés, les médecins généralistes, des infirmiers pour le diagnostic de la tuberculose adapté au contexte local
		Cartographie des zones à risque des patients tuberculeux

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	Résultats produits 1.2.2.3 : la performance du réseau de laboratoires du PNT est maintenue au-dessus de 92%	Mise en place de service mobile de dépistage de la TB (02 hôpitaux mobiles de TB)
		Formation continue (clinique, labo et Radio)
	Résultats produits 1.2.2.4 : 90% des crachats des cas déjà traités sont transportés vers le LRM	Amélioration du transport des crachats
		Formation continue (clinique, labo et Radio)
	Résultats produits 1.2.2.5 : le nombre de cas de TB pédiatrique a augmenté de 10% par rapport à 2022	Formation continue (clinique, labo et Radio)
		Intégration du dépistage de l'enfant dans les services de la mère et de l'enfant
		Sensibilisation dans les écoles/universités/entreprises
		Renforcement de l'accès à la radio aux enfants
	Résultats produits 1.2.2.6 : le nombre de cas de TB (toutes formes) notifiés parmi les populations clés affectées /groupes à haut risque autres que les prisonniers a augmenté de 10% par rapport à 2022	Formation continue (cliniques labo et Radio)
		Diagnostic systématique des autres comorbidités (diabète, hépatites, drépanocytoses, CDI/UD, etc) chez les patients TB
		Implication des tradi-thérapeutes / leaders religieux / autres dans la notification des cas TB
	Résultats produits 1.2.2.7 : le nombre de cas de TB dépistés parmi les touseurs chroniques référés par les RC et ASCQ a progressé	Formation/ recyclage des RC de la PNSC sur la TB
		Renforcement des interventions des ONG et ASSAP-TB
	Résultats produits 1.2.2.8 : le nombre de cas de TB dépistés parmi les touseurs chroniques référés par les ONG a augmenté de 10% par rapport à 2022	Suivi d'impact des activités des ONG
	Résultats produits 1.2.2.9 : le nombre de cas contacts dépistés TB au cours des visites à	Renforcement de la recherche des contacts pour chaque cas index
		Amélioration du taux de réalisation des VAD par les RC ou

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	domicile a augmenté de 10% par rapport à 2022	Infirmier(ère) CDT Sensibilisation dans les écoles/universités/entreprises
Résultat d'effet 1.2.3: la communication sur la TB est assurée	Résultats produits 1.2.3.1: De nouveaux canaux de communication sont utilisés pour impacter les jeunes (Facebook, Tiktok, Twitter...)	Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication
	Résultats produits 1.2.3.2: les canaux classiques (radios communautaires/télévisions) sont utilisés pour les activités de sensibilisation à l'endroit des populations	Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication
Résultat d'effet 1.3.1: En 2030, 90 % des ménages utilisent au moins un moyen de prévention de lutte contre le paludisme	Résultat produits 1.3.1.1 : Au moins 90% des ménages utilisent une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action	Organisation des campagnes de distribution de masse de MIILD Distribution des MIILD en milieu scolaire
	Résultat produits 1.3.1.2 : Au moins 95% des enfants de 0-5 ans utilisent une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action	Distribution des MIILD de routine
	Résultat produits 1.3.1.3 : Au moins 95% des femmes enceintes utilisent une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action	Distribution des MIILD de routine
	Résultat produits 1.3.1.4 : Au moins 90% des autres groupes vulnérables utilisent une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action	Distribution continue de MIILD aux populations clés
	Résultat produits 1.3.1.5: 50% des habitations utilisent au moins une mesure de protection individuelle (grillage, serpentins, crèmes etc...)	Organisation des séances d'information et de sensibilisation aux populations pour l'utilisation des grillages aux ouvertures des habitations, des serpentins crème répulsives, etc.
		Développement d'un cadre normatif et de promotion de l'utilisation des grillages aux ouvertures des habitations des

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
		ménages, crèmes répulsives, etc.
		Sensibilisation des ordres professionnels (architectes, ingénieurs, ...) sur la lutte contre le paludisme pour une prise en compte dans leurs interventions
	Résultat produits 1.3.1.6 : 90 % des femmes enceintes ont reçu au moins 3 doses de Sulfadoxine de Pyriméthamine (SP) en prise supervisée pour la protection contre le paludisme	Renforcement des connaissances des ménages sur le Traitement Préventif Intermittent
		Renforcement du Traitement Préventif Intermittent dans les formations sanitaires
		Renforcement de l'offre de Traitement Préventif Intermittent en communautés
		Suivi de l'efficacité thérapeutique du TPI (étude pour disposer de l'information stratégique)
	Résultat produits 1.3.1.7 : 80% des enfants de 3 à 59 mois des zones éligibles sélectionnées reçoivent le cycle complet (12 doses) SP/AQ en chimio prévention selon leur tranche d'âge au cours des 4 passages de la saison de haute transmission	Mise en œuvre de la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) dans les zones éligibles
		Evaluation de la couverture de la CPS tous les deux (02) ans
	Résultat produits 1.3.1.8 : 80% des enfants de 6 à 24 mois révolues des zones éligibles sélectionnées reçoivent la vaccination antipaludique	Organisation des séances d'information et de sensibilisation aux populations sur le vaccin antipaludique
		Acquisition des doses de vaccin et consommables
		Déploiement du vaccin antipaludique dans les zones éligibles en appui à l'ANSSP
		Renforcement des capacités des prestataires
	Résultat produits 1.3.1.9 : 80% des enfants de 3 à 23 mois révolues des zones éligibles sélectionnées reçoivent la Chimio-prévention Pérenne (CPP)	Organisation des séances d'information et de sensibilisation aux populations sur la CPP
		Mise à l'échelle la CPP dans toutes les zones éligibles non traitées à la CPS
		Renforcement des capacités des prestataires

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
Résultat d'effet 1.3.2: La densité vectorielle dans les zones d'intervention est réduite de 75%	Résultat produits 1.3.1.10: 80% des ménages adoptent au moins un service d'assainissement	Renforcement des capacités de la police environnementale et sanitaire
		Renforcement de la participation des populations à l'assainissement du cadre de vie (hygiène, assainissement privé, salubrité environnante)
		Amélioration du cadre de vie
	Résultat produits 1.3.1.11 : 95 % des structures éligibles des zones d'intervention ont bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire	Organisation des campagnes de PID dans les zones éligibles
		Evaluation de l'impact de la campagne PID
	Résultat produits 1.3.1.12 : Au moins 75% des gîtes larvaires des zones identifiées sont correctement traités	Réalisation d'une étude d'évaluation de base de la densité vectorielle et de la présence de gîte larvaire dans les zones d'intervention
		Développement des actions orientées vers la destruction des gîtes larvaires évitables
	Résultat produits 1.3.1.13 : Au moins 95% des portes d'entrée d' <i>Anopheles stephensi</i> sont correctement contrôlées	Echantillonnage des larves et des adultes d'anophèle
Résultat d'effet 1.3.3: 95% de la population générale adopte et maintient les comportements favorables en faveur de l'élimination du paludisme	Résultat produits 1.3.1.14 : La carte de la résistance des vecteurs aux insecticides est disponible et mise à jour tous les deux ans	Identification morphologique et moléculaire des échantillons
		Organisation des séances de sensibilisation des différentes populations de vecteurs aux insecticides et caractérisation moléculaire de la résistance
		Organisation des séances d'information et de sensibilisation des populations pour une bonne connaissance et une utilisation effective de MILD
	Résultat produits 1.3.1.15 : Au moins 95% des ménages ont une bonne connaissance du mode de transmission du paludisme et des moyens de prévention	Renforcement des compétences des agents socio-sanitaires (agents de santé, communautaires, animateurs d'ONG, assistants sociaux etc.) sur le mode de transmission du paludisme et les moyens de prévention par les agents de santé communautaire polyvalents

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	Résultat produits 1.3.1.16 : Au moins 80% des groupes les plus vulnérables utilisent les services de prévention et de prise en charge pour l'élimination du paludisme	<p>Organisation des séances d'information et de sensibilisation (communication pour le développement) à l'endroit des groupes vulnérables</p> <p>Mise à disposition des intrants de lutte contre le paludisme à l'endroit de ces groupes vulnérables</p>
	Résultat produits 1.3.1.17 : Au moins 90% des leaders communautaires (coutumiers, civils, religieux) ciblés s'engagent pour l'élimination du paludisme	Plaidoyer à l'endroit des leaders communautaires (coutumiers, civils, religieux)
Résultat d'effet 1.4.1: 80% de la population cible utilisent le paquet complet de la prévention des hépatites virales B et C	Résultat produits 1.4.1.1 : 90% de la population générale a accès à une information de qualité sur les hépatites virales B et C d'ici 2030	Elaboration d'un plan de communication
		Célébration de la Journée Mondiale contre l'Hépatite
		Renforcement de la communication dans la population générale et des groupes ciblés sur les hépatites virales
		Implication des ONG dans le processus de sensibilisation et de communication ;
		Sensibilisation des praticiens de la médecine traditionnelle à l'importance et à la nécessité des essais thérapeutiques ;
	Résultat produits 1.4.1.2 : 60% de la population générale est dépistée pour l'hépatite B et C d'ici à 2030	Accessibilité géographique et financière du dépistage des hépatites B et C
		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 1.4.1.3 : 60% de la population générale dépistée négatifs à l'hépatite B sont vaccinées d'ici à 2030.	Accessibilité géographique et financière de la vaccination contre l'hépatite B
	Résultat produits 1.4.1.4 : 100% du personnel de santé utilisent le paquet de prévention contre les hépatites B et C d'ici à 2030	Organisation du dépistage continu et de la vaccination systématique du personnel de santé en cours d'emploi et en formation ;
		Dissémination des procédures standards de prise en charge des

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
		accidents par exposition aux liquides biologiques par rapport au risque d'hépatites B et C ;
		Renforcement de capacités des prestataires de services et de soins
	Résultat produits 1.4.1.5 : 80% des populations clés, autres personnes à risque utilisent le paquet de prévention contre les hépatites B et C d'ici à 2030	Promotion du dépistage des populations clés
	Résultat produits 1.4.1.6: 80% des donneurs de sang utilisent le paquet de prévention contre les hépatites B et C d'ici à 2030	Promotion de la vaccination des populations clés
		Promotion de la vaccination des donneurs de sang contre l'hépatite B
Résultat d'effet 1.4.2 : Réduire de 50% la transmission du virus de l'hépatite B et C de la mère à l'enfant à l'horizon 2030	Résultat produits 1.4.2.1 : 100 % des bébés sont vaccinés dès la naissance contre l'hépatite B	Sensibilisation des donneurs de sang par le personnel de l'Agence Nationale de la Transfusion Sanguine
<p>Renforcement de l'administration de la dose de naissance du vaccin monovalent contre l'hépatite B dans les 12 heures de vie en salle d'accouchement</p> <p>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 plateformes.</p> <p>Les activités de sensibilisation seront réalisées utilisant un paquet minimum d'activités, de formation et des outils de prévention et de promotion intégrés qui tiennent compte des enjeux de genre et inclusion. Ces activités seront réalisées par des acteurs formés à cet effet à tous les niveaux du système de santé : au niveau communautaire (relais Communautaire, Agents de Santé Communautaire Qualifiés) et au niveau des centres de santé (infirmiers, médecins et autres agents de santé).</p> <p>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 ».</p>		

Résultat d'impact 2 : La mortalité et la morbidité liées aux pathologies prioritaires VIH, Tuberculose, Paludisme et Hépatites virales, sont réduites d'au moins 100% d'ici 2030 par rapport à fin 2022

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
Résultat d'effet 2.1.1: D'ici à 2030, 98% des PvVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique	Résultat produit 2.1.1.1: D'ici à 2030, 8 millions de personnes sont dépistées pour le VIH	Sensibilisation de la population et de la société civile sur les approches différenciées et le dépistage communautaire
		Mise à l'échelle de nouvelles stratégies de dépistage (autotest, dépistage multi-maladies, dépistage communautaire par les pair-éducateurs/animateurs, etc.)
Résultat d'effet 2.1.2: D'ici à 2030, 95% des PvVIH adultes, adolescents et enfants reçoivent un traitement antirétroviral	Résultat produit 2.1.2.1 : D'ici à 2030, 100% des Personnes dépistées séropositives sont référées sur les sites de prise en charge	Développement de stratégie sensible au genre et inclusive 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 2.1.2.2 : 95% des Personnes dépistées séropositives annuellement bénéficient du bilan pré-thérapeutique	Gratuité des bilans pré-thérapeutiques et autres analyses biologiques
	Résultat produit 2.1.2.3 : D'ici à 2030, 95% des PvVIH adultes, adolescents et enfants reçoivent systématiquement les ARV	Gratuité des bilans pré-thérapeutiques et autres analyses biologiques
		Distribution communautaire des ARV
Résultat d'effet 2.1.3: D'ici à 2030, 95% des PvVIH (adultes, adolescents et enfants) ont une charge virale supprimée à 12 mois	Résultat produit 2.1.3.1 : 98% 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/labo, santé numérique, etc.)
		Création de la demande pour « être indétectable » (cliniciens et patients)
	Résultat produit 2.1.3.2: 97% des PvVIH sont	Renforcement de la médiation et de l'éducation thérapeutique

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	observants	pour les PvVIH Renforcement de la veille socio-communautaire
Résultat d'effet 2.1.4: D'ici à 2030, 90% des PvVIH Coinfectées TB/VIH sont détectées	Résultat produit 2.1.4.1 : D'ici à 2030, 95% des PvVIH sont dépistées systématiquement pour la tuberculose	Renforcement de capacité des acteurs
Résultat d'effet 2.1.5: D'ici à 2030, 90% des PvVIH Coinfectées VIH/VHB-C sont détectées	Résultat produit 2.1.5.1: D'ici à 2030, 95% des PvVIH sont dépistées systématiquement pour l'hépatite B	Approvisionnement en intrants et consommables.
Résultat d'effet 2.1.6: D'ici à 2030, 50% des PvVIH ayant un cancer du col de l'utérus sont détectées	Résultat produit 2.1.6.1: D'ici à 2030, 60% des PvVIH de sexe féminin sont dépistées systématiquement pour le cancer du col de l'utérus	Approvisionnement en intrants et consommables.
		Renforcement de capacités des agents de santé sur le diagnostic et la prise en charge
		Acquisition d'équipements de thermo coagulation
		Mise en place d'un mécanisme de référence des cas détectés vers les structures de prise en charge
Résultat d'effet 2.1.7: D'ici à 2030, 80% des PvVIH et des populations clés utilisent les services d'accompagnement psychologique, social et juridique	Résultat produit 2.1.7.1 : 90% des PvVIH et des populations clés dans le besoin ont accès aux services d'appui juridique	Amélioration de l'environnement juridique
		Mise à l'échelle 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 sur les questions de diversité de genre, droits humains, stigmatisation et discrimination
	Résultat produit 2.1.7.2 : 90% des PvVIH et des populations clés dans le besoin ont accès annuellement aux services d'appui psychologique et social	Mise à l'échelle des services d'appui psychologique et social sur toute l'étendue du territoire pour les PvVIH et les populations clés y compris sur les questions de diversité de genre, droits humains, stigmatisation et discrimination
		Renforcement des capacités des ressources humaines (Psychologues, médiateurs, assistants sociaux etc.)
	Résultat produit 2.1.7.3 : 60% des PvVIH remplissant les critères	Ciblage des PvVIH remplissant les critères Développement de partenariat avec des acteurs de distribution de

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	minimums ont accès annuellement aux services d'appui nutritionnel	nourriture et de supplémentation vitaminique
Résultat d'effet 2.1.8 : D'ici à 2030, la coordination et le suivi-évaluation sont assurés	Résultat produits 2.1.8.1 : La coordination est assurée	Tenue régulière des réunions de coordination du groupe technique de suivi-évaluation
	Résultat produits 2.1.8.2 : Le suivi-évaluation est assuré	Renforcement des capacités des acteurs sur les outils de suivi-évaluation (DHIS2, E-tracker, E-disp, etc)
		Révision d'outils selon la perspective de genre et de l'inclusion
		Mise à l'échelle du E-tracker et du E-Disp
		Organisation des recherches opérationnelles
		Organisation des journées scientifiques sur le VIH
Résultat d'effet 2.2.1: Maintenir le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes à au moins 90% d'ici à 2030	Résultat produits 2.2.1.1: Le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes est maintenu à au moins 90% d'ici à 2030	Suivi dirigé par les communautés (CLM)
		Amélioration de la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant
		Renforcement de l'application du protocole standardisé de traitement de la tuberculose sous supervision directe
		Renforcement de l'appui nutritionnel (Formation, vivres et compléments alimentaires)
		Renforcement du GAS
		Amélioration de la participation et du suivi dirigé par la communauté (CLM)
	Résultat produits 2.2.1.2: Au moins 10 % des cas contacts des cas index TB sont mis sous prophylaxie anti- TB (cas contacts aux cas index TB) d'ici 2030	Renforcement de la formation continue des agents des CDT
		Formation des pédiatres publics ; privés, les médecins généralistes, des infirmiers pour le diagnostic de la tuberculose adapté au contexte local
		Sensibilisation de la population sur le bien-fondé de la mise sous TPT
Résultat d'effet 2.2.2: Le taux de décès chez les patients co-infectés TB/VIH est réduit de	Résultat produits 2.2.2.1: Le taux de décès chez les patients co-infectés TB/VIH est réduit à	Amélioration de la référence des cas notamment les enfants, les touseurs chroniques dans les CDT
		Mise en place d'un système efficace d'audit des décès parmi les tuberculeux

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
12% à moins de 10% d'ici à 2030	moins de 10% d'ici à 2030	Renforcement de la prise en charge intégrée de la co-infection TB/VIH Renforcement du soutien nutritionnel aux patients tuberculeux
Résultat d'effet 2.2.3: Au moins 85% des malades multi-résistants mis sous traitement de 2ème ligne d'ici à 2030 sont guéris	Résultat produits 2.2.3.1: Le taux de guérison des malades multi-résistants mis sous traitement de 2ème ligne est d'au moins 85% d'ici à 2030	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 2.2.4: La proportion de patients tuberculeux et leurs familles supportant des coûts catastrophiques est réduite à 0% d'ici à 2030	Résultat produits 2.2.4.1: La proportion de patients tuberculeux et leurs familles supportant des coûts catastrophiques sont réduites à 0% d'ici à 2030	Amélioration du cadre de vie (assainissement des villes, construction de logements sociaux, etc.) Mobilisation de ressources et recherche de partenariat Remboursement de certains coûts catastrophiques des patients à haut risque Mise en œuvre des initiatives gouvernementales multiples pour la réduction de la pauvreté (ARCH, lutte contre le chômage, etc.)
Résultat d'effet 2.2.5: la gestion psychosociale des malades de la tuberculose est assurée	Résultat produits 2.2.5.1: 100% des patients tuberculeux ayant des problèmes psychosociaux bénéficient d'au moins un appui au niveau des GUPS d'ici 2030	Dissémination et vulgarisation du guide de soutien psychosocial aux patients TB Renforcement de l'appui psychosocial aux patients tuberculeux Renforcement de l'appui psychosocial des GUPS au profit des patients tuberculeux
	Résultat produits 2.2.5.2: 10% des patients tuberculeux bénéficient d'un accompagnement à travers la prise en charge extramédicale (PECEM)	Renforcement et poursuite de l'initiative PECEM
Résultat d'effet 2.2.6 : les stratégies innovantes de lutte contre les violations de droits humains et exploitations sexuelles en tuberculose sont menées d'ici en 2030	Résultat produits 2.2.6.1: la riposte nationale contre la TB offre la protection contre les exploitations, abus et le harcèlement sexuels	Réalisation de l'étude sur l'état des lieux des exploitations, abus et du harcèlement sexuels en tuberculose Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'actions contre les exploitations, l'abus et le harcèlement sexuels en tuberculose
		Actualisation du plan CRG en 2026 Renforcement de la mise en œuvre du plan CRG
	Résultat produits 2.2.6.2: la riposte nationale contre la TB est respectueuse des droits humains	

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la TB	
Résultat d'effet 2.2.7 : la gestion du PNT est assurée	Résultat produits 2.2.7.1: les ressources humaines de qualité sont mises à la disposition du PNT	Développement des ressources humaines du PNT (plaidoyer, plan de reversement du personnel sur Financement extérieur, ...)
	Résultat produits 2.2.7.2: le taux d'exécution physique et financière est maintenu à au moins 80%	Renforcement du fonctionnement et du management du Programme (internet, carburant, communication, matériels roulants, maintenance des équipements, fournitures de bureau, assurance, audit des comptes, gestion des risques, etc.)
	Résultat produits 2.2.7.3: la maintenance des appareils et équipements est assurée	Renforcement de la maintenance des appareils et équipements du PNT
	Résultat produits 2.2.7.4: l'audit interne du PNT est assuré	Renforcement de l'audit interne
	Résultat produits 2.2.7.5: le système d'information, de suivi évaluation et d'archivage du PNT est assuré en temps réel	Renforcement du système d'information, de suivi évaluation et d'archivage du PNT
		Renforcement du système de contrôle de qualité des données sur la TB
		Mise en place du module Tracker TB du DHIS2
		Opérationnalisation de la gestion TB dans E-SIGL
		Interopérabilité du SVDL/E-SIGL et du TB Tracker
		Renforcement de capacités des acteurs du système d'information, de suivi évaluation et d'archivage du PNT
		Renforcement du système unique de suivi-évaluation pour les pathologies (Intégrer dans les interventions transversales)
	Résultat produits 2.2.7.6: la recherche opérationnelle est effective	Appui à la recherche opérationnelle en lien avec la TB
	Résultat produits 2.2.7.7: la collaboration intra/inter sectorielle est assurée	Renforcement du partenariat entre le PNT et les structures du Ministère de la santé
		Renforcement de la synergie entre le Ministère de la Santé et les

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
		autres départements ministériels
		Renforcement du partenariat entre le PNT, les ONG et ASSAP-TB
Résultat d'effet 2.3.1: En 2030, 100% des cas suspects de paludisme sont confirmés à tous les niveaux	Résultat produits 2.3.1.1: 100% des cas suspects de paludisme reçus dans les formations sanitaires, ont bénéficié d'un test de confirmation au TDR ou à la microscopie	Actualisation des directives de prise en charge des cas de paludisme
		Multiplication et dissémination des directives, algorithmes et jobAids de prise en charge des cas de paludisme
	Résultat produits 2.3.1.2: 100% des cas cliniquement suspects de paludisme reçus en communauté, ont bénéficié d'un test de diagnostic rapide (TDR)	Renforcement de capacités des prestataires (formations, supervisions, coaching, services de santé au travail etc.)
		Renforcement de capacités des agents de santé communautaire (OSC, ASCQ et RC)
Résultat d'effet 2.3.2 : En 2030, tous des cas suspects de paludisme (100%) sont traités selon les directives nationales à tous les niveaux	Résultat produits 2.3.2.1: 100% des patients souffrant de paludisme simple confirmé (formations sanitaires publiques et privées) reçoivent un traitement par des CTA	Renforcement de la supervision/coaching des agents de santé communautaire
		Actualisation des directives de prise en charge des cas de paludisme
		Multiplication et dissémination des directives, algorithmes et job Aids de prise en charge des cas de paludisme
	Résultat produits 2.3.2.2: 100% des patients souffrant de paludisme simple en communauté reçoivent un traitement antipaludique recommandé au niveau communautaire	Renforcement de capacités des prestataires (formations, supervisions, coaching, etc.)
		Renforcement de capacités des agents de santé communautaire (ASCQ et RC)
	Résultat produits 2.3.2.3: 100% des cas de paludisme grave détectés au niveau communautaire ont été référés vers les endroits appropriés	Renforcement de la supervision/coaching des agents de santé communautaire
		Actualisation des directives de prise en charge des cas de paludisme
		Multiplication et dissémination des directives, algorithmes et job Aids de prise en charge des cas de paludisme dans les structures sanitaires publiques, privées et services de santé au travail
		Renforcement de capacités des prestataires (formations,

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
		supervisions, coaching, etc.)
	Résultat produits 2.3.2.4: 100% des cas de paludisme grave confirmé au niveau des formations sanitaires sont référés après les soins de pré-référence	Renforcement des capacités des prestataires sur les directives en matière de référence du paludisme
		Renforcement de la logistique (transports des patients et médicaments de pré-référence)
	Résultat produits 2.3.2.5: 100% des cas de paludisme grave confirmé ont reçu un traitement antipaludique recommandé au niveau des centres de référence	Dissémination des directives, algorithmes et job Aids de prise en charge des cas de paludisme
		Renforcement de capacités des prestataires (formations, supervisions, coaching, etc.)
		Mise en place des kits d'urgence (ILP, antipyrétiques, et autres) et disponibilité permanente des produits sanguins labiles
Résultat d'effet 2.3. 3 : La gestion interne et externe du programme est efficace	Résultat produits 2.3.3.1: La coordination, la collaboration et le leadership de la lutte contre le paludisme sont assurés efficacement au niveau central, intermédiaire et surtout périphérique	Renforcement du leadership du PNLP et les partenariats (secteur privé, organisations de la société civile, PTF, autres programmes du ministère, etc.), en vue d'une mobilisation des ressources et d'un engagement accrus en faveur de la lutte contre le paludisme
		Renforcement de la coordination de toutes les parties prenantes intervenant dans la lutte contre le paludisme
	Résultat produits 2.3.3.2: L'engagement et la redevabilité des autorités politiques et administratives (Assemblée nationale, Gouvernement, Ministères, etc.) en faveur de la lutte contre le paludisme sont effectifs	Renforcement des Programmes sectoriels de Lutte contre le Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies (PLS-TP) dans les ministères et leurs structures déconcentrées en matière de lutte contre le paludisme
		Renforcement de la coordination des interventions des PLS-TP en lien avec la lutte contre le paludisme
	Résultat produits 2.3.3.3: L'engagement et la redevabilité des Organisations de la Société Civile (OSC) en faveur de la lutte contre le paludisme sont effectifs	Elaboration/révision d'un plan de suivi communautaire avec toutes les parties prenantes
		Mise en œuvre du plan de suivi communautaire
Résultat d'effet 2.3.4 : Les ressources nécessaires sont suffisantes en quantité et en	Résultat produits 2.3.4.1 : La mobilisation des ressources suffisante pour la mise en œuvre du	Renforcement de la gouvernance et la gestion financière, pour une gestion efficace et efficiente du programme

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
qualité pour une lutte optimale contre le paludisme	volet paludisme dans le PSNIE est effective	
	Résultat produits 2.3.4.2: Le système de gestion des approvisionnements et des stocks garantit la disponibilité permanente des intrants de qualité	Renforcement de la gouvernance de la chaîne d'approvisionnement des intrants afin de garantir à la population l'accès aux intrants de lutte contre le paludisme (ILP) de qualité
	Résultat produits 2.3.4.3: Les ressources matérielles et humaines de qualité et en quantité suffisante favorisent la mise en œuvre efficace des interventions	Dotation du programme de ressources matérielles, humaines de qualité, motivées, en nombre suffisant
Résultat d'effet 2.3.5 : La planification, la surveillance, le suivi/évaluation et l'archivage sont efficaces	Résultat produits 2.3.5.1: L'élaboration et la révision des documents normatifs et de la planification sont réalisés	Mise en place des documents de planification, de suivi et d'évaluation du Programme en lien avec le cadre stratégique national
	Résultat produits 2.3.5.2: Les systèmes d'information des données des interventions spécifiques et de recherche du paludisme qui sont interopérables avec le DHIS2	Interopérabilité et intégration avec le DHIS2 de l'ensemble des systèmes d'information et données des interventions spécifiques et de recherche du paludisme
	Résultat produits 2.3.5.3: 90% des données du système d'information du paludisme (SIRP) sont de qualité 80% des données du SIRP sont utilisées	Disponibilité de ressources humaines qualifiées et le matériel nécessaire pour la mise en œuvre effective de la surveillance du paludisme
		Suivi de la mise en œuvre des interventions
		Amélioration de la qualité des données du paludisme
	Résultat produits 2.3.5.4: Surveillance parasitaire, entomologique, recherches opérationnelles et Archivage	Amélioration de l'accès, l'analyse et l'utilisation des données du paludisme pour les prises de décisions
		Renforcement de la capacité de l'unité de recherche
		Renforcement de la collaboration avec les centres de recherche
		Appui à la mise en œuvre des protocoles de recherche opérationnelle sur le paludisme
		Appui à l'organisation des journées scientifiques
		Suivi et la gestion de la résistance des parasites aux

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
		antipaludiques
		Opérationnalisation des sites sentinelles de surveillance intégrée
		Suivi et la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides en accord avec le plan de gestion de la résistance
		Contrôle de la qualité et suivi de l'efficacité (durabilité, rémanence, etc.) des outils de lutte antivectorielle
		Suivi de l'utilisation des MIILD en milieu communautaire
		Renforcement de la capacité de surveillance des nouveaux vecteurs invasifs du paludisme
		Renforcement de l'archivage et de la documentation
Résultat d'effet 2.4.1: 50% des personnes diagnostiquées pour l'hépatite B ou l'hépatite C sont prises en charge d'ici à 2030	Résultat produits 2.4.1.1: les Documents de référence pour la prise en charge des malades d'hépatite B et C sont disponibles et connus d'ici à 2030	Mise à jour et diffusion des documents de politique, normes, procédures et guide de prise en charge
	Résultat produits 2.4.1.2: 100% des Personnes dépistées séropositives pour le VHB ou le VHC reçoivent le traitement spécifique	Amélioration de l'accessibilité financière et géographique des patients porteurs d'hépatite B et/ ou C aux bilans pré thérapeutiques
		Subvention ou gratuité du traitement antiviral (ténofovir) de l'hépatite B chronique
		Renforcement de la gratuité du traitement de l'hépatite C
Résultat d'effet 2.4.2: D'ici à 2030, 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 2.4.2.1: 95% des personnes traitées pour hépatite B sont observantes au traitement	Réalisation de la charge virale et du bilan de suivi
	Résultat produits 2.4.2.2: 97% des personnes traitées pour l'hépatite C sont guéries	Réalisation de la charge virale post-thérapeutique chez les personnes traitées pour l'hépatite virale C
Résultat d'effet 2.4.3: La Coordination et le suivi- Evaluation des activités sont assurés	Résultat produits 2.4.3.1: La Coordination des activités est assurée	Renforcement des mécanismes de coordination et de gouvernance à l'échelle nationale et départementale
	Résultat produits 2.4.3.2: Les décideurs	Organisation des séances de plaidoyer auprès des décideurs

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	politiques, administratifs au niveau national et local, et les partenaires au développement accompagnent les actions de lutte contre les hépatites virales au Bénin	
	Résultat produits 2.4.3.3: La charge des hépatites virales B et C est connue	Organisation d’une analyse de la situation des hépatites virales B et C
	Résultat produits 2.4.3.4: Le Suivi-Evaluation et la recherche sont assurés	Renforcement du système de surveillance épidémiologique par rapport aux données sur les hépatites virales
		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 l’approche d’intégration surtout en rapport avec les éléments de PEC et de GAS. 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 relais communautaires et des Agents de Santé Communautaires Qualifiés, la PEC communautaire de certaines pathologies sera renforcée. 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 fera 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>		

Résultat d'impact 3 : La gouvernance de la riposte nationale aux maladies prioritaires est performante avec une mise en œuvre renforcée des stratégies transversales de l'approche intégrée du PSNIE

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
3.1: La coordination et le leadership pour l'atteinte des résultats du PSNIE sont assurés	3.1.1: Les organes de coordination de la riposte au niveau national, départemental et communal sont fonctionnels	Décentralisation effective des interventions du PSNIE au niveau départemental et communal
		Développement d'un cadre pour l'implication des acteurs au niveau départemental et communal dans la planification et le suivi des activités du PSNIE, et assurer sa mise en œuvre
		Tenue régulière des sessions des organes de coordination et de la riposte
		Renforcement des capacités des organes de coordination et acteurs de mise en œuvre de la riposte à tous les niveaux sur les méthodes de collecte de données, d'analyse, de planification, de budgétisation et de production de rapport avec une perspective de genre
		Systématisation des engagements en faveur de l'égalité des genres et de la protection contre l'exploitation, la violence, les atteintes, les abus et le harcèlement sexuels dans les politiques et processus internes et dans la programmation
		Renforcement de la coordination, de l'intégration des questions d'égalité de genre et droits humains dans la réponse nationale aux maladies cibles à tous les niveaux
		Renforcement de capacité des organes de mise en œuvre sur l'approche intégrée du PSNIE
		Amélioration de la communication entre programmes
		Renforcement des capacités de leadership des organisations faitières de la société civile (OSC) sur l'approche intégrée du PSNIE

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	3.1.2 La collaboration intersectorielle dans la lutte contre les maladies est renforcée	Renforcement des capacités managériales et financières des organes de coordination et de mise en œuvre
		Renforcement de la collaboration entre les programmes des maladies cibles du CNLS-TP, les ministères du « One Health » et les autres ministères en charge des cibles prioritaires
		Renforcement de la coordination et de la riposte aux maladies prioritaires au niveau des secteurs ministériels
		La fonctionnalité des cadres de concertation avec le secteur privé et les organisations de la société civile, intervenants dans la santé (les associations des personnes infectées et des personnes à risque et organisations de femmes, filles et jeunes) est satisfaisante
		Renforcement des capacités managériales des acteurs animant les cadres de concertation
		Renforcement de la riposte aux maladies prioritaires dans les entreprises publiques et privées
	3.1.3 La coopération bilatérale et multilatérale dans le cadre de la mise en œuvre du PSNIE est forte	Renforcement de l'implication des partenaires bilatéraux et multilatéraux dans la planification et la mise en œuvre des activités du PSNIE
	3.1.4 L'implication des organisations communautaires et des citoyens dans la dynamique de mise en œuvre et du suivi est renforcé	Renforcement des capacités des organisations communautaires pour la bonne gouvernance et une meilleure dynamique communautaire
		Amélioration des capacités des organisations communautaires pour influencer l'élaboration de politiques et le suivi des questions portant sur le VIH, le DSSR, les VBG et les droits des femmes et l'égalité de genre
		Mise en place d'un mécanisme de retour d'informations aux populations bénéficiaires des différents programmes
		Mise en place d'un mécanisme de sécurisation des ressources (financières, matérielles, humaines, informationnelles...) à travers le renforcement du contrôle citoyen

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
3.2: Les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés	3.2.1: Le dispositif juridique et la réglementation nationale et internationale existants sont renforcés et utilisés pour protéger les personnes malades et les populations vulnérables y compris les femmes et les filles contre la stigmatisation et la discrimination, les VBG et les violations de leurs droits	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 y compris les femmes et les filles contre la stigmatisation et la discrimination, les VBG et les violations de leurs droits
		Renforcement des systèmes juridique et judiciaire de protection des malades, et des populations clés et vulnérables y compris les femmes et les filles
		Innovation des stratégies de lutte contre les violations de droits humains et violences basées sur le genre et l'exploitation, la violence et les atteintes et le harcèlement sexuels
	3.2.2: La prise en compte de la dimension genre et de l'inclusion est assurée dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions couvrant les maladies prioritaires du CNLS-TP	Mise en œuvre d'approches innovantes fondées sur des données probantes pour renforcer la capacité d'agir des femmes/filles et populations clés, améliorer leur accès aux ressources et position sociale et favoriser leur leadership de la vulnérabilité liée au genre dans la mise en œuvre des interventions du PSNIE
		Renforcement de la prise en compte des enjeux de genre avec une perspective intersectionnelle dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST
		Implication des leaders traditionnels et religieux, professionnels des médias et autres personnes influentes pour créer un environnement favorable au respect des droits des femmes et populations clés
		Engagement de garçons et hommes comme champions en faveur des masculinités positives et de l'égalité de genre
		Soutien des capacités organisationnelles et collaboration avec les organisations et mouvements de défense des droits des femmes, des jeunes et des populations clés et vulnérables pour lutter contre les maladies prioritaires

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
		Renforcement de la protection contre l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels
3.3: L'augmentation et la pérennisation du financement de l'Etat, du secteur privé et des ressources externes de la lutte contre les maladies prioritaires sont assurées	3.3.1 Le financement de l'Etat relatif à la lutte contre les maladies prioritaires est suffisante pour couvrir les besoins et est pérenne	Augmentation et pérennisation du financement de l'Etat et répartition optimale des ressources dans la planification de la riposte aux maladies prioritaires
		Réallocation des ressources économisées grâce à l'intégration, à la mutualisation et aux stratégies et technologies innovantes, introduites dans le PSNIE
		Renforcement du plan de transition et de durabilité des financements
	3.3.2: La contribution du secteur privé au financement de la lutte contre les maladies prioritaires connaît une augmentation et est pérenne	Renforcement du partenariat public-privé-société civile
		Augmentation de la contribution du secteur privé au financement de la lutte contre les maladies prioritaires
		Développement du partenariat avec les municipalités en vue du financement de la riposte
		Augmentation de la contribution des collectivités territoriales (Communes) au financement de la lutte contre les maladies prioritaires
	3.3.3 : Les ressources externes sont mobilisées pour appuyer le PSNIE	Renforcement de la mobilisation des ressources externes complémentaires pour appuyer le PSNIE
	3.3.4 : Des mécanismes innovants pour le financement de la riposte aux différentes maladies sont développés	Financement de la riposte aux différentes maladies par des mécanismes innovants
3.4 Les ressources humaines en santé sont disponibles et de qualité	3.4.1 Les structures sanitaires, y inclus le niveau communautaire, seront renforcées en ressources humaines qualifiées, suffisantes, déployées selon les besoins et bien formées	Renforcement des structures sanitaires en ressources humaines qualifiées, suffisantes, déployées selon les besoins et bien formées en veillant à favoriser la parité et l'égalité des chances en matière de participation, de formation et de leadership pour les femmes et prenant des mesures pour lutter contre le harcèlement sexuel et la violence sur le lieu de travail

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
		Développement des capacités humaines et expertise des Programmes pour l'intégration des questions d'égalité de genre dans la réponse nationale aux maladies cibles
		Etablissement des points focaux genre à tous les niveaux du système de santé, outillés pour s'assurer de la prise en compte de l'égalité des genres et à la convivialité envers les adolescents/jeunes
		Mise en place d'une politique de déploiement et de rémunération des agents de santé communautaires qualifiés (ASCQ) et des relais communautaires
		Renforcement des capacités humaines des structures impliquées dans les achats, le stockage et la distribution des produits de santé, ainsi que dans la collecte, la remontée et l'analyse des données
	3.4.2 Existence d'un mécanisme de fidélisation des agents aux postes	Mise en œuvre des recommandations de l'étude sur la charge de travail et la fidélisation des agents au poste Implication de la communauté dans les approches de fidélisation des agents aux postes
3.5: Le système d'approvisionnement est efficace et la distribution / cession des produits de santé est régulièrement assurée, et les équipements sont disponibles et maintenus	3.5.1: Accès aux médicaments et autres produits de santé de qualité (moustiquaires, préservatifs, des intrants de laboratoires et de la transfusion sanguine) à tous les niveaux et pour tous les groupes spécifiques (population clé, personnes vulnérables, etc.)	Mise en échelle du système électronique unique intégré (e-SIGL) pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux du système de santé
		Etude de faisabilité pour l'intégration ou interopérabilité du secteur privé dans le e-SIGL
		Assurer l'intégration ou l'interopérabilité au niveau des programmes ou autres établissements sanitaires (programmes de santé, , système de gestion de stock des grossistes privés ou sites de dispensation de produits dans le secteur privé)
		Renforcement de la solidarité entre les CS d'une même zone sanitaire au plan logistique pour l'approvisionnement et la disponibilité en produit de santé

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
		Mise en place d'un système intégré de transport au sein de la SOBAPS pour la distribution des produits de santé par niveau.
		Renforcement du panier commun pour les achats, la gestion des stocks et la distribution des produits de santé
		Capacitation des structures à chaque niveau de la pyramide pour une meilleure accessibilité aux produits de santé
	3.5.2: Le contrôle qualité des médicaments est assuré	Renforcement de la capacité de l'Agence Nationale du Contrôle de Qualité des Produits de Santé et de l'Eau en plateau technique et personnel
	3.5.3: Le système de pharmacovigilance est fonctionnel et performant	Renforcement des mécanismes institutionnel, administratif et réglementaire qui encadrent l'importation, la distribution et les prescriptions des médicaments et produits pharmaceutiques
		Renforcement des mécanismes institutionnel, administratif et réglementaire qui encadrent la pharmaco-vigilance des produits de santé
3.6: Les services délivrés par le système de santé (Public, Privé et communautaire) sont résilients et pérennes pour améliorer la santé de la population	3.5.4: La disponibilité des équipements fonctionnels est assurée	Développement d'un système de maintenance intégré du matériel pour tous les programmes
		Renforcement des capacités des techniciens de l'AISEM ou de la structure qui aura en charge la maintenance des équipements et assurer leur certification sur la maintenance des équipements en collaboration avec les programmes
	3.6.1: Mise à l'échelle de l'approche communautaire avec comme point d'entrée les ménages	Réalisation de la phase pilote de la politique de santé communautaire
		Développement et utilisation des outils/stratégies innovants de prévention, de diagnostic et de traitement des cas des maladies prioritaires en communauté
		Renforcement de capacités des acteurs communautaires sur les thématiques innovantes (auto test, traitement différencié)
		Evaluation de la phase pilote

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
		Extension et mise à l'échelle
	3.6.2: Les programmes prioritaires développent des interventions intégrées en matière de lutte contre les maladies	Renforcement de capacités des acteurs sur la lutte contre les maladies cibles et autres affections
		Amélioration de la qualité de la prise en charge et du suivi des patients dans les structures publiques, privées ou communautaires, en respectant les droits humains, en tenant compte des besoins sexospécifiques et en assurant la convivialité aux jeunes et adolescent-e-s
		Contribution des niveaux stratégiques et opérationnels des ministères autre que celui de la santé pour faciliter la mise en œuvre du PSNIE par leurs structures de prestation de service (sanitaire, psychosocial etc...)
	3.6.3 Les prestations de service sont de bonne qualité et profitent des services connexes fonctionnels	Contrôle de la qualité des soins impliquant la communauté et le suivi des résistances aux médicaments
		Réduction de la stigmatisation, de l'exclusion et de la discrimination y compris en milieu institutionnel et de soins
		Renforcement de la gestion psychosociale liée au maladies prioritaires
		Appui à la mise en œuvre du plan de renforcement du système des laboratoires
		Appui à la mise en œuvre du plan de renforcement du système des laboratoires
		Renforcement des laboratoires des formations sanitaires pour le suivi et la prise en charge intégrée du VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme, Hépatites, IST
		Assurer la transfusion sanguine sécurisée
		Assurer une bonne disponibilité de l'oxygénothérapie
		Renforcement de capacités des réseaux de coordination et des organisations de mise en œuvre et de la société civile (OSC)

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
		Renforcement de la promotion de la médecine traditionnelle
	3.6.4: Les systèmes communautaire et éducatif apportent une contribution stratégique et opérationnelle à la mise en œuvre du PSNIE	Renforcement de l'intégration des services de prévention et de promotion (dépistage, sensibilisation) en stratégies fixe et avancée Renforcement des interventions intégrées pour la santé sexuelle et reproductive des Jeunes, en milieu scolaire et non scolaire
3.7: La prise de décision stratégique est assurée et fondée sur des données fiables et produites en temps réel	3.7.1: Un Système d'information sanitaire unique est adopté, déployé et utilisé par tous les acteurs des services public, privé et communautaire	Renforcement et mise à échelle du système d'information unique pour tous les acteurs des services public, privé et communautaire
		Réalisation de l'interopérabilité des sous-systèmes avec le DHIS2
		Développement et installation de bases de données sur les maladies non prises en compte dans le DHIS2 aux niveaux central et décentralisé
		Amélioration de la promptitude et de la complétude des données du DHIS2
		Renforcement du système de collecte et de gestion des données sur les maladies prioritaires y compris les données communautaires
		Introduction du mécanisme de suivi piloté par la communauté (CLM : Community-led Monitoring) dans le dispositif de suivi-évaluation.
	3.7.2: La qualité de la prise en charge et du suivi des patients dans les structures publiques, privées ou communautaires est améliorée en rapport à la meilleure disponibilité d'information stratégique	Développement du code unique d'identification pour les bénéficiaires des services et numérisation du dossier de suivi des patients
		Renforcement des capacités des agents de santé à la prise en charge des patients
		Formations des acteurs impliqués dans le Suivi-Evaluation et la révision des outils pour générer des preuves solides d'élimination des obstacles fondés sur le genre pour collecter et suivre des données désagrégées par sexe, âge, handicap et toute autre ventilation pertinente

Résultat d'effet	Résultat produit	Principales stratégies/interventions
	3.7.3: Un agenda de recherche national est développé et mis en œuvre (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)	Réalisation d'étude d'impact des interventions
		Réalisation d’une étude accompagnant la mise en œuvre progressive de l’approche communautaire au Bénin
		Réalisation d'étude de l'influence du cadre de vie sur l’incidence des maladies cible du CNLS-TP
		Renforcement de la surveillance comportementale et épidémiologique
	Renforcement de la recherche en médecine traditionnelle	
	3.7.4: L’information stratégique sur la riposte nationale est diffusée disponible et utilisée pour le processus de planification, de gestion et de prise de décision	Formations des acteurs impliqués dans le S&E et révision des outils pour générer des preuves solides l’élimination des obstacles fondés sur le genre et collecter et suivre des données désagrégées par sexe, âge, handicap et toute autre ventilation pertinente
		Renforcement du partenariat entre les parties prenantes impliquées dans la production de l’information stratégique de qualité sur les maladies prioritaires
Renforcement de la diffusion et de l’utilisation de l’information stratégique sur la riposte nationale pour le processus de planification, de gestion et de prise de décisions		
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.		
La déclinaison des stratégies mentionnées dans le cadre de résultats pour la réponse multisectorielle et la réponse en entreprise se traduira par :		
<ul style="list-style-type: none">• l’opérationnalisation des Programmes sectorielles de Lutte contre le VIH/Sida, la 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 via les différents Programmes Nationaux de Lutte contre ces affections.		

IX. MECANISME DE MISE EN ŒUVRE

9.1 Cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre du PSNIE

Le Décret N° 2022-184 du 16 mars 2022 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. Il 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.

Présidé par le Ministre en charge de la Santé, le CNLS-TP est doté de démembrements au niveau décentralisé ainsi qu'au niveau des ministères sectoriels et dispose de structures chargées d'opérationnaliser sur le terrain, toutes les interventions retenues dans le PSNIE au profit des populations.

9.2 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 IST et 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 contribue 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 veille donc au cadrage des interventions à divers niveaux sur la base des orientations du PSNIE ainsi qu'à la cohérence des activités à tous les niveaux, et à 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, à qui il 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 Qualifiés (ASCQ) et les Relais Communautaires (RC).

9.3 Rôle des organes de mise en œuvre du PSNIE

9.3.1 Rôle des programmes et directions du Ministère de la Santé

Parmi les structures qui mettent en œuvre le PSNIE 2024-2030, 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 (Programme Santé de Lutte contre le VIH/Sida et les IST (PSLS), Programme National contre la Tuberculose (PNT), Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), Programme National de lutte contre les Hépatites (PNLH)), de même que la présidence du comité national d'approvisionnement. L'Agence Nationale des Soins de Santé Primaire assure la tutelle du Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP).

Le Ministère de la Santé à travers ses structures centrales et techniques, déconcentrées et décentralisées met 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 pour l'élimination des maladies cibles. 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 dépistage, 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 capacités des Equipes d'Intervention Rapide (EIR) afin de les préparer à une riposte efficace.

9.3.2 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 que sont : les ministères en charge des affaires sociales, du travail, des enseignements, des sports et loisirs, de l'intérieur et 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. Leurs attributions dans le cadre de la mise en œuvre du PSNIE sont les suivantes :

- le Ministère en charge des affaires sociales a pour principale attribution le soutien aux couches vulnérables, la prise en charge psychosociale et les activités sociocommunautaires;
- le Ministère en charge de l'environnement s'occupe de la santé environnementale, de l'hygiène et de l'assainissement de base ;
- le Ministère en charge 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 en charge 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 des enseignements sont responsables de tout le réseau des infirmeries scolaires et estudiantines sur l'ensemble du territoire national, et l'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Par ailleurs, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique est garant avec le Ministère de la Santé des normes en matière de recherche en santé ;
- le Ministère en charge du tourisme, de la culture et des arts et celui du sport sont en charge des activités de prévention au sein de la jeunesse, des sportifs, des artistes et des artisans ;
- le Ministère en charge du travail coordonne les interventions dans le monde du travail ;
- le Ministère en charge de la justice 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 et les droits humains ;

- le Ministère en charge du numérique et de la digitalisation 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.

9.3.3 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 volets communautaires des Programmes de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies.

Au Bénin, le secteur privé est un acteur majeur de la prestation des soins et services de santé qui a une croissance exponentielle. Au niveau de la coordination, la coopération entre le secteur public et le secteur privé de la santé, reste encore insuffisante 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 :

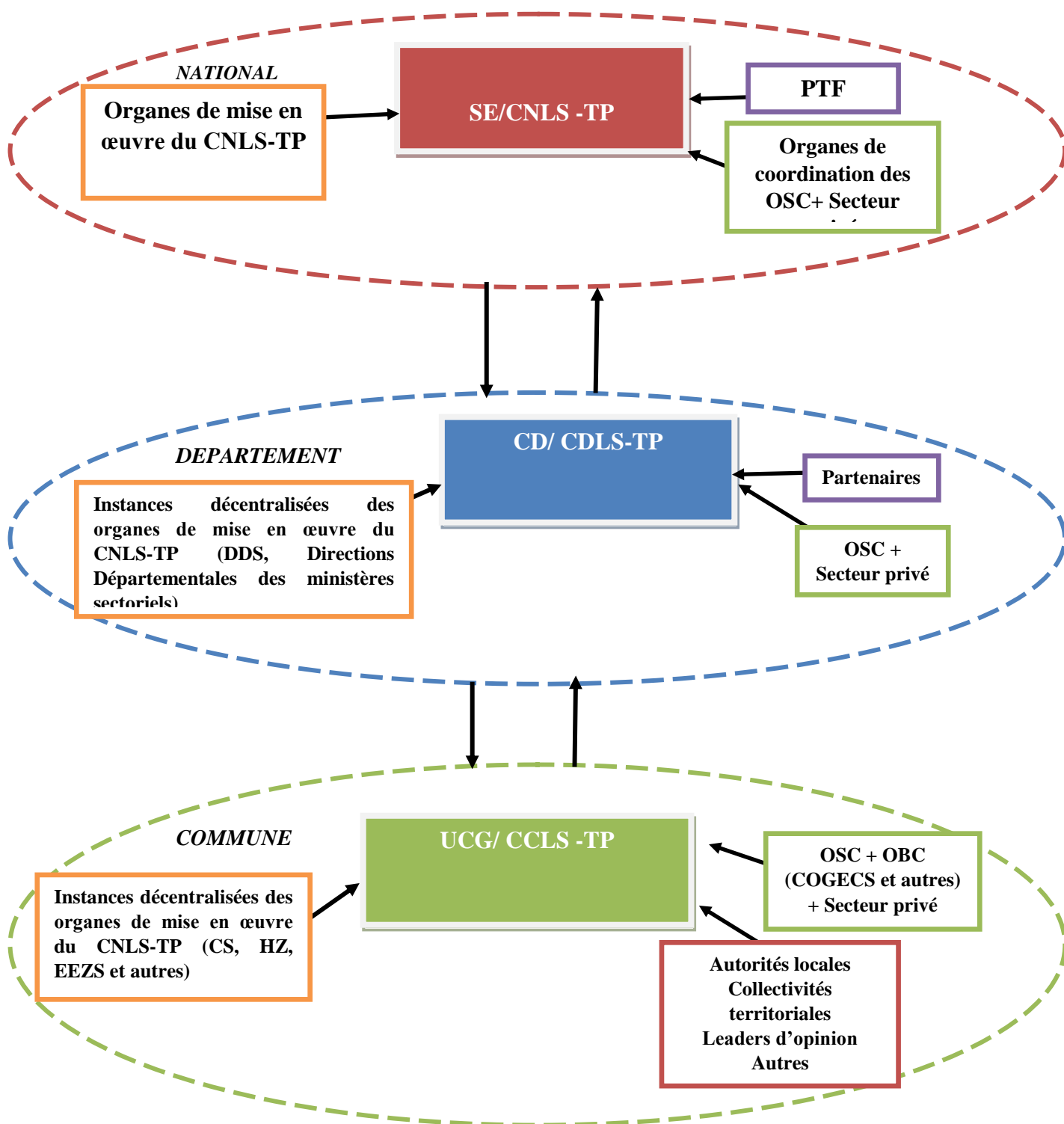


Figure 9 : Schéma du cadre institutionnel de mise en œuvre du PSNIE

X. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION

Aux termes du Décret N° 2022 - 184 du 16 mars 2022, le Secrétariat Exécutif du CNLS-TP est chargé entre autres du suivi-évaluation des Plans Stratégiques Nationaux de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies. Il veille au suivi de la performance de tous les projets et programmes de lutte contre les maladies cibles. De ce fait, 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.

10.1 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 premier trimestre 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 et saisies directement dans l'entrepôt de données qu'est le District Health Information Software 2 (DHIS2) qui constitue depuis 2014 l'outil principal du Système National d'information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) et de ses sous-systèmes. Certaines structures sanitaires ne disposant pas encore de la logistique nécessaire continuent d'envoyer leurs supports de données renseignés au statisticien de bureau de Zone Sanitaire en vue de la saisie. Ces données sont saisies mensuellement dans l'entrepôt au plus tard le 20 du mois suivant et sont sous le

contrôle de la Direction de la Planification, de l'Administration et des Finances (DPAF) à travers le Service des Etudes et de la Statistique (SES) 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 PLS-TP** : elles doivent remonter leurs données sous forme de rapports qui seront consolidés au niveau du SE/CNLS-TP. 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/SPAF, 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, c'est le point focal du conseil communal de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, les hépatites, les IST et les épidémies qui assure le suivi et l'évaluation des activités.

Au niveau arrondissements, l'ASCQ assure le Suivi-Evaluation des activités et veille au contrôle qualité des données générées par les activités des relais communautaires. Ce sont les relais communautaires qui sont à l'opérationnel en vue de la promotion de la santé.

10.2 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, des hépatites, des IST et des épidémies. 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 appuie les structures de mise en œuvre à entreprendre 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 :

- l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIP), 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 95-95-95 ;
- la mesure des taux spécifiques de létalité dus aux maladies à potentiel épidémique au décours des flambées épidémiques éventuelles ;
- les évaluations harmonisées des établissements sanitaires (HHFA) qui permettent de mesurer la disponibilité des services essentiels, la capacité opérationnelle des programmes et la qualité des données sanitaires ;
- l'étude sur les violences basées sur le genre et les violations des droits humains à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/Sida, des professionnelles de sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, de personnes transgenres et des consommateurs de drogues par injection ;
- une étude avec un focus intersectionnel sur les obstacles des personnes vivant avec un handicap pour accéder et utiliser les services de prévention, de dépistage et de prise en charge des maladies endémiques ;
- les études pertinents aux droits humains et au genre, notamment pour mesurer les progrès faits en matière de réduction des obstacles liés aux droits humains et au genre entravant l'accès aux services de prévention et prise en charge des pathologies prioritaires ;
- la revue à mi-parcours et la revue finale du PSNIE révisé 2024-2030.

XI. CADRAGE BUDGÉTAIRE DU PSNIE

11.1 Méthode de budgétisation du PSNIE

La méthode utilisée pour la budgétisation du PSNIE 2024-2030 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:

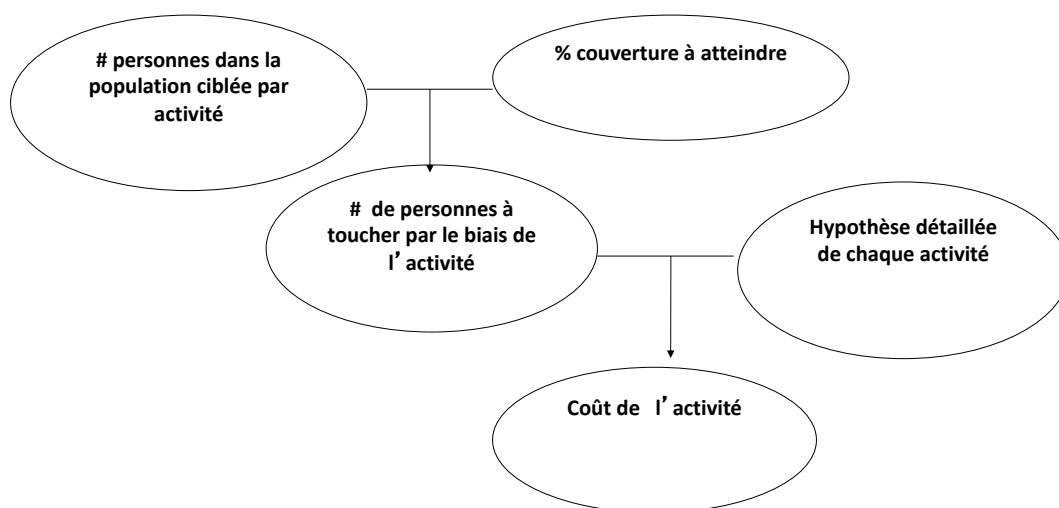


Figure 10 : Représentation de l'approche de budgétisation

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 feuillets 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 sept (7) ans en déterminant les ressources nécessaires pour chaque activité retenue.

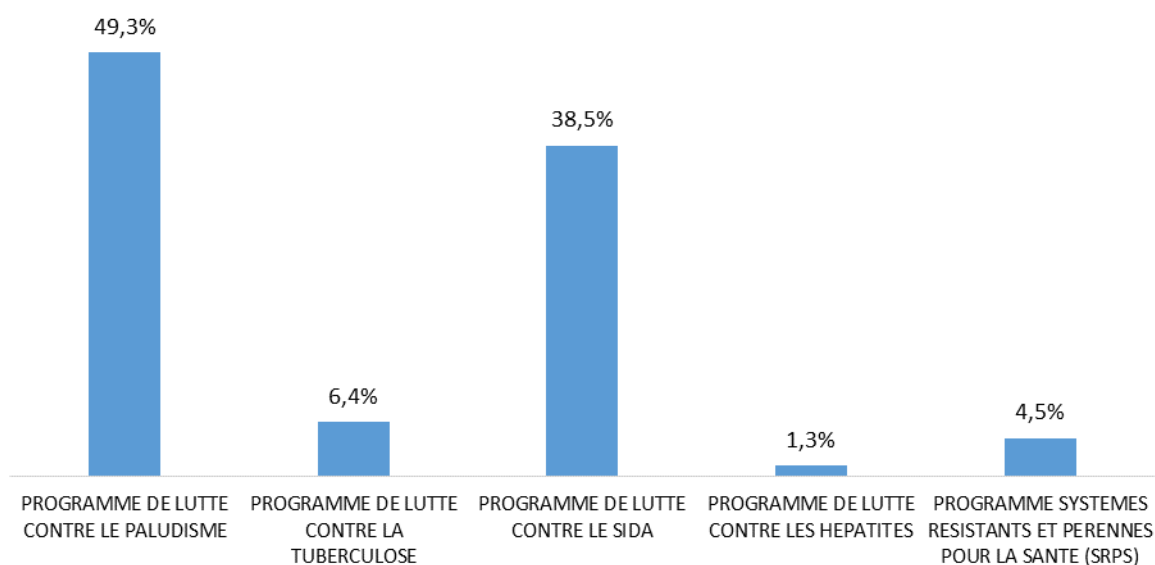
La budgétisation du Plan Stratégique National Intégré pour l'Élimination (PSNIE) du VIH/Sida, de la Tuberculose, du Paludisme, des Hépatites et des Infections Sexuellement Transmissibles pour la période 2024-2030, a été réalisée en tenant compte du cadre des résultats qui traduit, dans une chaîne logique de causalité, les cibles à atteindre d'ici 2030. Un plan opérationnel avec des activités et cibles annuels a été développé par les différents programmes de mise en œuvre du PSNIE, et la

budgetisation a tenu en compte les coûts unitaires calculés en référence aux informations financières découlant de la mise en œuvre par les divers programmes.

Sur la période 2024-2030, les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PSNIE sont estimées à 438.476.219.317 CFA soit 668.452.687 Euros.

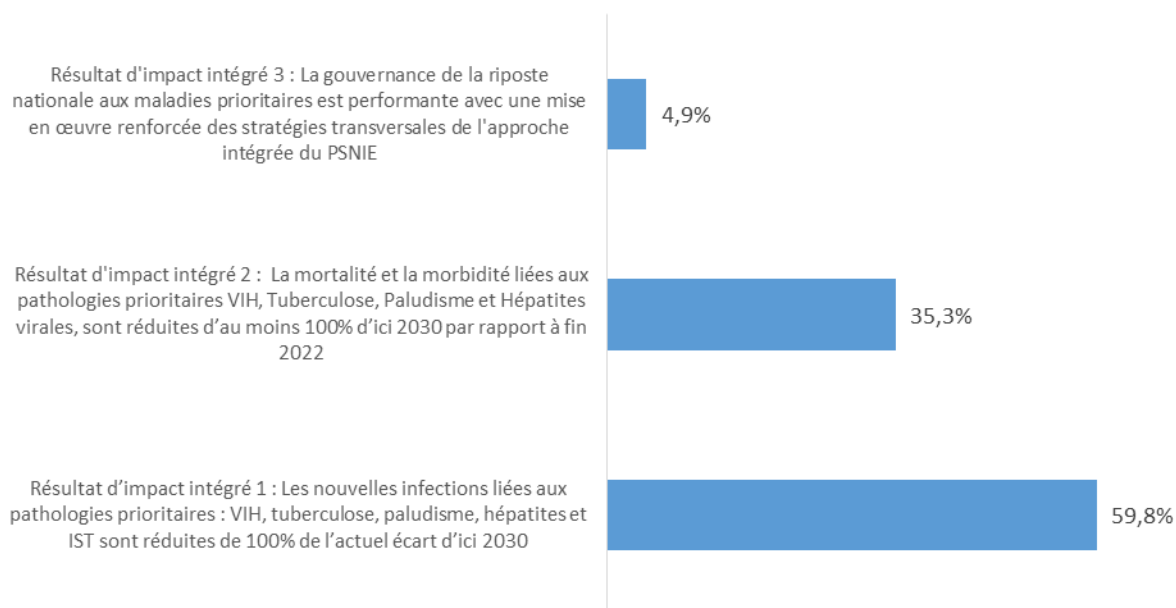
Les besoins en ressources financières pour le PSNIE sont essentiellement consacrés à la lutte contre le paludisme (49,3%) et la lutte contre le sida (38,5%). La lutte contre la tuberculose et les hépatites représentent respectivement 6,4% et 1,3%, tandis que le renforcement transversal du système de santé (SRPS) est valorisé à 4,5% des besoins totaux. Notons que pour ce dernier, les différents programmes ont budgétisé également le renforcement du système de santé spécifique à leurs interventions respectives.

Budget du PNSIE par Programmes



Au regard de la répartition du budget global du PSNIE en fonction des résultats d'impact, il transparaît que ce plan stratégique est plus orienté vers la prévention des pathologies prioritaires VIH, Tuberculose, Paludisme et Hépatites virales avec une proportion d'environ 60%, et la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à ces pathologies prioritaires représente presque 35% du budget total.

BUDGET DU PSNIE PAR RESULTATS D'IMPACT



Les tableaux ci-dessous montre la ventilation du budget du PSNIE selon les programmes, les résultats d'impact, les résultats d'effets ainsi que les modules du Fonds mondial (sauf pour la lutte contre les hépatites, car non financé par le Fonds mondial).

11.2 Résumé par programme (CFA)

PROGRAMMES	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	22 264 524 860	55 439 514 810	22 419 669 248	20 736 662 490	21 126 374 461	53 807 586 900	20 393 130 961	216 187 463 729	49,3%
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	7 151 015 334	3 332 093 802	3 484 517 132	3 549 996 177	3 557 503 676	3 361 126 214	3 698 480 147	28 134 732 481	6,4%
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA	24 911 960 133	22 837 471 482	24 018 113 352	23 848 586 813	24 645 909 745	23 633 770 745	24 900 798 966	168 796 611 236	38,5%
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES	958 226 552	804 000 000	798 372 000	797 000 000	770 372 000	760 000 000	760 372 000	5 648 342 552	1,3%
PROGRAMME SRPS	4 356 852 960	7 840 043 960	1 538 714 960	1 375 619 360	1 627 114 360	1 569 258 360	1 401 465 360	19 709 069 320	4,5%
TOTAL	59 642 579 839	90 253 124 054	52 259 386 692	50 307 864 839	51 727 274 241	83 131 742 218	51 154 247 434	438 476 219 317	100,0%

11.3 Résumé par résultats d'impact (CFA)

RESULTATS D'IMPACT	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
Résultat d'impact intégré 1 : Les nouvelles infections liées aux pathologies prioritaires : VIH, tuberculose, paludisme, hépatites et IST sont réduites de 100% de l'actuel écart d'ici 2030	29 469 425 676	60 555 154 473	28 633 973 212	27 300 786 330	27 394 454 274	60 974 046 043	28 028 095 200	262 355 935 208	59,8%
Résultat d'impact intégré 2 : La mortalité et la morbidité liées aux pathologies prioritaires VIH, Tuberculose, Paludisme et Hépatites virales, sont réduites d'au moins 100% d'ici 2030 par rapport à fin 2022	25 492 480 503	21 685 030 070	21 934 898 820	21 327 542 599	22 549 905 907	20 415 542 265	21 442 866 174	154 848 266 339	35,3%
Résultat d'impact intégré 3 : La gouvernance de la riposte nationale aux maladies prioritaires est performante avec une mise en œuvre renforcée des stratégies transversales de l'approche intégrée du PSNIE	4 680 673 660	8 012 939 510	1 690 514 660	1 679 535 910	1 782 914 060	1 742 153 910	1 683 286 060	21 272 017 770	4,9%
TOTAL	59 642 579 839	90 253 124 054	52 259 386 692	50 307 864 839	51 727 274 241	83 131 742 218	51 154 247 434	438 476 219 317	100,0%

11.4 Résumé par résultats d'effet (CFA)

RESULTATS D'EFFET	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
Résultat d'effet 1.1.1: D'ici à 2030, 90% des professionnels de sexe, HSH et transgenres, 80% des détenus et 70% des consommateurs de drogue injectable (CDI) et 95% des communautés de pêche utilisent le paquet de services de prévention combinée	4 315 342 275	3 791 155 353	3 748 954 742	3 922 234 566	3 792 167 120	3 525 500 919	3 880 448 319	26 975 803 293	6,2%
Résultat d'effet 1.1.2: D'ici à 2030, 40% 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 sensible au genre et inclusif	3 293 213 356	3 311 106 848	3 262 421 443	3 434 290 643	3 409 768 372	3 562 244 952	3 510 093 200	23 783 138 814	5,4%
Résultat d'effet 1.1.3: D'ici à 2030, 40% de la population générale utilisent les moyens de prévention contre le VIH et les IST, les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme	3 514 268 247	3 599 824 627	3 708 801 415	3 815 900 240	3 931 359 297	4 045 134 858	4 149 870 954	26 765 159 638	6,1%
Résultat d'effet 1.1.4: D'ici à 2030, la transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduite à moins de 2 %	1 929 402 350	2 082 255 550	2 094 609 851	2 182 699 943	2 281 344 197	2 377 147 640	2 483 532 027	15 430 991 558	3,5%
Résultat d'effet 1.1.5: D'ici à 2030, 100% des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou sexuels n'ont pas fait une séro-conversion	31 599 000	-	28 404 000	28 404 000	-	-	-	88 407 000	0,0%
Résultat d'effet 1.2.1 : L'incidence de la TB est réduite de 62 % d'ici 2030 par rapport à 2021	2 007 999 065	-	-	10 610 000	-	-	-	2 018 609 065	0,5%
Résultat d'effet 1.2.2: Le nombre de cas incidents est augmenté de 10%	2 238 894 634	1 198 720 324	1 276 567 071	1 268 556 737	1 320 961 115	1 233 972 833	1 325 034 028	9 862 706 743	2,2%

RESULTATS D'EFFET	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
<i>d'ici à 2030 (4111 en 2022 à 4522 cas en 2030)</i>									
Résultat d'effet 1.2.3: la communication sur la TB est assurée	176 180 000	162 000 000	162 000 000	176 180 000	162 000 000	162 000 000	162 000 000	1 162 360 000	0,3%
Résultat d'effet 2.1.1: D'ici à 2030, 98% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH	238 246 000	247 546 000	247 546 000	238 246 000	247 546 000	238 246 000	247 546 000	1 704 922 000	0,4%
Résultat d'effet 2.1.2: D'ici à 2030, 95% des PVVIH adultes, adolescents et enfants reçoivent un traitement antirétroviral	8 513 447 869	8 075 650 490	8 599 390 384	8 110 303 518	8 247 902 313	7 962 542 856	8 111 341 345	57 620 578 775	13,1%
Résultat d'effet 2.1.3: D'ici à 2030, 95% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) ont une charge virale supprimée à 12 mois	397 099 756	27 565 000	346 448 756	45 565 000	86 414 000	27 565 000	104 414 000	1 035 071 512	0,2%
Résultat d'effet 2.1.4: D'ici à 2030, 90% des PVVIH Coinfectées TB/VIH sont détectées	121 852 930	121 852 930	121 852 930	121 852 930	121 852 930	121 852 930	121 852 930	852 970 507	0,2%
Résultat d'effet 2.1.6: D'ici à 2030, 50% des PVVIH Coinfectées cancer du col de l'utérus sont détectées	36 077 635	-	36 077 635	36 077 635	-	-	-	108 232 905	0,0%
Résultat d'effet 2.1.7: D'ici à 2030, 80% des PVVIH et des populations clés en besoin d'accompagnement utilisent les services d'accompagnement psychologique, social et juridique	77 374 000	59 106 000	77 374 000	59 106 000	77 374 000	59 106 000	77 374 000	486 814 000	0,1%
Résultat d'effet 1.3.1: En 2030, 90 % des ménages utilisent au moins un moyen de prévention de lutte contre le paludisme	9 949 597 078	42 241 311 478	12 467 933 594	10 715 620 728	10 820 430 199	44 400 855 246	10 830 362 699	141 426 111 022	32,3%
Résultat d'effet 1.3.2 : La densité vectorielle dans les zones d'intervention est réduite de 75%	128 332 200	2 104 306 320	78 542 000	43 542 000	78 542 000	43 542 000	78 542 000	2 555 348 520	0,6%

RESULTATS D'EFFET	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
<i>Résultat d'effet 1.3.3 : 95% de la population générale adopte et maintient les comportements favorables en faveur de l'élimination du paludisme</i>	925 461 083	1 280 418 833	1 007 311 955	927 362 333	831 454 833	883 592 455	831 454 833	6 687 056 327	1,5%
<i>Résultat d'effet 1.4.1: 80% de la population cible utilisent le paquet complet de la prévention des hépatites virales B et C</i>	272 226 552	227 000 000	225 372 000	208 000 000	193 372 000	183 000 000	193 372 000	1 502 342 552	0,3%
<i>Résultat d'effet 1.4.2 : Réduire de 50% la transmission du virus de l'hépatite B et C de la mère à l'enfant à l'horizon 2030</i>	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	42 000 000	0,0%
<i>Résultat d'effet 2.2.1: Maintenir le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes à au moins 90% d'ici à 2030</i>	680 909 836	551 055 140	567 055 140	561 385 140	567 055 140	551 055 140	577 385 140	4 055 900 676	0,9%
<i>Résultat d'effet 2.2.2: Le taux de décès chez les patients co-infectés TB/VIH est réduit de 12% à moins de 10% d'ici à 2030</i>	118 498 400	101 960 000	101 960 000	118 498 400	101 960 000	101 960 000	118 498 400	763 335 200	0,2%
<i>Résultat d'effet 2.2.3: Au moins 85% des malades multi-résistants mis sous traitement de 2ème ligne d'ici à 2030 sont guéris</i>	17 600 000	17 600 000	17 600 000	17 600 000	17 600 000	17 600 000	17 600 000	123 200 000	0,0%
<i>Résultat d'effet 2.2.4: La proportion de patients tuberculeux et leurs familles supportant des coûts catastrophiques est réduite à 0% d'ici à 2030</i>	200 925 000	200 925 000	200 925 000	200 925 000	200 925 000	200 925 000	200 925 000	1 406 475 000	0,3%
<i>Résultat d'effet 2.2.5: la gestion psychosociale des malades de la tuberculose est assurée</i>	41 410 000	20 000 000	33 200 000	28 210 000	43 200 000	30 000 000	41 410 000	237 430 000	0,1%
<i>Résultat d'effet 2.2.6 : les stratégies innovantes de lutte contre les violations de droits humains et exploitations sexuelles en tuberculose sont menées d'ici en 2030</i>	32 110 000	5 000 000	12 110 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	32 110 000	96 330 000	0,0%

RESULTATS D'EFFET	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
Résultat d'effet 2.2.7 : la gestion du PNT est assurée	1 327 374 828	797 309 550	808 826 133	851 307 328	828 108 633	773 589 453	886 044 008	6 272 559 933	1,4%
Résultat d'effet 2.3.1: En 2030, 100% des cas suspects de paludisme sont confirmés à tous les niveaux	3 016 219 840	571 777 020	636 360 790	512 357 020	612 035 020	613 860 790	612 035 020	6 574 645 500	1,5%
Résultat d'effet 2.3.2 : En 2030, tous des cas suspects de paludisme (100%) sont traités selon les directives nationales à tous les niveaux	175 054 500	234 344 500	146 205 000	94 005 000	272 605 000	107 605 000	147 605 000	1 177 424 000	0,3%
Résultat d'effet 2.3.3 : La gestion interne et externe du programme est efficace	144 821 500	129 748 000	143 745 500	129 748 000	143 745 500	143 745 500	143 745 500	979 299 500	0,2%
Résultat d'effet 2.3.4 : Les ressources nécessaires sont suffisantes en quantité et en qualité pour une lutte optimale contre le paludisme	6 637 481 284	6 906 777 284	6 623 486 784	6 585 630 784	6 561 166 784	6 561 166 784	6 561 166 784	46 436 876 487	10,6%
Résultat d'effet 2.3.5 : La planification, la surveillance, le suivi/évaluation et l'archivage sont efficaces	67 158 308	47 087 808	53 147 808	53 147 808	38 447 808	38 447 808	38 447 808	335 885 156	0,1%
Résultat d'effet 2.4.1: 50% des personnes diagnostiquées pour hépatite B ou hépatite C sont prises en charge d'ici à 2030	284 000 000	267 000 000	267 000 000	284 000 000	267 000 000	267 000 000	267 000 000	1 903 000 000	0,4%
Résultat d'effet 2.4.2: D'ici à 2030, 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	240 000 000	240 000 000	240 000 000	240 000 000	240 000 000	240 000 000	240 000 000	1 680 000 000	0,4%
Résultat d'effet 2.4.3: La Coordination et le suivi- Evaluation des activités sont assurés	28 000 000	28 000 000	28 000 000	28 000 000	28 000 000	28 000 000	28 000 000	196 000 000	0,0%
Résultat d'effet 3.1 : La coordination et le leadership pour l'atteinte des résultats du PSNIE sont assurés	181 233 000	94 762 000	72 514 000	97 199 000	78 717 000	73 749 000	93 077 000	691 251 000	0,2%
Résultat d'effet 3.2 : Les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés	81 562 000	56 821 000	22 461 000	9 530 000	69 237 000	55 321 000	23 446 000	318 378 000	0,1%

RESULTATS D'EFFET	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
<i>Résultat d'effet 3.3 : L'augmentation et la pérennisation du financement de l'Etat, du secteur privé et des ressources externes de la lutte contre les maladies prioritaires sont assurées</i>	21 361 000	48 290 000	16 600 000	14 110 000	3 162 000	4 145 000	2 145 000	109 813 000	0,0%
<i>Résultat d'effet 3.4 : Les ressources humaines en santé sont disponibles et de qualité</i>	223 946 000	497 839 000	495 279 000	493 680 000	495 279 000	493 680 000	495 279 000	3 194 982 000	0,7%
<i>Résultat d'effet 3.5 : Le système d'approvisionnement est efficace et la distribution/cession des produits de santé est régulièrement assurée, et les équipements sont disponibles et maintenus</i>	499 836 440	510 460 440	172 203 440	169 940 440	286 228 440	283 965 440	58 178 440	1 980 813 080	0,5%
<i>Résultat d'effet 3.6 : Les services délivrés par le système de santé (Public, Privé et communautaire) sont résilients et pérennes pour améliorer la santé de la population</i>	2 938 375 520	6 188 963 520	351 570 520	212 223 920	333 165 920	212 223 920	333 165 920	10 569 689 240	2,4%
<i>Résultat d'effet 3.7 : La prise de décision stratégique est assurée et fondée sur des données fiables et produites en temps réel</i>	4 512 088 353	4 201 584 039	3 753 528 801	4 250 814 727	4 926 147 620	3 496 398 694	4 123 745 080	29 264 307 315	6,7%
TOTAL	59 642 579 839	90 253 124 054	52 259 386 692	50 307 864 839	51 727 274 241	83 131 742 218	51 154 247 434	438 476 219 317	100,0%

11.5 Résumé par modules du Fonds Mondial (CFA)

11.5.1 Lutte contre le sida

MODULES	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
<i>Mesures de prévention pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et leurs partenaires sexuels</i>	1 089 426 426	681 337 002	764 956 578	740 374 578	819 479 154	790 382 154	878 516 730	5 764 472 622	3,4%
<i>Mesures de prévention pour les professionnel(le)s du sexe, leurs client(e)s et autres partenaires sexuel(le)s</i>	741 554 069	729 260 308	747 553 509	754 272 120	764 231 511	573 030 022	601 121 009	4 911 022 547	2,9%
<i>Mesures de prévention pour les personnes transgenres et leurs partenaires sexuel(le)s</i>	238 863 600	218 958 600	218 958 600	238 863 600	218 958 600	218 958 600	238 863 600	1 592 425 200	0,9%
<i>Mesures de prévention pour les personnes qui consomment des drogues (injectables et non-injectables) et leurs partenaires sexuel(le)s</i>	233 472 375	216 510 338	202 901 750	247 080 963	202 901 750	216 510 338	233 472 375	1 552 849 889	0,9%
<i>Mesures de prévention pour les personnes incarcérées ou se trouvant dans d'autres lieux fermés</i>	62 527 000	34 749 000	54 749 000	42 527 000	54 749 000	29 989 000	57 767 000	337 057 000	0,2%
<i>Mesures de prévention pour les autres populations vulnérables</i>	3 588 625 153	3 632 904 533	3 775 993 322	3 877 384 147	3 970 147 204	4 078 214 765	4 188 658 861	27 111 927 985	16,1%
<i>Mesures de prévention pour les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires sexuels masculins dans des contextes où l'incidence du VIH est élevée</i>	3 293 213 356	3 311 106 848	3 262 421 443	3 434 290 643	3 409 768 372	3 562 244 952	3 510 093 200	23 783 138 814	14,1%
<i>Gestion du programme de prévention</i>	722 292 398	771 804 398	642 804 398	655 697 398	642 804 398	602 094 398	550 487 398	4 587 984 787	2,7%
<i>Élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B</i>	1 958 140 050	2 044 720 950	2 123 347 551	2 145 165 343	2 310 081 897	2 339 613 040	2 512 269 727	15 433 338 558	9,1%

MODULES	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
<i>Services de dépistage différenciés du VIH</i>	278 474 000	283 845 000	284 334 000	277 985 000	284 334 000	251 034 000	311 285 000	1 971 291 000	1,2%
<i>Traitement, prise en charge et soutien</i>	9 554 909 739	8 593 662 468	9 547 871 254	8 797 142 632	8 824 763 291	8 556 062 335	8 820 951 823	62 695 363 541	37,1%
<i>Tuberculose/VIH</i>	121 852 930	121 852 930	121 852 930	121 852 930	121 852 930	121 852 930	121 852 930	852 970 507	0,5%
<i>Réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose</i>	319 954 000	349 758 800	275 362 500	330 408 500	313 081 800	253 763 000	406 314 800	2 248 643 400	1,3%
<i>SRPS / PP : systèmes de laboratoire (y compris nationaux et périphériques)</i>	254 730 022	254 730 022	254 730 022	254 730 022	254 730 022	254 730 022	254 730 022	1 783 110 151	1,1%
<i>SRPS : systèmes de suivi et d'évaluation</i>	1 441 986 848	551 749 150	646 314 098	778 064 150	1 236 614 098	496 749 150	847 629 098	5 999 106 592	3,6%
<i>Gestion des programmes</i>	1 011 938 168	1 040 521 135	1 093 962 398	1 152 747 789	1 217 411 718	1 288 542 040	1 366 785 394	8 171 908 642	4,8%
TOTAL	24 911 960 133	22 837 471 482	24 018 113 352	23 848 586 813	24 645 909 745	23 633 770 745	24 900 798 966	168 796 611 236	100,0%

11.5.2 Lutte contre le paludisme

MODULES	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
<i>Lutte antivectorielle</i>	8 677 673 046	43 365 299 726	11 428 382 157	9 662 787 622	9 724 794 754	43 270 219 801	9 754 727 254	135 883 884 360	62,9%
<i>Gestion de cas</i>	8 913 024 035	6 527 871 215	6 504 315 485	6 328 111 715	6 606 389 715	6 443 215 485	6 481 389 715	47 804 317 367	22,1%
<i>Interventions de prévention spécifiques</i>	2 776 517 260	2 728 083 850	2 643 707 337	2 522 039 384	2 503 934 223	2 556 071 845	2 503 934 223	18 234 288 122	8,4%
<i>SRPS : systèmes de gestion des produits de santé</i>	64 973 000	103 413 500	59 298 000	52 175 000	59 298 000	59 298 000	59 298 000	457 753 500	0,2%
<i>SRPS : systèmes de suivi et d'évaluation</i>	824 726 502	1 491 453 502	771 050 752	1 203 363 752	1 296 062 252	542 886 252	657 886 252	6 787 429 264	3,1%
<i>Gestion des programmes</i>	1 007 611 017	1 223 393 017	1 012 915 517	968 185 017	935 895 517	935 895 517	935 895 517	7 019 791 116	3,2%
TOTAL	22 264 524 860	55 439 514 810	22 419 669 248	20 736 662 490	21 126 374 461	53 807 586 900	20 393 130 961	216 187 463 729	100,0%

11.5.3 Lutte contre la Tuberculose

MODULES	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
<i>Tuberculose/VIH</i>	118 498 400	101 960 000	101 960 000	118 498 400	101 960 000	101 960 000	118 498 400	763 335 200	2,7%
<i>Diagnostic, traitement et prise en charge de la tuberculose</i>	5 185 526 622	2 070 347 672	2 129 721 694	2 190 085 544	2 198 035 738	2 180 286 577	2 254 843 588	18 208 847 435	64,7%
<i>Diagnostic, traitement et prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante (DR- TB)</i>	19 600 000	19 600 000	19 600 000	19 600 000	19 600 000	19 600 000	19 600 000	137 200 000	0,5%
<i>Collaboration avec d'autres prestataires et secteurs</i>	6 080 000	6 080 000	6 080 000	6 080 000	6 080 000	6 080 000	6 080 000	42 560 000	0,2%
<i>Populations clés et vulnérables (PCV) – TB/DR-TB</i>	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000	14 700 000	0,1%
<i>Élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose</i>	44 820 000	5 000 000	12 110 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	44 820 000	121 750 000	0,4%
<i>SRPS / PP : systèmes de laboratoire (y compris nationaux et périphériques)</i>	264 569 413	152 210 292	199 883 017	145 638 833	199 883 017	87 523 896	141 768 080	1 191 476 549	4,2%
<i>SRPS : systèmes de suivi et d'évaluation</i>	204 733 571	199 773 788	226 523 788	233 973 571	219 023 788	207 273 788	247 013 571	1 538 315 864	5,5%
<i>Gestion des programmes</i>	1 305 087 328	775 022 050	786 538 633	829 019 828	805 821 133	751 301 953	863 756 508	6 116 547 433	21,7%
TOTAL	7 151 015 334	3 332 093 802	3 484 517 132	3 549 996 177	3 557 503 676	3 361 126 214	3 698 480 147	28 134 732 481	100,0%

11.5.4 Programme Systèmes Résistants et Pérennes pour la Santé (SRPS)

MODULES	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL	%
<i>SRPS : planification et gouvernance du secteur de la santé pour des services intégrés axés sur la personne</i>	181 233 000	94 762 000	72 514 000	97 199 000	78 717 000	73 749 000	93 077 000	691 251 000	0,4%
<i>SRPS : renforcement des systèmes communautaires</i>	2 639 126 000	6 014 542 000	38 747 000	13 030 000	72 737 000	58 821 000	26 946 000	8 863 949 000	5,3%
<i>SRPS : systèmes de financement du secteur de la santé</i>	21 361 000	48 290 000	16 600 000	14 110 000	3 162 000	4 145 000	2 145 000	109 813 000	0,1%
<i>SRPS : systèmes de gestion des produits de santé</i>	499 836 440	510 460 440	172 203 440	169 940 440	286 228 440	283 965 440	58 178 440	1 980 813 080	1,2%
<i>SRPS / PP : RHS et qualité des soins</i>	592 564 520	729 081 520	818 370 520	702 403 920	812 751 920	702 403 920	812 751 920	5 170 328 240	3,1%
<i>SRPS / PP : systèmes de laboratoire (y compris nationaux et périphériques)</i>	12 193 000	-	12 193 000	-	12 193 000	-	12 193 000	48 772 000	0,0%
<i>SRPS : systèmes de suivi et d'évaluation</i>	410 539 000	442 908 000	408 087 000	378 936 000	361 325 000	446 174 000	396 174 000	2 844 143 000	1,7%
TOTAL	4 356 852 960	7 840 043 960	1 538 714 960	1 375 619 360	1 627 114 360	1 569 258 360	1 401 465 360	19 709 069 320	11,7%

11.6 Analyse des gaps de financement du PSNIE (en Euros)

Cette analyse des gaps de financements est réalisée sur une période de trois ans (2024-2026) pour des raisons de prévisibilité de financements sur un délai raisonnable, et qui correspond aussi à la période couverte par la nouvelle subvention du Fonds mondial. Cette section servira aussi à remplir le formulaire de paysage de financement de cette subvention et tiendra en compte de la synthèse du budget du PSNIE en fonction des modules du Fonds mondial qui est reprise ci-dessus.

Concernant la lutte contre le sida, le tableau ci-dessous indique que le déficit de financement sur cette période représente 33% des besoins de financements. Il ressort aussi que les ressources nationales par rapport aux besoins globaux sont quasi constantes autour de 13%, traduisant ainsi une forte dépendance de la réponse au sida aux ressources extérieures notamment du Fonds mondial et du Gouvernement américain à travers le PEPFAR.

VIH/SIDA	2024	2025	2026	TOTAL
LIGNE A : Total des besoins de financement pour le plan stratégique national (indiquer les montants annuels)	37 978 038	34 815 501	36 615 378	109 408 917
Source nationale B3 : Recettes publiques	4 757 285	4 804 858	4 852 907	14 415 050
% Ressources Nationales	13%	14%	13%	13%
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)	99 354	99 354	99 354	298 063
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	159 619	163 802	159 619	483 041
Programme des Nations unies pour le développement (PNUD)	31 793	31 793	31 793	95 380
Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)	29 806	29 806	29 806	89 419
Gouvernement des États-Unis (USG)	6 060 606	6 060 606	6 060 606	18 181 818
Programme alimentaire mondial (WFP)	25 832	25 832	25 832	77 496
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	50 671	50 671	50 671	152 012
TOTALRESSOURCES EXTERIEURES (sans FM)	6 457 682	6 461 865	6 457 682	19 377 229
% Ressources Extérieurs	17%	19%	18%	18%
LIGNE E : Total des ressources prévisionnelles (montants annuels)	11 214 967	11 266 723	11 310 589	33 792 279
LIGNE F : Déficit de financement annuel prévisionnel (lignes A-E)	26 763 071	23 548 778	25 304 789	75 616 638
LIGNE G : Demande de financement dans la somme allouée au pays	<i>13 030 654</i>	<i>13 030 654</i>	<i>13 030 654</i>	39 091 962
TOTAL FONDS DISPONIBLES	24 245 621	24 297 377	24 341 243	72 884 241
LIGNE H : Total du déficit de financement résiduel (montants annuels) (lignes F-G)	13 732 417	10 518 124	12 274 135	36 524 676
% du GAP NON COUVERT	36,2%	30,2%	33,5%	33,4%

Concernant la lutte contre le paludisme, les besoins de financement non couverts sur 2024-2026 représente 28% des besoins de financements. Les ressources nationales par rapport aux besoins globaux sont constantes en valeurs et ne sont pas en harmonie avec la tendance à la hausse des besoins nationaux pour atteindre l'élimination du paludisme d'ici 2030. Ainsi, les ressources nationales en qui sont estimées en 2024 à 40% des besoins nationaux pourraient ne contribuer qu'à hauteur de 16% de ces derniers. La réponse au paludisme est également fortement dépendante des appuis financiers du Fonds mondial et du Gouvernement américain (PMI).

PALUDISME	2024	2025	2026	TOTAL
LIGNE A : Total des besoins de financement pour le plan stratégique national (indiquer les montants annuels)	33 942 049	84 516 995	34 178 565	152 637 610
Source nationale B3 : Recettes publiques	3 811 225	3 811 225	3 811 225	11 433 676
% Ressources Nationales	11%	5%	11%	7%
Gouvernement des États-Unis (USG)	13 650 000	13 650 000	13 650 000	40 950 000
% Ressources Extérieurs	40%	16%	40%	27%
LIGNE E : Total des ressources prévisionnelles (montants annuels)	17 461 225	17 461 225	17 461 225	52 383 676
LIGNE F : Déficit de financement annuel prévisionnel (lignes A-E)	12 111 809	12 197 577	60 366 952	84 676 338
LIGNE G : Demande de financement dans la somme allouée au pays	8 000 000	38 862 499	10 000 000	56 862 499
TOTAL FONDS DISPONIBLES	25 461 225	56 323 724	27 461 225	109 246 175
LIGNE H : Total du déficit de financement résiduel (montants annuels) (lignes F-G)	8 480 824	28 193 271	6 717 340	43 391 435
% du GAP NON COUVERT	25,0%	33,4%	19,7%	28,4%

Au niveau de la lutte contre la tuberculose, il apparaît qu'il y a deux principales sources de financement à savoir le Fonds mondial et le Gouvernement du Bénin dont la contribution est de 4% des besoins de financement sur la période 2024-2026. Le déficit de financement sur cette période s'élève à 67% des besoins nationaux.

TUBERCULOSE	2024	2025	2026	TOTAL
LIGNE A : Total des besoins de financement pour le plan stratégique national (indiquer les montants annuels)	16 152 914	4 824 881	5 083 819	26 061 615
Source nationale B3 : Recettes publiques	387 939	387 939	387 939	1 163 817
% Ressources Nationales	2%	8%	8%	4%
% Ressources Extérieurs (Sans FM)	-	-	-	-
LIGNE E : Total des ressources prévisionnelles (montants annuels)	387 939	387 939	387 939	1 163 817
LIGNE F : Déficit de financement annuel prévisionnel (lignes A-E)	15 764 975	4 436 942	4 695 880	24 897 798
LIGNE G : Demande de financement dans la somme allouée au pays	2 475 858	2 475 858	2 475 858	7 427 574
TOTAL FONDS DISPONIBLES	2 863 797	2 863 797	2 863 797	8 591 391
LIGNE H : Total du déficit de financement résiduel (montants annuels) (lignes F-G)	13 289 117	1 961 084	2 220 022	17 470 224
% du GAP NON COUVERT	82,3%	40,6%	43,7%	67,0%

11.7 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 tendant à handicaper les stratégies novatrices. Par ailleurs, il y a le non-respect des engagements des parties prenantes à cause du caractère multisectoriel du PSNIE, et l'existence de plusieurs niveaux décisionnels dans la mise en œuvre des activités. A cela s'ajoute la complexité des déterminants de la santé.

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, l'existence d'un plan de contingence opérationnel pour faire aux éventuelles épidémies/pandémies 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 qui est déjà en cours.

CONCLUSION

Le Plan Stratégique National Intégré pour l'Élimination du VIH/Sida, de la tuberculose, du paludisme, des hépatites, des IST et des épidémies 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 continuité du PSNIE 2020-2024. 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 au sein des structures de mise en œuvre du PSNIE, et le respect des engagements par les différentes parties prenantes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DÉCRET N° 2022-184 du 25 mars 2022 portant 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) 2021 de la BAD
3. Données Statistiques du Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
4. Annuaire des Statistiques Sanitaires 2021
5. Plan d'actions du Gouvernement 2021-2026
6. Règlement Sanitaire International (RSI) 2005
7. Politique Nationale de Santé Communautaire, 2019
8. Universal Health Coverage 2030
9. Enquête Socio Démographique de 2^{ème} Génération 2022
10. Etude IPERGAY, ANRS 2016
11. Rapport Global Aids Monitoring 2017
12. Etude survie 2022
13. Etude RAFAScreen 2015-2017
14. SHOPS, 2014
15. HHFA, 2022
16. 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
17. Annuaire des statistiques Programme Santé de Lutte contre le VIH/Sida
18. Données du Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
19. 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 »
20. 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 »
21. Adjanooun S: « Prévalence de l'infection par le VHC chez les malades hémodialysés. Thèse Med, Cotonou, 2007, N° 1347

22. Sèhonou J et al « Séroprévalence des anticorps antivirux de l'hépatite C dans une population de jeunes recrues au Bénin. J Afr Hepato Gastroenterol 2007, 1 : 103 – 105 »
23. 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 »
24. 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 »
25. 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 »
26. Sehonou J et al. « Prévalence et facteurs de risque de portage de l'AgHBs et des anticorps antivirux 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 »
27. Sehonou J et al. « Prévalence des anticorps antivirux de l'hépatite C chez des patients porteurs de sida sous traitement à Cotonou. Journal Africain d'Hépatogastroentérologie 2(4):163-166 »
28. 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 »
29. 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. »
30. Convention de Bâle
31. Convention de Rotterdam
32. Convention de Stockholm
33. Convention de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe sur les effets transfrontaliers des accidents industriels
34. Convention de Minamata
35. Objectifs de Développement Durable (ODD)
36. Sept piliers du système de santé définis par l'OMS en 2007
37. Nouvelles directives consolidées de l'OMS, recommandation 2016 et 2017
38. Stratégie de l'ONUSIDA 2016–2021
39. Stratégie « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida »

40. Stratégie « En finir avec la TB »
41. « Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2035 » ;
42. « [Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021](#) »
43. « [Stratégie mondiale du secteur de la santé, 2016-2021](#) » ;
44. « Accords de Paris sur l'efficacité de l'aide en 2005 »
45. Stratégies successives du Fonds Mondial 2012-2016 et 2017-2022
46. Stratégies GAVI 2016-2020
47. Orientations Stratégiques de Développement (OSD)
48. Plan National de Développement (PND)
49. Politique Nationale de Santé (PNS)
50. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2018-2023)
51. Plan de Déconcentration et de Décentralisation
52. Rapport de la Commission Technique des Réformes dans le Secteur de la Santé (CTRSS)
53. <https://fr.unesco.org/news/pourquoi-leducation-complete-sexualite-est-importante>
54. <http://francais.doingbusiness.org>