



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

# **PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES 2018-2022**



**Organisation  
mondiale de la Santé**



## **PREFACE**

Au Bénin, plus de 70 % de la morbidité sont imputables aux maladies transmissibles. Il s'impose de plus en plus la nécessité de prendre conscience du fardeau considérable que font peser les hépatites sur la santé publique comme ailleurs dans le monde. L'hépatite virale B (HVB) et l'hépatite virale C (HVC) sont les plus préoccupantes en raison du risque de passage à la chronicité avec les complications qui en résultent : la cirrhose et le cancer du foie qui sont les causes habituelles de décès chez ces patients. L'enquête nationale réalisée en 2013 chez les donneurs de sang montre des taux de prévalence de 9,9 % pour l'HVB et 4,12 % pour l'HVC, ce qui place le Bénin parmi les régions d'endémie élevée.

A l'échelle mondiale, le Rapport 2017 de l'OMS indique que 257 millions de personnes vivent avec une infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB), et 71 millions avec une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) ; ces deux endémies sont responsables de 1,34 million de décès dans le monde, chiffre comparable à celui de décès par tuberculose, mais inférieur au nombre de décès dû au VIH-SIDA. Malgré la lourde charge qu'elles font peser sur les populations dans toutes les régions du monde, ces maladies n'étaient pas vraiment considérées comme une priorité pour la santé et le développement jusqu'à une date récente. C'est en 2015 que l'objectif 3 de la résolution sur le Programme de Développement Durable à l'horizon 2030 a appelé expressément les Etats à prendre des mesures pour combattre l'hépatite virale. L'année suivante, l'Assemblée Mondiale de la Santé adoptait la première Stratégie Globale du Secteur de la Santé (SGSS) proposée par l'OMS en vue de l'élimination de l'hépatite à l'horizon 2030.

Dans ce contexte, pour se conformer aux orientations de la Politique Nationale de Santé, la situation préoccupante des hépatites virales au Bénin a été prise en compte dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2021. Il s'arrime sur le Programme d'Action du Gouvernement 2016-2021 en son pilier n°3 qui vise l'amélioration des conditions de vie des populations. C'est dans ce cadre que mon département ministériel avec l'appui technique et financier de l'OMS a initié l'élaboration d'un Plan Stratégique National de Lutte contre les Hépatites (PSNLH) 2018-2022.

Le PSNLH est la riposte nationale à ces menaces. Il s'inscrit dans la SGSS, et son élaboration s'est fondée rigoureusement sur l'analyse situationnelle et les recommandations actualisées de l'OMS. L'élaboration a privilégié l'approche participative et consensuelle de toutes les parties prenantes du système. Je reste conscient que sa réussite nécessite l'engagement de tous. J'y invite chaleureusement tous les professionnels de santé, les collectivités locales, les organisations communautaires de base, les organisations de la société civile, les ONG et les PTF. J'exprime ma sincère gratitude et ma profonde satisfaction à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce plan, ainsi qu'à l'OMS pour son accompagnement et son appui permanent, tout en les conviant à une synergie d'actions pour réussir sa mise en œuvre.

**Le Ministre de la Santé**



**Docteur Alassane SEIDOU**

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>AAD</b>	Antiviral d'Action Directe
<b>ABOSCHVi</b>	Alliance Béninoise des Organisations de la Société Civile contre les Hépatites Virales
<b>AgHBe</b>	Antigène e du virus de l'hépatite B
<b>AgHBs</b>	Antigène de surface du virus de l'Hépatite B
<b>AMM</b>	Autorisation de Mise sur le Marché
<b>ANV-SSP</b>	Agence Nationale de la Vaccination et des Soins de Santé Primaires
<b>Anti-HBc</b>	Anticorps dirigés contre l'antigène nucléocapsidique du virus de l'hépatite B
<b>Anti-HBs</b>	Anticorps dirigé contre l'AgHBs
<b>Anti-VHA</b>	Anticorps dirigés contre le virus de l'Hépatite A
<b>Anti-VHD</b>	Anticorps dirigés contre le virus de l'Hépatite D
<b>Anti-VHE</b>	Anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite E
<b>ANTS</b>	Agence Nationale de la Transfusion Sanguine
<b>ADN</b>	Acide désoxyribonucléique
<b>ARN</b>	Acide ribonucléique
<b>CHD</b>	Centre Hospitalier Départemental
<b>CDI</b>	Consommateurs de Drogues Injectables
<b>CHU-MEL</b>	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
<b>CNHP</b>	Centre National Hospitalier de Psychiatrie
<b>CHUPP</b>	Centre Hospitalier Universitaire de Pneumophtisiologie
<b>CNHU-HKM</b>	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
<b>CS</b>	Centre de Santé
<b>CSA</b>	Centre de Santé d'Arrondissement
<b>CSC</b>	Centre de Santé Communal
<b>CIPEC</b>	Centre d'Information, de Prospective et de Conseils
<b>DDS</b>	Direction Départementale de la Santé
<b>DHIS2</b>	District Health Information System 2
<b>DNSP</b>	Direction Nationale de la Santé Publique
<b>DPP</b>	Direction de la Programmation et de la Prospective
<b>DTCP</b>	Diphthérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>GAVI</b>	Global Alliance for Vaccination and Immunization
<b>HIA</b>	Hôpital d'Instruction des Armées
<b>HZ</b>	Hôpital de Zone

<b>IEC-CCC</b>	Information Education et Communication/Communication pour un Changement de Comportement
<b>IFN-PEG</b>	Interféron alpha Pégylé
<b>IgM</b>	Immunoglobuline M
<b>IPLH</b>	Initiative Panafricaine de Lutte contre les Hépatites
<b>OMD</b>	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLP</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PNT</b>	Programme National contre la Tuberculose
<b>PPTE</b>	Pays Pauvres Très Endettés
<b>PSLS</b>	Programme Santé de Lutte contre SIDA
<b>PSNLH</b>	Plan Stratégique National de Lutte contre les Hépatites
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>PVVHB/C</b>	Personne vivant avec le virus de l'hépatite B ou le virus de l'hépatite C
<b>RGPH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SEPS</b>	Service Etude, Planification et Suivi
<b>SGSS</b>	Stratégie Globale du Secteur de la Santé
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SIMR</b>	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
<b>SNIGS</b>	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
<b>SPIRS</b>	Service de la Planification, de l'Informatique et de la Recherche en Santé
<b>VHA</b>	Virus de l'Hépatite A
<b>VHB</b>	Virus de l'Hépatite B
<b>VHC</b>	Virus de l'Hépatite C
<b>VHD</b>	Virus de l'Hépatite D
<b>VHE</b>	Virus de l'Hépatite E
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>WHA</b>	World Health Assembly
<b>WHO</b>	World Health Organization

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	: Prévalence de l'hépatite B dans certains groupes de la population.....	16
Tableau 2	: Prévalence de l'hépatite C dans certains groupes de la population.....	17
Tableau 3	: Taux de prévalence des hépatites B et C chez les donneurs de sang.....	17
Tableau 4	: Synthèse de l'analyse situationnel : Forces. Faiblesses. Opportunités. Menaces.....	20
Tableau 5	: AAD recommandés en fonction du génotype avec la durée du traitement .....	29
Tableau 6	: Mécanisme de gestion des risques.....	37
Tableau 7	: Coût prévisionnel du PNSLH 2018-2022 par orientation stratégique .....	39
Tableau 8	: Evolution du budget sur les 5 ans.....	40

## RESUME

Dans le monde, les hépatites constituent de nos jours un véritable problème de santé publique. L'hépatite virale est une inflammation du foie provoquée par l'un des cinq types de virus A, B, C, D et E. Tous ces virus peuvent déterminer une infection aiguë du foie, asymptomatique dans plus de 80 % des cas. Les infections par les virus de l'hépatite B (VHB) et C (VHC) se singularisent par la possibilité de passage à la chronicité, avec le risque d'évolution vers des complications, (la cirrhose et le cancer du foie) qui sont les causes habituelles de décès. Ces maladies sont pourtant évitables. De plus, l'hépatite virale B (HVB) peut être éliminée, et l'hépatite virale C (HVC) peut être guérie. En effet, la vaccination contre l'HVB assure une protection très efficace et peut même conduire à son élimination tandis que les antiviraux d'action directe (AAD), faciles à administrer (par voie orale) sont bien tolérés et très efficaces contre l'HVC avec une guérison définitive chez plus de 90 % des malades.

L'OMS estime que, chaque année, les hépatites sont à l'origine de 1,34 million de décès résultant d'une infection aiguë, d'un cancer du foie ou d'une cirrhose, c'est-à-dire de dégâts d'une ampleur comparable à ceux causés par le VIH ou la tuberculose. Malgré la lourde charge que les hépatites virales font peser sur les populations dans toutes les régions du monde, elles n'étaient pas vraiment considérées comme une priorité pour la santé et le développement jusqu'à une date récente.

Au Bénin, les données disponibles selon l'enquête de prévalence de 2013 chez les donneurs de sang indiquent que les taux de prévalence sont de 9,9% pour l'hépatite virale B (HVB), et 4,12% pour l'hépatite virale C (HVC), ce qui place le Bénin dans les zones d'endémie élevée pour les deux maladies. Vu les enjeux, et conformément aux orientations de la Politique Nationale de Santé, la question des hépatites a été prise en compte dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017 – 2021 arrimé au Programme d'Action du Gouvernement (PAG) 2016-2021.

L'élaboration du présent Plan Stratégique National de Lutte contre les Hépatites (PSNLH) s'inscrit dans la Stratégie Globale du Secteur de la Santé pour l'élimination de l'hépatite à l'horizon 2030. Il constitue la réponse de notre pays à la menace que représentent ces endémies pour la santé de nos populations. Ce plan a pour vision : « A l'horizon 2030, la transmission de l'hépatite virale est stoppée au Bénin et toute personne atteinte d'hépatite virale a accès à des soins et traitements sûrs et à des coûts abordables ».

Ce plan a pour objectifs de : (i) Réduire de 20 % l'incidence des hépatites virales B et C ; (ii) Diminuer de 10 % la mortalité attribuable aux hépatites virales chroniques B et C ; (iii) Réduire de 50 % la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B.

Pour atteindre ces objectifs, les activités retenues s'articulent autour de six orientations stratégiques suivantes :

1. Prévention de la transmission du VHB et VHC
2. Dépistage des cas de HVB et HVC

3. Traitement et prise en charge globale des Personnes vivant avec le VHB ou le VHC (PVVHB/C) dans la cascade de soins
4. Surveillance épidémiologique des HVB et HVC
5. Recherche sur les hépatites virales B et C
6. Gestion, coordination et suivi-évaluation du plan

Pour ce faire, plusieurs interventions sont identifiées dont les douze prioritaires suivantes :

- Promouvoir l'Information, l'Education et la Communication pour des Changement de Comportement (IEC-CCC) et des normes sociales vis-à-vis des hépatites virales B et C
- Promouvoir la prévention de l'hépatite virale B par la vaccination
- Prévenir la transmission mère-enfant de l'hépatite B
- Sécuriser le don de sang, les injections et les autres produits biologiques
- Rendre disponible les intrants (réactifs, algorithmes, outils de rapportage, etc) pour le dépistage
- Développer les laboratoires
- Rendre disponibles les outils de gestion et d'opérationnalisation de la prise en charge, ainsi que les médicaments pour le traitement et le suivi des PVVHB/C
- Promouvoir la prise en charge communautaire des PVVHB/C
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique des hépatites chroniques et aiguës
- Promouvoir la recherche sur les hépatites virales
- Promouvoir une meilleure gestion, coordination et suivi-évaluation du plan
- Mettre en œuvre les activités de renforcement de capacités.

Le PSNLH couvre une période de 5 ans (2018-2022) et comporte trente et une activités prioritaires avec un coût global de douze milliards sept cent soixante millions quatre cent douze mille trois cent dix-huit (12 760 412 318) francs CFA.

La réussite de sa mise en œuvre fait intervenir le leadership du Ministre de la Santé, l'implication effective de toutes les parties prenantes y compris la société civile et les acteurs des autres programmes concernés (ANV-SSP, PSLs et ANTS notamment).

L'atteinte des résultats escomptés dans ce plan nécessite la mobilisation des ressources, assurée en grande partie par le budget de l'Etat, les Partenaires bilatéraux et multilatéraux mais aussi par les ONG nationales et internationales, le secteur privé et confessionnel et les communautés.

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	11
1. DONNEES GENERALES SUR LE BENIN.....	12
1.1 Généralités sur le Bénin.....	12
1.2 Profil sanitaire du Bénin.....	13
2. ANALYSE DE LA SITUATION DES HEPATITES VIRALES AU BENIN.....	16
2.1 Surveillance épidémiologique.....	16
2.2 Prévention.....	18
2.3 Dépistage .....	19
2.4 Prise en charge médicale et thérapeutique.....	19
2.5 Recherche.....	20
2.6 Coordination et gestion.....	20
2.7 Synthèse de l'analyse situationnelle : Foces. Faiblesses. Opportunités. Menaces.....	20
3. COMPOSANTES DE LA STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES.....	22
3.1 Vision et principes de stratégie.....	22
3.2 Objectifs du plan stratégique national de lutte contre les hépatites .....	23
3.3 Orientations stratégiques.....	23
4. COORDINATION ET GESTION DU PLAN.....	35
4.1 Cadre de mise en œuvre .....	35
4.2 Rôles et responsabilités des parties prenantes dans la lutte contre les hépatites virales.....	36
4.3 Gestion des risques.....	37
4.4 Financement du PSNLH.....	39
4.5 Mécaisme de suivi -évaluation.....	40
CONCLUSION.....	42
REFERENCES.....	43
LISTE DES PARTICIPANTS L'ETUDE ET A LA VALIDATION DU DOCUMENT.....	46
ANNEXES.....	49



## INTRODUCTION

L'hépatite virale est un problème mondial de santé publique touchant des millions de personnes chaque année et provoquant des incapacités et des décès. Elle est l'une des quatre endémies infectieuses les plus mortelles dans le monde avec le VIH-SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Au plan mondial, la morbidité liée à l'hépatite est en moyenne de 257 millions de personnes pour l'hépatite virale B, 71 millions de personnes pour l'hépatite virale C, 2,7 millions de personnes pour la co-infection VHB – VIH et 2,3 millions de personnes pour la co-infection VHC – VIH [1].

Au Bénin, une étude réalisée chez les donneurs de sang en 2013 a révélé que les prévalences nationales sont 9,9 % pour l'hépatite virale B et de 4,12% pour l'hépatite virale C [2]. Au regard de cette situation, la communauté internationale n'est pas restée muette. En effet, l'OMS en 2010, à travers la résolution WHA63.18 a déclaré l'hépatite virale comme une priorité de santé publique et le 28 juillet comme Journée Mondiale de lutte contre l'hépatite [3]. Par ailleurs, la résolution WHA67.6 du 24 mai 2014 recommande aux Etats Membres de mettre en place des plans stratégiques nationaux de lutte contre les hépatites (PSNLH) [4]. De même, cette résolution recommande aux institutions membres du système des Nations Unies d'inclure la lutte contre les hépatites dans leurs programmes de travail, et d'appuyer les Etats pour la mise en place de leurs PSNLH.

L'objectif 3 de la résolution de la 70<sup>ème</sup> Assemblée Générale des Nations Unies sur le Programme de Développement Durable à l'horizon 2030 appelle à lutter contre l'hépatite virale [5]. Le projet de Stratégie Globale du Secteur de la Santé (SGSS) 2016-2021 pour l'élimination de l'hépatite à l'horizon 2030 a défini le cadre de l'action mondiale [6]. Au niveau national, le Bénin s'est engagé dans ladite stratégie à travers la prise en compte des hépatites dans le PNDS 2017-2021. Il s'arrime sur le Programme d'Action du Gouvernement 2016-2021 en son pilier n°3 qui vise l'amélioration des conditions de vie des populations. L'élaboration du PSNLH constitue une riposte à cette endémie et s'inscrit dans la ligne de la stratégie globale.

Pour ce faire, le Ministère de la Santé à travers la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) a lancé le processus d'élaboration du PSNLH 2018-2022 en mettant en place un comité de pilotage qui a élaboré un premier draft soumis à l'étude et la pré-validation lors d'un atelier réunissant les acteurs du Ministère de la Santé, de l'OMS et de la Société Civile. Après cette étape de pré-validation, ce comité a procédé à l'intégration des amendements et à la budgétisation des activités retenues par consensus. Le plan ainsi réalisé est subdivisé en quatre parties :

- Données générales sur la République du Bénin ;
- Analyse de la situation des hépatites virales ;
- Composantes de la Stratégie Nationale de lutte contre les hépatites virales 2018-2022 ;
- Coordination et gestion du plan.



### 1.1.2 Organisation administrative

Sur le plan administratif, le Bénin compte 12 départements depuis le 15 janvier 1999, conformément à la loi N° 97-028 portant organisation de la République du Bénin. Ce sont : l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau et le Zou. Ces départements sont divisés en 77 communes dont trois ont un statut particulier. Il s'agit de Cotonou, Porto- Novo et Parakou. Les 77 communes sont subdivisées en 546 arrondissements comportant 3743 villages et quartiers de ville passés à 5295 conformément à la loi N°2013-05 du 27 mai 2013 portant création, organisation, attribution et fonctionnement des unités administratives locales en République du Bénin et la loi N°2015-01 du 06 mars 2015 qui l'a modifiée et la complétée. Le village est la plus petite unité administrative de l'arrondissement rural au même titre que le quartier de ville en milieu urbain. Un processus de décentralisation de l'administration visant la prise en charge du développement communautaire par les populations elles-mêmes est actuellement en cours.

### 1.1.3 Contextes économique et socioculturel

Le contexte économique au Bénin est dominé par le faible pouvoir d'achat des populations qui vivent dans un environnement très difficile caractéristique des pays en voie de développement. Le quatrième recensement général de la population et de l'habitat 2013 (RGPH4) a montré que 36,6 % de la population béninoise était pauvre [8]. Le Bénin fait partie des pays les moins avancés du monde et est classé parmi les Pays Pauvres Très Endettés (PPTÉ). La portion du budget général de l'Etat allouée au secteur de la santé est en constante baisse en pourcentage. Elle n'était que de 5,77 % en 2015 (PNDS 2017-2021). En dépit d'une croissance économique moyenne, le niveau de revenu par habitant n'a pas connu d'amélioration ces dernières années. Le Bénin occupe le 167<sup>ème</sup> rang sur 175 selon le Rapport Mondial sur le Développement humain 2016 [9]. Enfin, Sur le plan socioculturel, l'excision est encore pratiquée dans certaines régions.

### 1.1.4 Contexte démographique

Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, la population du Bénin est estimée à 10.008.749 habitants ; les tranches d'âge des moins de 5 ans (17 %) et des moins de 10 ans (16, 7%) représentent le tiers (33, 7 %) de la population totale [8].

## **1.2 Profil sanitaire du Bénin [10]**

Le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par une prédominance des maladies transmissibles et l'émergence des maladies non transmissibles au cours de ces dernières années. La plupart des interventions prioritaires du Ministère de la santé sont gérées par des agences et des programmes nationaux de santé parmi lesquels on peut citer, entre autres, le Programme Santé de Lutte contre le SIDA (PSLS), les Programmes Nationaux contre la Tuberculose (PNT), contre le Paludisme (PNLP) et contre les Maladies Transmissibles (PNLMT), l'Agence Nationale de vaccination et de Soins de Santé Primaires (ANV-SSP) et

l'Agence Nationale de la Transfusion Sanguine (ANTS). Cependant, certaines maladies transmissibles demeurent encore les principales causes de mortalité.

### 1.2.1 Le système national de santé

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial. Il comporte trois différents niveaux :

- **le niveau central ou national** est administré par le Ministère de la Santé qui, sur la base de l'orientation du programme d'action du gouvernement, élabore les Politiques, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du pays et assure leur mise en œuvre à tous les niveaux. A ce niveau, correspondent des structures de soins de référence que sont : *le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM), le Centre Hospitalier et Universitaire de Pneumo-Phtisiologie (CHUPP), le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP), le Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHUMEL) et le Centre National de Gériatrie* ; ce dernier est créé depuis 2013 mais n'est pas encore fonctionnel.
- **le niveau intermédiaire ou départemental** est administré par la Direction Départementale de la Santé (DDS). Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le niveau central, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé du niveau opérationnel ou périphérique. La structure de référence placée à ce niveau est le Centre Hospitalier Départemental (CHD) ou Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD).
- **le niveau périphérique ou opérationnel** représente la structure la plus décentralisée du système de santé. Les infrastructures sanitaires du niveau périphérique sont : les Centres de Santé (CS) et les Hôpitaux de Zone (HZ).

L'ordre de référence des différents centres de santé prévu dans le système de soins et services est le suivant : CS → HZ → CHD/CHUD → CNHU ou CHUMEL ou CHUPP.

### 1.2.2 Hygiène et assainissement de base

L'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux ouvrages d'assainissement de base, ainsi que la pratique de l'hygiène, ont des impacts notables sur la santé. Mais malheureusement au Bénin, les indicateurs qui caractérisent l'assainissement et l'hygiène de base ne sont pas encore satisfaisants :

- 56,3% des ménages défèquent dans la nature ;
- 69,7 % des ménages évacuent les eaux usées au dehors ou dans la nature ;
- 79,9 % des ménages évacuent les ordures ménagères dans la nature ou au dehors ;
- Le taux moyen de lavage des mains au moment critique est passé de 4% en 2006 à seulement 12% en 2011 [11].

### 1.2.3 Ressources humaines

En 2016, pour une population de 11.096.879 habitants, le Bénin dispose de 1.582 Médecins, soit 7.014 habitants par Médecin. Parmi ces derniers, seulement 08 Médecins hépato-gastro-entérologues servent dans 3 des 12 départements du pays. On note alors une insuffisance de Médecins en général et plus particulièrement de spécialistes hépato-gastro-entérologues.

Par ailleurs, le Bénin compte respectivement 5.116 Infirmiers Diplômés d'Etat, 1.407 Sages-femmes d'Etat, 1.327 Techniciens de Laboratoire et 82 Techniciens de Radiologie.

## 2. ANALYSE DE LA SITUATION DES HÉPATITES VIRALES AU BÉNIN

### 2.1 Surveillance épidémiologique

Au plan de la surveillance épidémiologique, il n'y a pas de veille stratégique incluant les hépatites. L'outil disponible est la fiche de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR). Néanmoins aucun rapport n'est établi en ce qui concerne les hépatites du fait des difficultés de diagnostic en périphérie.

#### 2.1.1 Informations sanitaires sur les hépatites

Les informations sanitaires sont gérées par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) dont l'organisation est calquée sur la pyramide sanitaire jusqu'à un passé récent. La zone sanitaire constitue le premier niveau de la gestion des informations sanitaires. Toutes les données sanitaires du niveau périphérique y sont collectées, analysées et saisies mensuellement dans le DHIS2. Le niveau intermédiaire qui est la Direction Départementale de la Santé assure le contrôle de qualité des données à travers son Service de la Planification, de l'Informatique et de la Recherche en Santé (SPIRS).

Le Service de Gestion du Système d'Information de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) du Ministère de la Santé finalise le contrôle de qualité et procède à la validation des données.

Les données disponibles au niveau de l'ANTS peuvent aussi contribuer à la surveillance épidémiologique.

Actuellement, le système d'information sanitaire au Bénin fournit très peu de données sur les hépatites virales parce que non prises en compte de façon efficace par la veille stratégique (Fiche de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte).

#### 2.1.2 Indicateurs épidémiologiques

Le Bénin ne dispose pas de données épidémiologiques relatives à la population générale sur les hépatites. Pour la prévalence, les données disponibles sont fragmentaires et concernent certains groupes de la population (Tableaux 1 et 2).

**Tableau 1** : Prévalence de l'hépatite B dans certains groupes de la population

Auteurs	Populations d'étude	Taux de prévalence (%)
Bigot et al <sup>[12]</sup>	Femmes enceintes	8,26
	Nouveau-nés de mères AgHBs +	20
Akalogoun <sup>[13]</sup>	Nouveau-nés de mères AgHBs +	45,5
Sehonou et al <sup>[14]</sup>	Patients co - infectés par le VIH sous traitement anti – rétroviral.	11,5
Adé et al <sup>[15]</sup>	Donneurs de sang de Cotonou	7,82

**Tableau 2 :** Prévalence de l'hépatite C dans certains groupes de la population

<b>Auteurs</b>	<b>Populations d'étude</b>	<b>Taux de prévalence (%)</b>
Adé et al <sup>[15]</sup>	Donneurs de sang de Cotonou	4,12
Déveloux et al <sup>[16]</sup>	Donneurs de sang Femmes enceintes	2,3 0,7
Sehonou et al <sup>[17]</sup>	Jeunes recrues de l'armée béninoise	7,5
Kodjoh et al <sup>[18]</sup>	Drépanocytaires multitransfusés	20
Adjanohoun <sup>[19]</sup>	Hémodialysés	23

Au niveau national, les seules données disponibles sont les résultats de l'enquête de prévalence des hépatites B et C chez les donneurs de sang, étude diligentée par le Ministère de la Santé en 2013 dans les 12 départements [2]. Elle donne une approche de l'étendue des endémies virales B et C dans la population (Tableau 3).

**Tableau3 :** Taux de prévalence des hépatites B et C chez les donneurs de sang

<b>Départements</b>	<b>Hépatite B</b>	<b>Hépatite C</b>
Atacora – Donga	20,15	12,42
Atlantique – Littoral	9,08	4,12
Borgou – Alibori	Données manquantes	
Mono – Couffo	8,24	1,45
Ouémé – Plateau	9,45	3,61
Zou – Colline	9,16	3,60
Prévalences nationales	9,9	4,12

Par ailleurs, le Bénin ne dispose pas de données sur la mortalité liée aux hépatites virales.

### 2.1.3 Influence des déterminants de la santé sur les hépatites virales - Impacts sur l'individu et la société

Les déterminants de la santé influencent considérablement les endémies virales. Le faible pourcentage du budget général de l'Etat alloué au secteur santé ainsi que le faible pouvoir d'achat des ménages limitent considérablement l'accès de la population au dépistage et à la vaccination, et l'accès des malades au diagnostic, au suivi médical et au traitement.

Les complications des hépatites chroniques B et C (cirrhose et cancer du foie) sont des maladies invalidantes. Elles sont sources de stigmatisation et de discrimination dans les

ménages, dans la communauté et sur les lieux du travail. Elles entraînent l'affaiblissement de la population active, la diminution de la productivité, l'appauvrissement des ménages. Pour les malades souffrant d'hépatite B, elles occasionnent la diminution de l'espérance de vie en raison du décès prématuré d'adultes jeunes le plus souvent de sexe masculin, laissant des veuves et des orphelins de bas âge sans ressources.

## **2.2 Prévention**

### **2.2.1 Sensibilisation**

Les programmes d'Information, Education et Communication pour un Changement de Comportement (IEC-CCC) à l'endroit du grand public et des populations à risque sont peu développés, et non financés par l'Etat. La Journée Nationale contre l'Hépatite du 30 septembre 2013 a été le point de départ de la croisade contre les hépatites au Bénin. Depuis cette date, des campagnes de sensibilisation de masse sont organisées chaque année à l'occasion de la Journée Mondiale contre l'Hépatite à l'initiative des ONG, notamment celles organisées par l'Alliance Béninoise des Organisations de la Société Civile contre les Hépatites Virales (ABOSCHVi). Le défaut de sensibilisation a pour conséquences une insuffisance de connaissance de la population générale et des malades sur la maladie, les moyens de prévention et les possibilités de traitement.

### **2.2.2 Vaccination**

La vaccination contre l'hépatite B a été introduite au Bénin dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en 2002 avec le concours du GAVI. Le vaccin contre l'hépatite B est intégré au pentavalent DTCP - hépatite B qui n'est administré qu'à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine de la vie de l'enfant. Or, dans les pays endémiques comme le Bénin, la majeure partie des contaminations surviennent avant cette date. C'est pourquoi l'OMS recommande la vaccination systématique des nouveau-nés dans les vingt-quatre heures suivant la naissance.

En dehors du PEV, la vaccination est généralement pratiquée par des ONG dans certains groupes de la population, notamment dans les établissements scolaires, les institutions et les garnisons, et sur les places publiques le plus souvent avec l'autorisation de certaines autorités politico-administratives et sanitaires, mais sans contrôle de qualité. La vaccination ciblée des groupes à risque, notamment les nouveau-nés, les femmes enceintes et les adolescents, est très peu pratiquée. Seuls les personnels de santé ont été vaccinés ponctuellement en 2006 et 2007.

### **2.2.3 Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)**

Les politiques existantes en matière de la santé de la mère et de l'enfant au Bénin ne prennent pas encore en compte la prévention de la transmission de l'hépatite B de la mère à l'enfant, en dehors de quelques initiatives de vaccination à la naissance dans certaines formations sanitaires (CNHU, CHU-MEL, etc.). Cette situation est donc un défi à relever au niveau de cette cible.

#### 2.2.4 Sécurité du sang et des injections

La sécurité du sang est assurée par la recherche systématique de l'AgHBs et des anti-VHC chez tous les donneurs de sang. L'utilisation des aiguilles et seringues à usage unique est systématique dans les formations sanitaires. Tel n'est pas toujours le cas quand les soins sont administrés en dehors de centres de santé ou par un personnel non qualifié. Les actes exercés par les non professionnels de la santé et entraînant une effraction cutanée (scarification, tatouage, acupuncture, circoncision non médicalisés, piercing...) comportent un risque de transmission des hépatites. Il n'y a pas d'action spécifique en faveur des usagers de drogue.

### **2.3 Dépistage**

Le dépistage permet de révéler le statut sérologique d'une personne par rapport à l'infection aux virus de l'hépatite. En dehors des donneurs de sang chez qui l'AgHBs et les anticorps anti-virus de l'hépatite C (anti-VHC) sont systématiquement recherchés, il n'y a pas de réglementation au niveau national sur les stratégies de dépistage et pour les populations à dépister. En général, le dépistage est pratiqué dans les communautés (établissements scolaires, garnisons, institutions, places publiques) de façon informelle par les ONG sans supervision des autorités sanitaires. Il se pose alors le problème de la qualité des réactifs utilisés dont dépend la fiabilité des résultats. Le dépistage des hépatites est pratiqué occasionnellement par les agents de santé lors des consultations médicales. Il n'est pas systématique chez les femmes enceintes, ni en pré-nuptial. Enfin il n'y a pas de centre de référence pour cette activité. Cette situation a comme conséquence l'ignorance des malades sur leur état de santé. Plus de 95 % des malades d'hépatites dans le monde n'ont pas connaissance de leur maladie.

### **2.4 Prise en charge médicale et thérapeutique**

La prise en charge thérapeutique des patients est actuellement assurée seulement dans cinq centres de Santé répartis dans 3 départements sur les 12 que compte le Bénin : Le CNHU-HKM, l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Cotonou et la Clinique de la Marina à Cotonou dans le Département du Littoral, la Clinique les Archanges à Sémè-Podji dans le département de l'Ouémé et le Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) du Borgou.

L'accès des malades mono-infectés par le VHB au ténofovir à un prix subventionné a été accordé par le Ministère de la Santé. Les Antiviraux d'Action Directe (AAD) actifs sur l'hépatite C sont disponibles à Cotonou à des prix sensiblement inférieurs à ceux pratiqués en Europe, mais qui restent encore trop élevés pour le budget des ménages et de l'Etat. Les malades éligibles au traitement sont pris en charge sur le budget national ou assurent le traitement sur fonds propres.

Le facteur limitant de l'accès au traitement est le coût excessif du bilan d'éligibilité hors de portée pour la très grande majorité des patients qui ne bénéficient pas d'une prise en charge pour les examens biologiques ou d'imagerie médicale. En définitive, moins de 1 %

des malades d'hépatite reçoivent un traitement ou font l'objet d'un suivi médical. L'absence d'un système d'orientation des malades, et l'insuffisance des centres de référence ont pour conséquences les errances des malades dans la quête de soins, qui se terminent généralement dans des impasses thérapeutiques.

## 2.5 Recherche

La recherche sur les hépatites virales permet d'une part de décrire la situation de ces endémies au Bénin afin d'orienter les actions à mener pour la riposte. Les études menées ont renseigné sur les connaissances et croyances des patients au sujet de leur maladie [20], les connaissances attitudes et pratiques des médecins généralistes à propos du dépistage et de la prise en charge des malades souffrant d'hépatite [21-24], et sur les itinéraires thérapeutiques des patients [25].

Actuellement, aucune étude d'impact n'est menée en termes de recherche à cause de l'absence d'un plan structuré de lutte contre les hépatites au Bénin. Cette situation n'a pas permis d'étudier l'efficacité d'éventuels traitements aussi bien du côté de la médecine traditionnelle que de la médecine moderne.

## 2.6 Coordination et gestion

Jusqu'ici il n'existe pas un cadre institutionnel et organisationnel légal pour la gestion, la coordination, et le suivi-évaluation de la lutte contre les hépatites virales au Bénin. Le fer de lance de la lutte contre des endémies en Afrique francophone a été l'Initiative Panafricaine de Lutte contre les Hépatites (IPLH). Lors de la Conférence Internationale de cette institution à Dakar du 26 au 28 Juillet 2011, des points focaux ont été désignés pour sensibiliser les décideurs politiques sur ces endémies. Celui du Bénin a été entériné par le Ministre de la Santé en Avril 2013. Depuis lors, les activités de lutte contre les hépatites sont menées sous la houlette du Point Focal avec l'appui du Ministère de la Santé et l'Alliance Béninoise de la Société Civile contre les Hépatites Virales (ABOSCHVi) avec des ressources limitées.

## 2.7 Synthèse de l'analyse situationnelle

La synthèse de l'analyse de la situation des hépatites est reportée dans le tableau 4.

**Tableau 4. Synthèse de l'analyse situationnelle : Forces. Faiblesses. Opportunités. Menaces**

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Existence d'une volonté politique affirmée</li> <li>➤ Vote de la loi N° 2017-028 portant prévention prise en charge et contrôle des hépatites virales B et C en République du Bénin</li> <li>➤ Existence d'un système de vaccination fonctionnel (PEV de routine)</li> <li>➤ Prise en compte des hépatites dans le guide technique de la SIMR</li> <li>➤ Mise en place du DHIS2</li> <li>➤ Existence de l'ANTS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Faible capacité des acteurs en matière de veille sanitaire sur les hépatites virales</li> <li>➤ Insuffisance du personnel qualifié</li> <li>➤ Inexistence d'un laboratoire de référence</li> <li>➤ Non promulgation de la loi votée portant prévention prise en charge et contrôle des hépatites virales B et C en République du Bénin</li> <li>➤ Inexistence d'un plan stratégique de communication de lutte contre les hépatites</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Célébration annuelle de la journée mondiale de lutte contre les hépatites</li> <li>➤ Existence des relais communautaires</li> <li>➤ Existence des laboratoires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</li> <li>➤ Dépistage systématique des hépatites virales chez les donneurs de sang</li> <li>➤ Disponibilité des hépato-gastroentérologues à lutter efficacement contre les hépatites virales</li> <li>➤ Existence de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels</li> <li>➤ Existence du Laboratoire National de Contrôle de Qualité</li> <li>➤ Disponibilité des antiviraux</li> <li>➤ Existence de centres de santé</li> <li>➤ Existence de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie</li> <li>➤ Existence d'autres programmes de santé avec lesquels le programme de lutte contre les hépatites virales peut interagir sur le terrain</li> <li>➤ Existence de quelques recherches sur la prévalence des hépatites virales dans certains groupes de la population, sur les itinéraires thérapeutiques et autres ;</li> <li>➤ Existence de la Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle</li> <li>➤ Existence d'enquête CAP des médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge des malades d'hépatites</li> <li>➤ Existence des résultats des travaux de recherche sur la connaissance et les croyances des patients sur les hépatites</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Faible pratique de la vaccination des groupes à risque</li> <li>➤ Insuffisance d'équipements et réactifs pour la prise en charge des hépatites</li> <li>➤ Manque de renforcement de compétence des techniciens de laboratoire en la matière</li> <li>➤ Dépistage biologique anarchique des hépatites par des ONG sans contrôle de qualité</li> <li>➤ Absence d'un programme de lutte contre les hépatites</li> <li>➤ Insuffisance de ressources humaines pour la prise en charge des hépatites</li> <li>➤ Nombre réduit des hépato-gastroentérologues</li> <li>➤ Inaccessibilité financière et géographique du bilan pré-thérapeutique et de suivi</li> <li>➤ Inaccessibilité financière et géographique des antiviraux</li> <li>➤ Non inscription de certains Antiviraux et vaccins sur la liste des médicaments essentiels</li> <li>➤ Insuffisance de connaissance des professionnels de santé sur les hépatites virales</li> <li>➤ Déficit de collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle</li> <li>➤ Insuffisance de recherche sur les grandes thématiques des hépatites virales (fardeau de la maladie, efficacité thérapeutique et autres...)</li> <li>➤ Faible implication de la société civile</li> </ul>
<b>OPPORTUNITE</b>	<b>MENACES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Existence de ABOSCHVi et d'un Plan stratégique de lutte contre les hépatites de la Société Civile</li> <li>➤ Existence d'autres programmes ayant presque les mêmes cibles (service de surveillance épidémiologique), les mêmes approches de lutte et les mêmes objectifs (ANTS, ANV-SSP)</li> <li>➤ Existence du CNLS-TP</li> <li>➤ Existence de l'Agence Nationale de la Pratique de la Médecine Traditionnelle (ANAPRAMETRA)</li> <li>➤ Existence de jardins de plantes médicinales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Préjugés socioculturels défavorables</li> <li>➤ Existence de Pratiques non réglementées relatives au dépistage, à la vaccination et au traitement</li> <li>➤ Insuffisance du budget alloué au Ministère de la Santé en contradiction à la déclaration d'Abuja</li> <li>➤ Ignorance des populations de l'existence de traitements de médecine moderne efficaces</li> </ul>

### 3. COMPOSANTES DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES HÉPATITES VIRALES 2018-2022

Le Plan Stratégique National Hépatites 2018 – 2022 et les actions retenues sont basés sur l'état actuel des connaissances en matière de prévention et de dépistage des hépatites, et en matière de soins et traitement des malades atteints d'hépatites, telles que mentionnées dans le document-cadre de l'OMS pour l'action mondiale [26], les guides et les lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes ayant une infection chronique par le VHB (actualisés en 2015) ou le VHC (actualisés en 2016) [27-30], les guides pour les examens biologiques [31], la surveillance et le suivi-évaluation [32, 33].

#### 3.1 Vision et principes de la stratégie

##### 3.1.1 Vision

A l'horizon 2030, la transmission de l'hépatite virale est stoppée au Bénin et toute personne atteinte d'hépatite virale a accès à des soins et traitements sûrs, efficaces et à des coûts abordables.

##### 3.1.2 Principes directeurs

Pour la définition des objectifs et le choix des actions à mener, les principes ci-dessous ont été suivis :

- *Connaissance* : le plan tient compte des meilleures connaissances disponibles résumées dans les documents indiqués au début de ce chapitre ;
- *Equité* : une attention particulière est accordée aux groupes les plus vulnérables définis comme suit : les nouveau-nés; les femmes enceintes, les enfants de 0 à 59 mois, les adolescents, l'entourage de porteurs chroniques des virus de l'hépatite B ou C vivant sous le même toit, le personnel de santé, les transfusés et les receveurs de produits dérivés du sang, les hémodialysés et les personnes exposées à un risque de transmission nosocomiale, les sujets à partenaires sexuels multiples, les partenaires sexuels de personnes atteintes d'hépatite virale B ou C, les consommateurs de drogues injectables ou per nasale, les personnes privées de liberté, les personnes vivant ou ayant vécu en garnison, les personnes subissant des actes non médicaux par effraction cutanée (tatouages, piercings, acupuncture, pédicure, circoncision non médicalisée...) et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- *Protection* : le plan porte une attention particulière à la mère, aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents ;
- *Précocité* : le plan privilégie les actions les plus précoces pour éviter la survenue ou l'aggravation des complications liées aux hépatites chroniques ;

- *Efficacité économique* : le choix des actions et des stratégies est basé sur leur impact en termes de santé publique rapporté aux ressources nécessaires à leur réalisation ;
- *Inter-sectorialité* : les stratégies d'action proposées coordonnent autant que nécessaire les interventions de l'ensemble des secteurs concernés pour atteindre les objectifs définis ;
- *Concertation* : la discussion des objectifs et l'élaboration du plan ont fait l'objet d'une large concertation ;
- *Evaluation* : les indicateurs qui permettront d'évaluer les actions menées ont été clairement définis.

### **3.2 Objectifs du Plan Stratégique National**

#### **3.2.1 Objectif général**

L'objectif général du Plan Stratégique National Hépatites du Bénin est d'assurer la prévention et la lutte contre les hépatites virales.

#### **3.2.1 Objectifs spécifiques**

Il s'attribue les objectifs suivants qui sont en lien avec les objectifs de l'OMS:

- Réduire de 20% l'incidence des hépatites virales B et C à l'horizon 2022 ;
- Réduire de 10% la mortalité attribuable aux hépatites virales chroniques B et C à l'horizon 2022 ;
- Réduire de 50% la transmission de la mère à l'enfant du virus de l'hépatite B à l'horizon 2022.

### **3.3 Orientations stratégiques**

Pour l'atteinte de ces objectifs spécifiques, six orientations stratégiques (OS) ont été définies :

- OS1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VHB et du VHC ;
- OS2 : Promotion du dépistage systématique des VHB et VHC ;
- OS3 : Prise en charge globale des hépatites virales B et C dans la cascade de soins ;
- OS4 : Renforcement de la surveillance épidémiologique des hépatites virales B et C ;
- OS5 : Promotion de la recherche sur les hépatites virales B et C ;
- OS6 : Gestion, coordination et suivi-évaluation du plan stratégique.

#### **3.3.1 Orientations Stratégiques (OS1) : Renforcement de la prévention de la transmission du VHB et du VHC**

La prévention de la transmission comprend quatre volets :

- la sensibilisation

- la vaccination contre l’hépatite virale B
- La Prévention de la Transmission Mère-Enfant
- la sécurisation du sang, des injections et des produits biologiques

#### 3.3.1.1 La sensibilisation

La sensibilisation permet d’informer et d’éduquer les populations sur la définition de la maladie, ses principales manifestations, les facteurs de risque, les populations à risque, les moyens de prévention et les possibilités de traitement. Elle constitue donc une réponse globale de santé publique à la menace des hépatites virales. La célébration annuelle de la journée mondiale de lutte contre les hépatites est une occasion idéale pour les activités de sensibilisation. Les messages doivent être adaptés en fonction de la cible visée.

► **Intervention 1** : Promouvoir l’Information, l’Education et la Communication pour des Changement de Comportement et des normes sociales (IEC-CCC) vis-à-vis des hépatites virales B et C.

- Activités

- Célébrer annuellement la Journée Mondiale de Lutte contre l’hépatite ;
- Elaborer le plan de communication de prévention et de lutte contre les hépatites virales B et C ;
- Mettre en œuvre le plan de communication élaboré pour un changement de comportements de la population.

- Cibles

Toutes les catégories socioprofessionnelles constituent les cibles : population générale, leaders politiques et administratifs, leaders d’opinion, et OSC, professionnels de la presse écrite et audio-visuelle, personnel de la santé, praticiens de la médecine traditionnelle, esthéticiens et esthéticiennes, coiffeurs et coiffeuses, et autres groupes concernés utilisant des pratiques invasives ou à risque.

#### 3.3.1.2 Vaccination contre l’hépatite virale B

La vaccination contre l’hépatite virale B par le vaccin monovalent assure une immunité durable. Elle est particulièrement indiquée chez les personnes vulnérables et les populations à risque.

► **Intervention 2** : Promouvoir la prévention de l’hépatite virale B par la vaccination

- Activités

- Organiser la vaccination systématique du personnel de santé en cours d'emploi et en formation ;
- Promouvoir la vaccination de rattrapage contre l’hépatite virale B pour les adolescents de 11 à 15 ans ;

- Promouvoir la vaccination des personnes à risque séronégatives ;
- Rendre accessible le vaccin contre l'hépatite virale B à la population générale et aux personnes à risque en particulier ;
- Organiser une campagne de vaccination pour les séronégatifs dans le cadre de la quinzaine de la Journée Mondiale contre l'Hépatite virale (Prévoir les trois doses 0-1-6 mois) ;
- Assurer un approvisionnement régulier et suffisant en vaccins pré-qualifiés contre l'hépatite virale B.

- Cibles

Populations à risque entourage d'un sujet infecté par le VHB (personnes vivant sous le même toit) ; personnes transfusées ou ayant reçu des dérivés du sang, hémodialysés, personnes ayant reçu des injections avec des aiguilles souillées, les bénéficiaires d'actes avec effraction cutanée (scarification, circoncision non médicalisée, tatouage, piercing, acupuncture...), les usagers de drogues ; les partenaires sexuels des personnes infectées par le VHB, les personnes ayant des comportements sexuels à risque (travailleuses du sexe, personnes ayant des partenaires sexuels multiples, homosexuels) ; les personnes vivant avec le VIH, les pensionnaires des hôpitaux psychiatriques, les personnes vivant en garnison, la population carcérale.

### 3.3.1.3 Prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B

La voie verticale mère-enfant et la voie horizontale qui est la contamination du nouveau-né par un membre de l'entourage familial sont les modes de transmission largement prépondérants au Bénin.

### ► **Intervention 3** : Prévenir la transmission mère-enfant de l'hépatite B

- Activités

- Renforcer les capacités du personnel des services de néonatalogie, de gynécologie-obstétrique et des maternités en matière de la prévention de la transmission mère-enfant ;
- Promouvoir le dépistage systématique de l'hépatite virale B en pré-nuptial ;
- Organiser le dépistage systématique de l'hépatite virale B chez les gestantes ;
- Assurer la vaccination systématique des gestantes séronégatives contre l'HVB ;
- Assurer la vaccination systématique des nouveau-nés dans les vingt-quatre heures suivant la naissance.

- Cibles

Les femmes enceintes et les nouveau-nés.

### 3.3.1.4 Sécurité du sang, des injections et des produits biologiques

La recherche de l'AgHBs et des anti-VHC est systématique lors des dons de sang en République du Bénin, mais les donneurs de sang séronégatifs lors du premier don ne

bénéficient actuellement d'aucune prise en charge particulière. Les pratiques à risque avec effraction cutanée définies plus haut doivent être prévenues par la sensibilisation des professionnels non médicaux adeptes de ces pratiques pour des changements de comportement. Les dons d'organe et l'insémination artificielle sont soumis à la législation en la matière.

► **Intervention 4** : Sécuriser le don de sang, les injections et les autres produits biologiques

- Activités

- Dépister systématiquement l'AgHBs et l'anti-VHC chez les donneurs de sang.
- Assurer la vaccination systématique des donneurs de sang dépistés séronégatifs au premier don ;
- Elaborer les procédures standards de prise en charge des accidents par exposition au sang par rapport au risque d'hépatites B et C ;
- Assurer la distribution gratuite de kit, de seringues et d'aiguille à usage unique aux consommateurs de drogue par voie injectable.
- Sensibiliser et distribuer de préservatifs aux personnes ayant des comportements sexuels à risque.

- Cibles

Donneurs de sang, personnes dépistées séronégatives au premier don, personnel de santé, professionnels non médicaux pratiquant des actes avec effraction cutanée, consommateurs de drogue injectable, personnes avec des comportements sexuels à risque.

► **Résultats attendus**

- La population générale, les populations vulnérables et à risque, les praticiens d'actes non médicaux entraînant une effraction cutanée, ont une bonne connaissance sur les hépatites, les facteurs de risque, les moyens de prévention et les possibilités de traitement ;
- Le vaccin contre l'hépatite B est accessible à la population générale et aux personnes à risque ;
- La Prévention de la Transmission Mère-Enfant est assurée ;
- La couverture vaccinale des enfants de 1 à 5 ans par l'administration de 3 doses de vaccin anti-hépatite B atteint à 90 % en 2022 ;
- La couverture vaccinale des femmes enceintes atteint 30 % en 2022 ;
- 100 % des dons de sang sont testés et sécurisés en 2022.

► **Indicateurs**

- Proportion de campagnes de sensibilisation réalisées à l'endroit des cibles ;
- Pourcentage de personnes ayant une bonne perception des hépatites virales ;

- Taux de couverture vaccinale des enfants et adolescents ayant pris 3 doses de vaccins anti HVB ;
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 1 à 59 mois ayant pris 3 doses de vaccin ;
- Taux de couverture vaccinale des personnels de la santé ;
- Couverture vaccinale des gestantes vis-à-vis de l’HVB évaluée à six mois de la grossesse ;
- Proportion des nouveau-nés ayant reçu la dose de naissance du vaccin anti VHB dans les 24h de vie ;
- Pourcentage de donneurs de sang séronégatifs vaccinés.

### 3.3.2 Orientation stratégique (OS2) : Promotion du dépistage systématique

Le dépistage permet de révéler le statut sérologique d’une personne par rapport à l’infection aux virus de l’hépatite. Actuellement, plus de 95 % des sujets infectés ignorent leur statut. Cette situation justifie le dépistage qui permettra d’orienter les sujets selon leur statut sérologique, soit vers la vaccination contre l’hépatite B s’ils sont négatifs, soit vers la prise en charge pour le suivi ou le traitement s’ils sont positifs. Dans cette éventualité, il permet aussi de prendre des mesures préventives pour éviter l’aggravation de la maladie chez le porteur et sa propagation à son entourage.

► **Intervention 5**: Rendre disponible les intrants (réactifs, algorithmes, outils de rapportage, etc) pour le dépistage

- Activités

- Promouvoir le dépistage annuel de l’hépatite B et C au profit de la population générale dans le cadre de la quinzaine de la Journée Mondiale contre l’Hépatite ;
- Organiser des campagnes de dépistage au profit du personnel de santé en exercice et en formation ;
- Promouvoir le dépistage des hépatites B et C au profit des autres personnes à risque (sujets contacts, les transfusés, les hémodialysés, les prisonniers, les professionnels du sexe, les consommateurs de drogue injectable etc) ;
- Elaborer les algorithmes de dépistage à l’usage des professionnels de la santé ;
- Mettre à disposition en quantité suffisante les outils élaborés ;
- Acquérir les réactifs pré-qualifiés au profit des laboratoires pour le dépistage.

- Cibles

Population générale, personnel de santé en exercice et en formation, sujets contacts, les transfusés, les hémodialysés, les prisonniers, les professionnels du sexe, les consommateurs de drogue injectable.

## ➡ Résultat attendu

30 % de la population cible connaît son statut sérologique d'ici 2022.

## ➡ Indicateurs

- Nombre de personnes dépistées ;
- Nombre de jours de rupture de stock de réactifs et de consommables.

### 3.3.3 Orientation stratégique (OS3) : Prise en charge globale des hépatites B et C dans la cascade de soins

#### 3.3.3.1 La cascade de soins

La prise en charge globale des patients souffrant d'hépatite B ou C comporte les éléments suivants :

- le dépistage et le diagnostic des formes aiguës ou chroniques <sup>[20]</sup>;
- l'évaluation de la gravité de l'hépatopathie ;
- la recherche des comorbidités qui aggravent l'hépatopathie virale (en particulier coinfection VIH, alcoolisme, diabète, syndrome métabolique...);
- le suivi médical ;
- le soutien psychologique ;
- l'assistance à apporter aux malades et aux enfants mineurs des personnes décédées des suites d'hépatite B ;
- le traitement antiviral.

#### 3.3.3.2 Traitement antiviral

##### – *Traitement des hépatites virales aiguës*

L'hépatite virale aiguë n'a pas de traitement antiviral spécifique mais uniquement de traitement symptomatique.

##### – *Traitement des hépatites virales chroniques B et C*

### Molécules recommandées pour le traitement

#### ● *Hépatite chronique B*

- *Traitement de durée limitée* : interféron alpha pégylé (IFN-PEG) en injection hebdomadaire pendant 48 semaines. Il permet de supprimer la réplication virale, mais le taux de séroconversion anti-HBs reste faible.
- *Traitement de durée indéterminée* : inhibiteurs de l'ADN polymérase du VHB. Ce sont des antiviraux administrés par voie orale. Les plus utilisés dans cette indication en raison de leur barrière de résistance élevée sont l'entécavir chez l'enfant de moins de 12 ans et le ténofovir chez l'adulte. Cette stratégie expose au risque de réactivation rapide après l'arrêt du traitement. Les inhibiteurs

nucléotidiques permettent de supprimer la réplication virale, prévenir l'évolution vers la cirrhose ou le cancer du foie, améliorer la qualité de vie du malade.

- *Hépatite chronique C*

Les Antiviraux d'Action Directe (AAD), faciles à administrer (par voie orale), bien tolérés et très efficaces avec des taux de guérison > 90 %, assurent la guérison en général en douze semaines. Les molécules recommandées selon les génotypes sont reportées dans le tableau 5 avec leur durée du traitement.

**Tableau 5** : AAD recommandés en fonction du génotype avec la durée du traitement [7, 19]

**PATIENTS SANS CIRRHOSE**

	Daclatasvir/ sofosbuvir	Lédipasvir/ sofosbuvir	Sofosbuvir/ ribavirine
Génotype 1	12 semaines	12 semaines <sup>3</sup>	
Génotype 2			12 semaines
Génotype 3	12 semaines		24 semaines
Génotype 4	12 semaines	12 semaines	
Génotype 5		12 semaines	
Génotype 6		12 semaines	

**PATIENTS ATTEINTS DE CIRRHOSE**

	Daclatasvir/ sofosbuvir	Daclatasvir/ sofosbuvir/ ribavirine	Lédipasvir/ sofosbuvir	Lédipasvir/ sofosbuvir/ ribavirine	Sofosbuvir/ ribavirine
Génotype 1	24 semaines	12 semaines	24 semaines	12 semaines	
Génotype 2					16 semaines
Génotype 3		24 semaines			
Génotype 4	24 semaines	12 semaines	24 semaines	12 semaines	
Génotype 5			24 semaines	12 semaines	
Génotype 6			24 semaines	12 semaines	

Priorisation du traitement

L'objectif affiché est de traiter 30 % des Personnes Vivant avec le Virus de l'Hépatite B ou C (PVVHB/C). Mais si l'élargissement à grande échelle du traitement n'est pas possible, on peut faire appel à deux grands critères pour définir les bénéficiaires prioritaires du traitement :

- la minimisation de la mortalité et de la morbidité en donnant la priorité aux individus atteints d'une maladie avancée ou à ceux présentant des facteurs accélérant la progression vers la cirrhose ;
- la maximisation du bénéfice préventif en définissant comme prioritaires les personnes les plus à risque de transmettre l'infection. Les critères à prendre en compte sont les suivants:

- Risque accru de décès : fibrose et cirrhoses avancées ;
- Risque d'accélération de la fibrose : coïnfection par le VIH ; consommation élevée d'alcool ; syndrome métabolique, diabète, immunodéprimés ;
- Manifestations extra-hépatiques et preuves de lésions organiques terminales ;
- Asthénie invalidante ;
- Vascularite et troubles lymphoprolifératifs ;
- Morbidité psycho-sociale importante (due à la stigmatisation, à la discrimination, à la crainte d'une transmission à d'autres personnes).

► **Intervention 6** : Développer les laboratoires

- Activités

- Installer un laboratoire de référence nationale pour les hépatites virales ;
- Equiper les six laboratoires : centre national hospitalier et universitaire (CNHU) et centres hospitaliers départementaux (CHD) en matériels et réactifs pour la recherche des marqueurs sériques des virus des hépatites.

► **Intervention 7** : Rendre disponibles les outils de gestion et d'opérationnalisation de la prise en charge, les médicaments pour le traitement et le suivi des PVVHB/C

- Activités

- Approvisionner les laboratoires de référence nationale et départementaux en réactifs et consommables pour la recherche des marqueurs sériques des virus des hépatites et la biologie moléculaire (dosage quantitatif de l'AgHBs, de l'ADN du VHB et de l'ARN du VHC) ;
- Elaborer et vulgariser le document de politique, normes et procédures pour la prise en charge des PVVHB/C ;
- Acquérir au profit des six centres de traitement (CNHU et CHD) les médicaments antiviraux à travers la CAME : ténofovir et interféron alphapégylé pour l'hépatite B, sofosbuvir, lédipasvir, daclatasvir, velpatasvir et ribavirine pour l'hépatite C.

► **Intervention 8** : Promouvoir la prise en charge communautaire des PVVHB/C

- Activités

- Elaborer un guide de prise en charge communautaire (axé sur la sensibilisation, l'orientation pour le dépistage et le soutien psychosocial) et d'éducation thérapeutique des PVVHB/C ;
- Former les agents communautaires à l'utilisation du guide de la prise en charge communautaire.

### ► **Résultats attendus**

- Laboratoires (national de référence et départementaux) pour les hépatites sont fonctionnels ;
- Intrants de prise en charge (les antiviraux contre les hépatites virales chroniques) sont disponibles ;
- Document de normes et procédures pour la prise en charge globale des PVVHB/C est élaboré et vulgarisé ;
- Capacités des différentes ONG renforcées dans la prise en charge communautaire et l'accompagnement des PVVHB/C.

### ► **Indicateurs**

- Nombre de patients porteurs chroniques du VHB et VHC mis sous antiviraux ;
- Nombre d'agents de santé et communautaires formés sur la prise en charge des hépatites virales ;
- Taux de disponibilité de médicaments pour la prise en charge.

#### 3.3.4 Orientation stratégique (OS4) : Renforcement de la surveillance épidémiologique des hépatites virales

Les données de surveillance permettent de mesurer, de suivre la tendance de l'épidémie et d'évaluer l'impact des programmes et actions de santé publique. La surveillance en santé publique exige une collecte de données standardisée et systématique, et une gestion rigoureuse des données. Les données des enquêtes représentent des sources complémentaires.

### ► **Intervention 9**: Renforcer le système de surveillance épidémiologique des hépatites chroniques et aiguës

#### • Activités

- Elaborer le guide d'opérationnalisation de surveillance épidémiologique des hépatites virales ;
- Vulgariser le guide d'opérationnalisation de surveillance épidémiologique des hépatites virales dans toutes les formations sanitaires ;
- Former le personnel de santé sur la détection et la notification des cas d'hépatites aiguës à tous les niveaux et des cas d'hépatites chroniques au niveau des centres sentinelles de prise en charge (CNHU et CHD) suivant les critères de l'OMS ;
- Organiser des supervisions formatives et contrôle de qualité à l'endroit du personnel sanitaire ;
- Réaliser l'interopérabilité de la base des données sur les hépatites virales au DHIS2 ;

- Organiser deux enquêtes d'incidence et de prévalence des hépatites à partir d'un échantillonnage représentatif de la population générale par la recherche des marqueurs viraux (début et en fin de programme) ;
- Organiser deux enquêtes d'incidence et de prévalence des hépatites dans les groupes à risque par la recherche des marqueurs viraux (début et en fin de programme).

#### ► **Résultats attendus**

- Les hépatites sont incluses dans le système de surveillance SIMR ;
- Le personnel médical et paramédical est formé au diagnostic syndromique, et au diagnostic biologique de l'hépatite aiguë selon les critères de définition des cas et selon chaque type de virus ;
- Les facteurs de risque sont recherchés pour chaque cas notifié ;
- Les prévalences respectives de l'hépatite chronique B et de l'hépatite chronique C sont connues et suivies ;
- La mortalité par cirrhose et cancer du foie post-hépatites B et C est connue ;
- L'évolution de l'incidence et de la prévalence de la cirrhose et du carcinome hépatocellulaire fait l'objet d'un suivi.

#### ► **Indicateurs**

- Taux de promptitude des rapports de notification ;
- Taux de complétude des rapports de notification.

### 3.3.5 Orientation stratégique (OS5) : Promotion de la recherche sur les hépatites B et C

La recherche sur les hépatites virales permettra :

- d'évaluer l'impact des actions menées et d'apporter les correctifs nécessaires, notamment : les enquêtes itératives pour suivre les tendances de l'incidence de l'infection à VHB chez les enfants de 0 à 59 mois, de l'infection chronique à VHC dans la population générale, de la mortalité imputable aux complications des hépatites chroniques B et C ;
- d'étudier l'efficacité des médicaments antiviraux, particulièrement ceux de la pharmacopée traditionnelle.

#### ► **Intervention 10** : Promouvoir la recherche sur les hépatites virales

- Activités

- Sensibiliser les praticiens de la médecine traditionnelle à l'importance et à la nécessité des essais thérapeutiques ;
- Mener des essais thérapeutiques sur les médicaments de la pharmacopée traditionnelle ;

- Participer aux conférences nationales, régionales et internationales sur la thématique des hépatites virales ;
- Organiser des colloques périodiques sur les hépatites virales.

#### ► **Résultats attendus**

- Praticiens de la médecine traditionnelle sont sensibilisés sur l'importance et la nécessité des essais thérapeutiques ;
- Essais thérapeutiques sont réalisés sur des médicaments de la pharmacopée traditionnelle ;
- La publication des études est faite dans les revues nationales et internationales ;
- Participation des chercheurs aux rencontres scientifiques internationales est facilitée.

#### ► **Indicateurs**

- Nombre de rapports de recherche sur les hépatites virales ;
- Nombre de publications scientifiques sur les hépatites virales.

#### 3.3.6 Orientation stratégique (OS6) : Gestion, coordination et suivi-évaluation du plan

La lutte contre les hépatites virales ne peut être efficace à l'échelon national que si elle est menée dans un cadre institutionnel et organisationnel légal pour la gestion et la coordination, et le suivi-évaluation du plan.

#### ► **Intervention 11** : Promouvoir une meilleure gestion, coordination et suivi-évaluation du plan

- Activités

- Appuyer l'organisation des rencontres périodiques de revue des indicateurs de performance et de partage de bonnes pratiques au niveau opérationnel ;
- Réaliser des audits de mise en œuvre du programme ;
- Elaborer le manuel de procédures administrative et financière de gestion du programme ;
- Doter le programme des ressources humaines, matérielles, et financières nécessaires pour le fonctionnement.

#### ► **Intervention 12** : Mettre en œuvre les activités de renforcement des capacités

- Activité

Organiser des séances de formation et de briefing du personnel de santé (Gynécologues, pédiatres, néphrologues, rhumatologues, endocrinologues, infectiologues, internistes, médecins généralistes, et paramédicaux) sur la prévention, le dépistage, la prise en charge et la surveillance épidémiologique des hépatites virales.

#### ► **Résultats attendus**

- Arrêté Ministériel portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Lutte contre les Hépatites virales (PNLH) est pris ;
- Document de politique nationale est rédigé ;
- Local devant abriter le programme est mis en place, équipé et fonctionnel
- Document de plaidoyer est élaboré ;
- Séances de sensibilisation sont organisées au profit des décideurs politiques et administratifs.

#### **Indicateurs**

- Disponibilité d'un document de politique nationale ;
- Disponibilité d'un Arrêté ministériel ;
- Rapports des activités de sensibilisation.

## **4. COORDINATION ET GESTION DU PLAN**

## 4.1 Cadre de mise en œuvre du PSQLH 2018-2022

### 4.1.1 Instances de mise en œuvre

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Stratégique National Hépatites 2018-2022, des instances de coordination, de suivi-évaluation et de revue seront mises en place à chaque niveau de la pyramide sanitaire (central, départemental et périphérique).

Le PSQLH sera sous la tutelle du Ministère de la Santé (DNSP) et arrimé au Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les IST et les Epidémies (CNLS-TP<sup>1</sup>). Concernant l'exécution directe du Plan, il sera créé par Arrêté un programme de lutte contre les hépatites virales. Cet Arrêté précisera la mission du programme, la composition et les attributions des organes d'appui notamment ceux du Comité d'éligibilité des malades.

*Au niveau central*, le programme sera composé d'une coordination et d'un laboratoire de référence. *Au niveau intermédiaire*, les centres de dépistage et de prise en charge seront logés dans les CIPEC et les CHD dans un souci de mutualisation des ressources et d'intégration des programmes. *Au niveau périphérique*, les centres de dépistage et d'orientation seront logés dans les hôpitaux de zone et formations sanitaires.

L'approvisionnement en réactifs, médicaments et autres consommables se fait à travers la centrale d'achat des médicaments essentiels de façon groupée avec les autres programmes. Quant aux vaccins, l'agence nationale de la vaccination et des soins de santé primaires (ANV-SSP) en assure l'approvisionnement.

Par ailleurs, il sera mis en place un cadre de collaboration avec les tradithérapeutes pour faciliter les références des malades suspects vers les centres de dépistage et de prise en charge.

### 4.1.2 Collaboration intra et intersectorielle

La collaboration inter et intra sectorielle en faveur de la lutte contre les hépatites virales sera développée entre les structures ci-après :

- ***Au niveau national***, la collaboration entre les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les agences (ANV-SSP, ANTS), sera réalisée dans le domaine de la planification, de la mise en œuvre des interventions, du suivi-évaluation, de la surveillance et du renforcement des capacités des acteurs.
- ***Aux niveaux intermédiaire et opérationnel***, la collaboration se fera à travers la mise en commun des ressources et l'intégration des interventions pour la lutte contre les hépatites. A ce titre, les unités de dépistage et de traitement du SIDA et de la Tuberculose, à tous les niveaux, se chargeront également du dépistage et de la prise en charge des cas d'hépatites.

---

<sup>1</sup> Le CNLS-TP est, l'instance nationale, rattaché à la présidence de la République qui coordonne la réponse nationale au VIH/SIDA, à la Tuberculose, au Paludisme, aux Infections Sexuellement Transmissibles et Epidémies.

La collaboration intra et inter sectorielle entre les autres ministères (Education, Défense, Sécurité Jeunesse, Famille, Agriculture, Décentralisation, Plan et Finances), le secteur privé, les tradipraticiens, les OSC et ONG se fera à travers la sensibilisation des acteurs, la mobilisation sociale et celle des ressources et le suivi conjoint de la mise en œuvre du plan. La modalité de collaboration sera définie selon le niveau.

#### **4.2 Rôles et responsabilités des parties prenantes dans la lutte contre les Hépatites virales**

Plusieurs acteurs interviennent dans la lutte contre les hépatites virales. Il s'agit du Gouvernement, des Partenaires Techniques et Financiers, des acteurs du Secteur Privé, des tradipraticiens, de la Société Civile et de la Communauté.

##### 4.2.1 Rôle du Gouvernement

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du PSN Hépatites 2018-2022. Il valide et adopte le plan opérationnel et en assure sa mise en œuvre à travers le Ministère de la Santé qui en est le maître d'œuvre. Le Gouvernement est responsable de la mobilisation des financements internes et externes annuels nécessaires. Il assure le plaidoyer auprès des Partenaires Techniques et Financiers.

Par ailleurs, le Gouvernement à travers les différentes structures déconcentrées est chargé de veiller à la mise en œuvre des recommandations issues des différentes instances.

##### 4.2.2 Rôle des Partenaires Techniques et Financiers

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) accompagnent les efforts du Gouvernement et lui fournissent l'appui nécessaire dans le domaine de la mobilisation des ressources, du financement pour la mise en œuvre du PSN Hépatites. Toutefois, ils doivent fournir toutes les informations liées à leurs interventions.

##### 4.2.3 Rôle des acteurs du secteur privé

Le secteur privé aura à réaliser des tests de dépistage et prendre en charge des cas des hépatites virales. Il aura également à mettre à la disposition des cellules statistiques des bureaux de zone les informations nécessaires sur les hépatites. En outre, les représentants du secteur privé auront à participer aux instances de suivi-évaluation auxquelles ils seront invités.

##### 4.2.4 Rôle de la Société Civile

La Société Civile aura à assurer la sensibilisation et la mobilisation sociale pour la lutte contre les hépatites virales. Elle contribue au dépistage à travers les campagnes et fait les références des cas vers les centres de dépistage et de traitement du programme. Elle assure également une fonction de veille, de suivi, de mobilisation des ressources et

de mise en œuvre des décisions issues de toutes les instances les concernant.

#### 4.2.5 Rôle des tradipraticiens

Les tradipraticiens auront à faire la référence des cas suspects d'hépatites virales vers les centres de dépistage et de traitement. Ils auront à contribuer aux essais thérapeutiques sur les plantes médicinales et les recettes de soins traditionnels.

#### 4.2.6 Rôle de la communauté

Les communautés auront à s'approprier et à mettre en pratique les méthodes de prévention à travers une démarche collective incluant la responsabilisation des ménages.

### 4.3 Gestion de risques

#### 4.3.1 Stratégies de gestion de risques

La mise en œuvre efficace du PSN Hépatites nécessite la prise des mesures adéquates de gestion des risques ci-après :

**Tableau 6** : Mécanisme de gestion des risques

Risques identifiés	Mesures préventives de réduction
<b>Domaine de la prévention</b>	
Faible ciblage des couches bénéficiaires	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Edicter des directives d'interventions en faveur des populations vulnérables tenant compte des paquets à délivrer ;</li><li>2. Organiser une cartographie des populations vulnérables et rechercher les déterminants les concernant en vue de mieux orienter les interventions ;</li><li>3. Elaborer et mettre en application un plan national de communication en direction des populations vulnérables, des jeunes et des populations mobiles ;</li><li>4. Tenir compte du profil épidémiologique de chaque région pour la planification des interventions en vue d'un fort impact.</li></ol>
<b>Domaine du traitement</b>	
Difficulté d'approvisionnement en intrants d'hépatites virales (des réactifs, médicaments et consommables)	Mettre en place des mesures de subvention de l'acquisition des intrants ;
Discontinuité des soins	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Rendre disponible une cartographie des sites de prise en charge ;</li></ol>

Risques identifiés	Mesures préventives de réduction
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Réaliser le schéma du recours aux soins mettant à la disposition du personnel soignant les informations nécessaires pour les références ;</li> <li>3. Constituer un dossier unique de prise en charge pour les personnes vivant avec les hépatites virales.</li> </ol>
<b>Domaine de la coordination et de la mobilisation des ressources</b>	
Insuffisance de mobilisation des ressources auprès des partenaires nationaux et internationaux	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborer un plan de mobilisation de ressources ;</li> <li>2. Rechercher les sources internes de financement innovant</li> <li>3. Affecter sur le budget national des ressources suffisantes pour la lutte contre les hépatites virales ;</li> <li>4. Responsabiliser les maires et élus locaux dans la mobilisation des ressources locales ;</li> <li>5. Tenir la table ronde sectorielle des bailleurs de fonds sur le financement des hépatites virales ;</li> <li>6. Faire le suivi du respect des engagements.</li> </ol>
<b>Domaine des informations stratégiques</b>	
Faibles qualité et disponibilité des données	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réaliser une enquête nationale sur les hépatites virales au Bénin ;</li> <li>2. Renforcer les capacités des acteurs aux différents niveaux de la pyramide sanitaire;</li> <li>3. Veiller à la promptitude, à la complétude et à la validation des données sur les hépatites aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.</li> </ol>

#### 4.3.2 Conditions de succès

Les conditions indispensables au succès du présent PSN sont les suivantes :

- Mise en place d'une coordination nationale ;
- Fonctionnement effectif de la multisectorialité ;
- Soutien permanent des autorités politiques et sanitaires du pays ;
- Respect des engagements des partenaires techniques et financiers sous le leadership de la coordination nationale.

#### 4.4 Financement du PSNLH 2018-2021

La répartition des coûts de mise en œuvre du PSNLH 2018-2022 est présentée dans le tableau ci-après :

**Tableau 7** : Coût prévisionnel du PSNLH 2018-2022 par orientation stratégique

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	2018-2022 (FCFA)	Proportion
<b>OS1</b> : Renforcement de la prévention de la transmission du VHB et du VHC ;	3 285 269 381	25,75%
<b>OS2</b> : Promotion de l'accès au dépistage des VHB et VHC ;	2 356 565 000	18,47%
<b>OS3</b> : Prise en charge globale des hépatites virales B et C dans la cascade de soins ;	6 079 868 850	47,65%
<b>OS4</b> : Renforcement de la surveillance épidémiologique des hépatites virales B et C;	305 403 140	2,39%
<b>OS5</b> : Promotion de la recherche sur les hépatites virales B et C ;	416 081 840	3,26%
<b>OS6</b> : Gestion, coordination et suivi-évaluation du plan stratégique.	316 910 200	2,48%
<b>TOTAL</b>	<b>12 760 098 411</b>	<b>100%</b>

Le coût global estimatif du PSNLH 2018-2022 est de **12 760, 098 millions de FCFA**. Il intègre les coûts des 06 Orientations Stratégiques et prend en compte l'acquisition des réactifs, des vaccins, des équipements de laboratoire et des médicaments antiviraux. Le coût des antiviraux est estimé à **5 805 millions** et représente 45, 49% du budget global de la mise en œuvre du PSNLH pour les cinq ans.

Une bonne partie de ce financement sera consacrée aux Orientations Stratégiques relatives à la prise en charge globale des hépatites chroniques B et C dans la cascade de soins (64,50%) et à la prévention de la transmission du VHB et du VHC (24,90%).

Sur les cinq ans, le budget estimatif du plan stratégique national Hépatites 2018-2022 se répartit comme suit :

**Tableau 8 Evolution du budget par année sur les cinq ans**

<b>ANNEES</b>	<b>BUDGET ANNUEL</b>	<b>TAUX</b>
<b>2018</b>	2 199 402 416	17,24%
<b>2019</b>	4 490 023 386	35,19%
<b>2020</b>	2 041 028 536	16,00%
<b>2021</b>	1 932 202 536	15,14%
<b>2022</b>	2 097 441 536	16,44%
<b>TOTAL</b>	<b>12 760 098 411</b>	<b>100%</b>

Le financement du plan sera assuré par le budget de l'Etat, les collectivités territoriales, le secteur privé, les ONG nationales et internationales ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Un contrôle de gestion se fera de façon annuelle par des audits financiers sur l'ensemble des financements et des rapports financiers, seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. Les corps de contrôle de l'Etat seront sollicités.

Pour rendre accessible les soins et traitements aux groupes cibles, il faudra faciliter les autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments antiviraux afin de faire jouer la concurrence pour la baisse des prix. De plus, il conviendra d'établir des partenariats public-privé avec les fabricants d'équipements de laboratoire et de réactifs et les fabricants des médicaments afin d'obtenir leur accompagnement dans la mise en place des infrastructures et l'acquisition des médicaments antiviraux à moindre coûts.

#### **4.5 Mécanisme de suivi-évaluation**

La mise en œuvre du PSNLH connaîtra deux évaluations qui seront initiées par le Ministère de la Santé. Il s'agira d'une évaluation à mi-parcours et d'une évaluation finale. Ces deux évaluations porteront sur le niveau d'atteinte des dix indicateurs de la stratégie mondiale à savoir :

- 1- Prévalence de l'infection chronique à VHB et de l'infection chronique à VHC ;
- 2- Nombre de centres de dépistage du VHB et du VHC ;
- 3- Couverture vaccinale
  - a) Taux de couverture de la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B ;
  - b) Taux de couverture de la troisième dose du vaccin anti-hépatite B ;
- 4- Proportion des consommateurs de drogues injectables ayant reçu des kits ;
- 5- Disponibilité des boîtes de sécurité et des seringues à usage unique dans les établissements de soins ;

- 6- Diagnostic
    - a) Nombre de personnes vivant avec l'hépatite B diagnostiquées ;
    - b) Nombre de personnes vivant avec l'hépatite C diagnostiquées.
  - 7- Traitement
    - a) Proportion de personnes vivant avec l'hépatite B éligibles au traitement et mises sous traitement ;
    - b) Proportion de personnes vivant avec l'hépatite C éligibles au traitement et mises sous traitement.
  - 8- Appréciation de la réponse au traitement
    - a) Taux de suppression de la réplication virale de l'hépatite B ;
    - b) taux de guérison des patients traités pour infection chronique à VHB et infection chronique à VHC ;
  - 9- Incidence
    - a) Incidence cumulée de l'hépatite B chez les enfants de 5 ans ;
    - b) Incidence de l'infection à VHC ;
  - 10- Mortalité imputable au CHC et à la cirrhose.
- *L'évaluation à mi-parcours* sera menée à la fin de la deuxième année de mise en œuvre du plan (Mi-2020).
  - *L'évaluation finale*, en plus de l'évaluation du niveau d'atteinte des indicateurs retenus, pourrait s'étendre à celle des effets. Elle sera menée à la fin du quinquennat et débouchera sur l'élaboration d'un nouveau PSNLH.

## CONCLUSION

Le Plan Stratégique National de Lutte contre les Hépatites 2018-2022 est la réponse nationale à la menace que constituent ces endémies pour la santé publique. Il vise à supprimer les nouvelles contaminations par la promotion de la prévention, et à réduire la morbidité et la mortalité liées aux complications des hépatites chroniques B et C par un accès généralisé des malades à un traitement et à un suivi médical à prix abordables. Il répond aux orientations de la Politique Sanitaire et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2021 arrimé au Programme d'Action du Gouvernement 2016-2021. Son élaboration s'intègre dans la Stratégie Globale du Secteur de la Santé pour l'élimination de l'hépatite à l'horizon 2030. Toutefois, sa réussite est conditionnée, non seulement, à l'engagement et au leadership assumé du Ministre de la Santé, mais aussi à l'implication effective de tous les acteurs intervenant dans le secteur de la santé, y compris la Société Civile et les Partenaires au Développement.

## REFERENCES

1. World Health Organization. Global hepatitis report 2017, WHO, Geneva, 2017, 88 pages.
2. Kodjoh N, Dansi G. Rapport de la mission de collecte des données pour le calcul des prévalences des hépatites virales B et C chez les nouveaux donneurs de sang de 2012 au Bénin. Ministère de la Santé, Cotonou, Direction Nationale de la Santé Publique, 2013, 11 pages.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Assemblée Mondiale de la Santé. Résolution WHA63.18. Mai 2010.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Assemblée Mondiale de la Santé. Résolution WHA67.6. Mai 2014.
5. Nations Unies. Résolution 70/1. Soixante-dixième Assemblée Générale des Nations-Unies. Transformer notre monde : Le programme de développement durable à l'horizon 2030. Septembre 2015.
6. World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016 – 2021. Towards ending viral hepatitis. WHO. Geneva June 2016. 53 pages
7. Ministère de la Santé. Rapport général des Etats Généraux de la Santé. Cotonou, novembre 2007.
8. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). Principaux indicateurs socio-démographiques et économiques. RGPH4-2013. Cotonou, février 2016.
9. PNUD. Rapport sur le développement 2016. Le développement humain pour tous.
10. Organisation Mondiale de la Santé. Profil Sanitaire du Bénin. Bureau de l'OMS au Bénin, Cotonou, 2008, 40 - 56.
11. Institut National de Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). Enquête démographique et de santé (EDSB-IV) 2011 – 2012. INSAE, Cotonou, octobre 2013.
12. Bigot KA, Kodjoh N, Zohoun I, Hountondji A, Latoundji S, Takpara I, De Souza J, Aboudou S, Alihonou E, Aguessy – Ahyi B, Séroprévalence de l'antigène HBs du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes et leurs enfants, Médecine d'Afrique Noire, 1992, 39 : 487 – 490.
13. Akalogoun Z D, Hépatite B et grossesse. Etude de quelques composantes épidémiologiques. A propos de 88 cas séropositifs à l'AgHBs, Thèse Med Cotonou, 1987, N° 013.
14. Sehonou J, Fiogbé AA, Zannou DM, Bashi J, Houngbé F, Kodjoh N. 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.

15. Adè G, Bigot A, Sèhonou J, Lafia E, Laguidé R, Anani L, Latoundji S, Kodjoh N. Prévalence des marqueurs sérologiques des virus des hépatites B et C chez les donneurs de sang à Cotonou. *Le Bénin Médical* 2005 ; 29 : 74 – 76.
16. Develoux M, Boni G, Aguessy – Ahyi B, et al. Prévalence des anticorps anti – virus de l’hépatite C chez les femmes enceintes et les donneurs de sang au Bénin. *Bull Soc Pathol Ex* 1995, 88 (3) : 115 – 16.
17. Sèhonou J, Atadokpede F, Abdoulaye I, Kodjoh N, Zohoun I. Séroprévalence des anticorps antiviral de l’hépatite C dans une population de jeunes recrues au Bénin. *J Afr Hepato Gastroenterol* 2007, 1 : 103 – 105.
18. Kodjoh N, Bigot A, Avode G, Houngbe F, Attolou V, Tonato S, Diallo P, Zohoun I, Fretz C. Prévalence des anticorps anti – VHC chez des malades drépanocytaires polytransfusés à Cotonou (Bénin), *Med Afr Noire*, 1996, 43 : 466 – 7.
19. Adjanohoun S, Prévalence de l’infection par le VHC chez les malades hémodialysés, Thèse Med, Cotonou, 2007, N° 1347.
20. N. Kodjoh, S.B.I. Latoundji, A.R. Kpossou, K. Saké Alassan, R. K. Vignon, D. Houinato. Connaissances et croyances des patients en matière d’hépatites chroniques B et C en République du Bénin. *J Afr Hepatol Gastroenterol* 2015, 9 : 2 – 6.
21. Kodjoh N, A.A.C. Wadagni, A.R. Kpossou K. Saké Alassan, R.K. Vignon, D. Houinato. Connaissances, attitude et pratique des médecins généralistes dans la prise en charge de l’hépatite B en République du Bénin. *Le Bénin médical* 2012; 50 : 47 – 52.
22. Kodjoh N, Wadagni AC, Kpossou AR, Sake Alassan K, Vignon R, Azon- Kouanou A, Houinato D. Connaissances, attitude et pratique des médecins généralistes dans la prise en charge des malades atteints d'hépatite C en République du Bénin. *Le Bénin Médical* 2010 ; 45-46 : 57 – 62.
23. Kodjoh N, Wadagni AAC, Saké Alassan K, Kpossou AR, Vignon R, Houinato D. Pratique en matière de dépistage de l'hépatite virale C en République du Bénin : Un réel besoin de formation pour les médecins généralistes. *Développement et Santé*, 2013 ; 202 : 6 – 8.
24. Kodjoh N, Wadagni AAC, Saké Alassan K. Kpossou AR, Vignon RK, Houinato D. Pratique des médecins généralistes en matière de dépistage de l'hépatite virale B en République du Bénin. *J Afr Hepatol Gastroenterol* 2014, 8 : 178-182.
25. Kodjoh N, Kpossou AR, Latoundji SBI, Azon - Kouanou A, Saké Alassan K, et al. (2017) Therapeutic Itineraries of Patients with Chronic Hepatitis B and C in Benin: The Wanderings in Search of Care towards the Therapeutic Impasse. *Gastroenterol Hepatol Open Access* 6(3): 00192. DOI: 10.15406/ghoa. 2017.06.00192.
26. Organisation Mondiale pour la Santé. Prévention et lutte contre l’hépatite virale. Cadre pour l’action mondiale. WHO/HSE/PED/HIP/GHP, Genève, 2012.1, 25 pages

- 27.** World Health Organization. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. WHO March 2015.
- 28.** Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes atteintes d'une infection à hépatite B chronique. OMS/HIV/2015.5 Avril 2016.
- 29.** World Health Organization. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Updated version .WHO April 2016.
- 30.** Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices pour le Dépistage, les soins et le traitement des personnes ayant une infection chronique avec le virus de l'hépatite C. WHO/HIV/2016.01.
- 31.** World Health Organization. Guidelines on hepatitis Band C testing WHO, Geneva, February 2017, 170 pages.
- 32.** Organisation Mondiale de la Santé. Considérations techniques et définitions de cas destinées à améliorer la surveillance de l'hépatite virale. Rapport technique. OMS 2016, 82 pages.
- 33.** World Health Organization, Monitoring and evaluation for viral hepatitis B and C : Recommended indicators and framework. WHO, Geneva, February 2016, 36 pages

## LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER D'ETUDE ET DE VALIDATION DU PSNLH

N°	Nom et prénoms	Fonction
1	Aboubakar Moufalilou	Médecin Gynécologue-Obstétricien CHU-MEL
2	Agossadou Didier	Médecin Santé Publique. Economiste de la Santé. Secrétaire Général du Ministère de la Santé
3	Ahouada Carin	Médecin Interniste. CNHU-HKM
4	Alao Maroufou Jules	Médecin Pédiatre. CHU-MEL
5	Anani Yaovi Ludovic	Médecin. Hématologie biologique. Directeur Général de l'ANTS
6	Assogba Corneille	Chef Service Réadaptation Médicale DNSP. Ministère de la Santé
7	Assogba Michée S.	Médecin Pédiatre. CNHU-HKM
8	Azanhoue-Loumedjinon Christelle	Médecin Pédiatre. Advancing Newborn, Child, and Reproductive Health (ANCRE)
9	Baba Rahimatou	Administrateur de Projet DPP. Ministère de la Santé
10	Bolarihan Aboubacar	Administration Assurance Santé
11	Cocouvi Victor	Médecin Santé Publique. Directeur Départemental de la Santé/Atlantique
12	Daho Jean Yaovi	Médecin Santé Publique. Directeur Départemental de la Santé/COUFFO
13	Degbegni S. S. Francis	Assistant Coordonnateur ABOSCHVI
14	Djaouga Mariam	Chef Service de Recouvrement des Coûts. ANV-SSP. Ministère de la Santé
15	Djigbenoude Oscar	Médecin Santé Publique. Consultant. Association des œuvres Médicales Confessionnelles et Sociales (AMCES)
16	Djivoessoun Romuald	Coordonnateur National ABOSCHVI
17	Dossou Vicentia	Secrétaire des Services administratifs. DNPS. Ministère de la Santé
18	Dovonou Albert	Médecin Interniste. CHUD Borgou
19	Gandjeto Armande Eléonore	Directrice Nationale de la Santé Publique. Ministère de la Santé
20	Doumefio Hervé	Ingénieur Statisticien Economiste. DPP. Ministère de la Santé

21	Gbafonnou Solange	Secrétaire des Services administratifs. DNPS. Ministère de la Santé
22	Glèlè Kakaï Clément	Médecin Santé publique. Chef Service épidémiologie. DNSP. Ministère de la Santé
23	Goundote S. Aimé	Médecin Santé Publique. Service National de la Promotion et de la Protection Sanitaire. DNPS. Ministère de la Santé.
24	Houansou Téléspore	Conseiller VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme. OMS Cotonou
25	Houiley Dandegla Comlan	Médecin Santé Publique. Directeur Départemental de la Santé/Littoral
26	Kanmadozo S.S. Hervé	Gestionnaire de Projet. Secrétariat Général. Ministère de la Santé
27	Kodjoh Nicolas	Médecin Hépatogastroentérologue Point Focal Hépatites. Ministère de la Santé
28	Koudjoume César	Médecin Santé Publique. Coordonnateur Zone Sanitaire Klouékanmè-Toviklin-Lalo
29	Koudjo Tokpanou	Médecin Infectiologue. CHUD-Ouémé
30	Kpossou Aboudou Raïmi	Médecin Hépatogastroentérologue CNHU-HKM
31	Nekoua M'po N. Tachienta	Médecin Santé Publique. PNLMT. Ministère de la Santé
32	Radji Suradjou	Economiste Chef Service Etudes et planification. DPP. Ministère de la Santé
33	Sake Alassan Khadidjatou.	Hépatogastroentérologue. CHUD-Borgou
34	Sehonou Jean	Médecin Hépatogastroentérologue. CNHU- HKM
35	Sossa Denis	Médecin Santé Publique. Chef Service National de la Promotion et de la Protection Sanitaire. DNPS. Ministère de la Santé.
36	Tamata Fatai Ganiyou	Biostatisticien. Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle
37	Toko Lucien	Directeur de Cabinet. Ministère de la Santé
38	Vignon Rodolph	Hépatogastroentérologue. HIA. Cotonou.
39	Zoundjiekon Blaise	Agro économiste, Manager. Association des Malades/ABOSCHVI



# **ANNEXES**

## Annexe 1 : Cadre logique du PSNLH

Objectifs	Résultats attendus (par objectifs stratégiques)	Indicateurs objectivement vérifiable (IOV)	Moyens / Source de vérification	Hypothèse critique
<b>Objectif général :</b> Assurer la prévention et la lutte contre les hépatites virales		<ul style="list-style-type: none"> <li>➡ Taux de mortalité liée aux hépatites</li> <li>➡ Taux de morbidité lié aux hépatites</li> </ul>	EDS, MICS et autres enquêtes spécifiques	Engagement politique Disponibilité des ressources
<b>Objectifs Spécifiques :</b> Réduire de 20% l'incidence des hépatites virales B et C à l'horizon 2022 ;  Réduire de 10% la mortalité attribuable aux hépatites virales chroniques B et C à l'horizon 2022 ;  Réduire de 50% la transmission de la mère à l'enfant du virus de l'hépatite B à l'horizon 2022	<p>L'incidence des hépatites virales B et C est réduite à 20% à l'horizon 2022</p> <p>La mortalité attribuable aux hépatites virales chroniques B et C est réduite de 10% à l'horizon 2022</p> <p>La transmission de la mère à l'enfant du virus de l'hépatite B est réduite de 50% à l'horizon 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➡ Incidence des hépatites virales B et C</li> <li>➡ Taux de mortalité liée aux hépatites virales B et C</li> <li>➡ Le pourcentage des femmes en âge de procréer dépistés et connaissant leur statut sérologique</li> </ul>	EDS, MICS et autres enquêtes spécifiques	Engagement politique Engagement de la communauté Accompagnement de l'ABOSCHVi Disponibilité des ressources Effectivité de la multisectorialité
<b>Orientation Stratégique (OS1) :</b> Renforcement de la prévention de la transmission du VHB et du VHC	<p>La population générale, vulnérable et à risque et le personnel de santé ont une bonne connaissance sur les hépatites, et les moyens de prévention</p> <p>Le vaccin contre l'hépatite B est accessible à la population générale et aux personnes à risque ;</p> <p>La prévention de la transmission Mère-enfant est assurée ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➡ Proportion de campagnes de sensibilisation réalisées à l'endroit des cibles</li> <li>➡ Pourcentage de personnes ayant une bonne perception des hépatites virales</li> <li>➡ Taux de couverture vaccinale des enfants et adolescents ayant pris 3 doses de vaccins anti HVB ;</li> </ul>	<p>Enquête CAP</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Enquête vaccinale</p>	Accompagnement des PTFs Engagement de la communauté Accompagnement de l'ABOSCHVi Disponibilité des ressources Multisectorialité

Objectifs	Résultats attendus (par objectifs stratégiques)	Indicateurs objectivement vérifiable (IOV)	Moyens / Source de vérification	Hypothèse critique
	<p>La couverture vaccinale des enfants de 1 à 5 ans par l'administration de 3 doses de vaccin anti-hépatite B atteint à 90 % en 2022 ;</p> <p>La couverture vaccinale des femmes enceintes atteint 30 % en 2022 ;</p> <p>100 % des dons de sang sont testés et sécurisés en 2022.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➡ Taux de couverture vaccinale des enfants de 1 à 59 mois ayant pris 3 doses de vaccin ;</li> <li>➡ Taux de couverture vaccinale des personnels de la santé</li> <li>➡ Couverture vaccinale des gestantes vis-à-vis de l'HVB évaluée à six mois de la grossesse</li> <li>➡ Couverture vaccinale des nouveau-nés ayant eu la dose de naissance du vaccin anti VHB dans les 24h de vie</li> <li>➡ Pourcentage de donneurs de sang séronégatifs vaccinés</li> </ul>		
<p><b>Orientation stratégique (OS2) :</b> Promotion de du dépistage systématique</p>	<p>30 % des personnes dépistées positives connaissent leur statut sérologique d'ici 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➡ Nombre de personnes dépistées</li> <li>➡ Nombre de jours de rupture de stock de réactifs et de consommables</li> </ul>	<p>Registres de dépistage Fiches de stock</p>	<p>Disponibilité des intrants Mobilisation de la communauté</p>
<p><b>Orientation stratégique (OS3) :</b> Prise en charge globale des hépatites chroniques B et C dans la cascade de soins</p>	<p>Laboratoires (national de référence et départementaux) pour les hépatites sont fonctionnels ;</p> <p>Intrants de prise en charge (les antiviraux contre les hépatites virales chroniques) sont disponibles ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➡ Nombre de patients porteurs chroniques du VHB et VHC mis sous antiviraux</li> <li>➡ Nombre d'agents de santé et communautaires formés sur la prise en charge des hépatites</li> </ul>	<p>Registres de traitement  Rapport d'activités/supervision/suivi</p>	<p>Engagement de la communauté Accompagnement de l'ABOSCHVi</p>

Objectifs	Résultats attendus (par objectifs stratégiques)	Indicateurs objectivement vérifiable (IOV)	Moyens / Source de vérification	Hypothèse critique
	<p>Document de normes et procédures pour la prise en charge globale des PVVHB/C est élaboré et vulgarisé ;</p> <p>Capacités des différentes ONG renforcées dans la prise en charge communautaire et l'accompagnement des PVVHB/C.</p>	<p>virales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Taux de disponibilité de médicaments pour la prise en charge</li> <li>➔ Nombre de centres de dépistage et de prise en charge des hépatites virales aiguës et chroniques fonctionnels</li> </ul>	<p>Fiches de stock</p> <p>Rapport d'activités/supervision/suivi</p>	<p>Disponibilité des ressources</p> <p>Disponibilité permanente des intrants</p> <p>Implication des privés et des tradipraticiens</p> <p>Accompagnement des PTFs</p>
<p><b>Orientation stratégique (OS4) :</b> Renforcement de la surveillance épidémiologique des hépatites virales</p>	<p>Les hépatites sont incluses dans le système de surveillance SMIR ;</p> <p>Le personnel médical et paramédical est formé au diagnostic syndromique, et au diagnostic biologique de l'hépatite aiguë selon les critères de définition des cas et selon chaque type de virus ;</p> <p>Les facteurs de risque sont recherchés pour chaque cas notifié ;</p> <p>Les prévalences respectives de l'hépatite chronique B et de l'hépatite chronique C sont connues et suivies ;</p> <p>La mortalité par cirrhose et cancer du foie post-hépatites B et C est connue ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Taux de promptitude des rapports de notification</li> <li>➔ Taux de complétude des rapports de notification</li> </ul>	<p>Rapport de SIMR/SNIGS</p>	<p>Disponibilité des ressources</p> <p>Interopérabilité de la base des données sur les hépatites dans le DHIS2</p>

Objectifs	Résultats attendus (par objectifs stratégiques)	Indicateurs objectivement vérifiable (IOV)	Moyens / Source de vérification	Hypothèse critique
	L'évolution de l'incidence et de la prévalence de la cirrhose et du carcinome hépatocellulaire fait l'objet d'un suivi.			
<b>Orientation stratégique (OS5) :</b> Promotion de la recherche sur les hépatites B et C	Praticiens de la médecine traditionnelle sont sensibilisés sur l'importance et la nécessité des essais thérapeutiques ;  Essais thérapeutiques sont réalisés sur des médicaments de la pharmacopée traditionnelle ;  Les publications des études sont faites dans les revues nationales et internationales ;  Participation des chercheurs aux rencontres scientifiques internationales est facilitée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Nombre de rapports de recherche sur les hépatites virales</li> <li>➔ Nombre de publications scientifiques sur les hépatites virales</li> </ul>	Rapport de séances	Volonté politique  Disponibilité de ressources  Engagement des acteurs
<b>Objectif stratégique (OS6) :</b> Gestion, coordination et suivi-évaluation du programme	Arrêté Ministériel portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Lutte contre les Hépatites virales (PNLH) est pris ;  Document de politique nationale est rédigé ;  Local devant abriter les activités du plan est mis en place, équipé et fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Disponibilité d'un document de politique nationale</li> <li>➔ Disponibilité d'un Arrêté ministériel</li> <li>➔ Rapports des activités de sensibilisation</li> </ul>	Les archives  Rapports d'activités	-

Objectifs	Résultats attendus (par objectifs stratégiques)	Indicateurs objectivement vérifiable (IOV)	Moyens / Source de vérification	Hypothèse critique
	<p>Document de plaidoyer est élaboré</p> <p>Séances de sensibilisation sont organisées au profit des décideurs politiques et administratifs.</p>			

**ANNEXE 2** : Matrice des activités du PSQLH 2018-2022

N°	Activités	Chronogramme					COUT (F CFA)
		2018	2019	2020	2021	2022	
1	Elaborer le plan de communication de prévention et de lutte contre les hépatites	X					<b>16 286 700</b>
2	Mettre en œuvre le plan de communication élaboré pour un changement de comportements de la population	X	X	X	X	X	<b>10 850 000</b>
3	Disséminer le plan de communication	X	X				<b>PM</b>
4	Promouvoir la vaccination des personnes à risque séronégatives	X	X	X	X	X	<b>120 964 000</b>
5	Organiser la vaccination systématique du personnel de santé en cours d'emploi		X				<b>13 590 000</b>
6	Promouvoir la vaccination de rattrapage contre l'hépatite B pour les adolescents de 11 à 15 ans.		X	X	X	X	<b>72 138 000</b>
7	Rendre accessible le vaccin contre l'hépatite B aux nouveau-nés à la naissance en particulier et à la population à risque en générale	X	X	X	X	X	<b>1 694 851 870</b>
8	Elaborer les différents outils de formation (manuel, algorithmique) pour la formation des acteurs à tous les niveaux	X					<b>57 831 000</b>
9	Assurer le dépistage des hépatites virales B et C chez les femmes-enceintes, le personnel de santé et promotion du dépistage chez les autres personnes à risque	X	X	X	X	X	<b>1 191 257 811</b>
10	Célébrer annuellement la journée mondiale de lutte contre l'hépatite couplée avec la campagne de dépistage et de vaccination	X	X	X	X	X	<b>107 500 000</b>
11	Promouvoir le dépistage des hépatites B et C au profit des personnes à risque (sujets contacts, les transfusés, les hémodyalisés, les prisonniers, les professionnels du sexe, les consommateurs de drogue injectable etc..)	X	X	X	X	X	<b>206 565 000</b>
12	Equiper les laboratoires de référence nationale et les laboratoires des hôpitaux départementaux en matériels et réactifs pour la recherche des marqueurs sériques des virus des hépatites.		X	X			<b>2 150 000 000</b>
13	Former les professionnels de la santé (Gynécologues, pédiatres, néphrologues, rhumatologues, endocrinologues infectiologues, internistes, etc, médecins généralistes, et les paramédicaux) à la prise en charge des personnes vivant avec le VHB ou le VHC ( <b>PVVHB/C</b> ) ;	X	X				Prise en compte dans l'activité N°8
14	Elaborer un guide de prise en charge communautaire (axé sur la sensibilisation, l'orientation pour le dépistage et le soutien psychosocial) et d'éducation thérapeutique des <b>PVVHB/C</b> ;	X					<b>7 682 000</b>
15	Former les agents communautaires à l'utilisation du guide de la prise en charge communautaire		X				<b>241 426 850</b>

N°	Activités	Chronogramme					COUT (F CFA)
		2018	2019	2020	2021	2022	
16	Elaborer et vulgariser le document de politique, normes et procédures standard de prise en charge des PVVHB/C y compris des accidents par exposition au sang	X					<b>25 760 000</b>
17	Acquérir au profit des centres de traitement les médicaments antiviraux pour la prise en charge des hépatites B et C (ténofovir, entécavir, lédipasvir, daclatasvir, velpatasvir, Interféron alphapégylé, ribavirine...)	X	X	X	X	X	<b>5 805 000 000</b>
18	Sensibiliser les praticiens de la médecine traditionnelle à l'importance et à la nécessité des essais thérapeutiques	X					<b>6 278 140</b>
19	Mener des essais thérapeutiques sur les médicaments de la pharmacopée traditionnelle	X	X	X	X	X	<b>248 625 000</b>
20	Participer aux conférences nationales, régionales et internationales sur la thématique des hépatites virales	X	X	X	X	X	<b>34 500 000</b>
21	Organiser des colloques tous les deux ans sur les hépatites virales		X		X		<b>16 000 000</b>
22	Elaborer le guide d'opérationnalisation de surveillance épidémiologique des hépatites virales	X					<b>8 017 000</b>
23	Vulgariser le guide d'opérationnalisation de surveillance épidémiologique des hépatites virales	X					<b>12 256 840</b>
24	Organiser des supervisions formatives et contrôle de qualité à l'endroit du personnel sanitaire	X	X	X	X	X	<b>61 808 000</b>
25	Organiser deux enquêtes d'incidence et de prévalence des hépatites dans la population générale et dans les groupes à risque par la recherche des marqueurs viraux (début et en fin de programme)	X				X	<b>334 000 000</b>
26	Réaliser l'interopérabilité de la base des données sur les hépatites virale au DHIS4	X	X				<b>20 244 800</b>
27	Organiser l'évaluation à mi-parcours de mise en œuvre du programme			X		X	<b>153 000 000</b>
28	Appuyer l'organisation des rencontres périodiques de revue des indicateurs de performance et de partage de bonnes pratiques au niveau opérationnel	X	X	X	X	X	<b>43 165 000</b>
29	Réaliser des audits de mise en œuvre du programme	X	X	X	X	X	<b>19 869 000</b>
30	Elaborer le manuel de procédures administrative et financière de gestion du programme	X					<b>6 906 400</b>
31	Assurer le fonctionnement du programme	X	X	X	X	X	<b>73 725 000</b>
<b>COUT GLOBAL DU PLAN STRATEGIQUE</b>							<b>12 760 098 411</b>

## TABLE DES MATIERES

<b>PREFACE.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>6</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>7</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>11</b>
<b>1. DONNEES GENERALES SUR LE BENIN.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Généralités sur le Bénin.....</b>	<b>12</b>
1.1.1 Situation géographique.....	12
1.1.2 Organisation administrative.....	13
1.1.3. Contexte économique et socio-culturel.....	13
1.1.4 Contexte démographique.....	13
<b>1.2 Profil sanitaire du Bénin.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Le système national de santé.....	14
1.2.2 Hygiène et assainissement de base.....	14
1.2.3 Ressources humaines.....	15
<b>2. ANALYSE DE LA SITUATION DES HEPATITES VIRALES AU BENIN.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Surveillance épidémiologique.....</b>	<b>16</b>
2.1.1 Informations sanitaires sur les hépatites.....	16
2.1.2 Indicateurs épidémiologiques.....	16
2.1.3 Influence des déterminants de la santé sur les hépatites virales impacts sur l'individu et la société.....	17
<b>2.2 Prévention .....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Sensibilisation.....	18
2.2.2 Vaccination.....	18
2.2.3 Prevention de la transmission Mère-Enfant (PTME).....	18
2.2.4 Sécurité du sang et des injections.....	19
<b>2.3 Dépistage .....</b>	<b>19</b>
<b>2.4 Prise en charge médicale et thérapeutique.....</b>	<b>19</b>
<b>2.5 Recherche.....</b>	<b>20</b>

2.6	Coordination et gestion.....	20
2.7	Synthèse de l'analyse situationnelle : Forces. Faiblesses. Opportunités. Menaces.....	20
3.	<b>COMPOSANTES DE LA STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES 2018-2022.....</b>	<b>22</b>
3.1	<b>Vision et principes de la stratégie.....</b>	<b>22</b>
3.1.1	Vision.....	22
3.1.2	Principes directeurs.....	22
3.2	<b>Objectifs du Plan Stratégique National.....</b>	<b>23</b>
3.2.1	Objectif général.....	23
3.2.2	Objectif spécifiques.....	23
3.3	<b>Orientations stratégiques.....</b>	<b>23</b>
3.3.1	Orientations stratégiques (OS1) : Renforcement de la prévention de la transmission du VHB et du VHC.....	23
3.3.1.1	La sensibilisation.....	24
3.3.1.2	Vaccination contre l'hépatite virale B.....	24
3.3.1.3	Prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B.....	25
3.3.1.4	Sécurité du Sang, des injections et des produits biologiques.....	25
3.3.2	Orientations stratégiques (OS2) : Promotion du dépistage systématique.....	27
3.3.3	Orientations stratégiques (OS3) : Prise en charge globale des hépatites B et C dans la cascade de soins.....	28
3.3.3.1	La cascade de soins.....	28
3.3.3.2	Traitement antiviral.....	28
3.3.4	Orientations stratégiques (OS4) : Renforcement de la surveillance épidémiologique hépatites virales.....	31
3.3.5	Orientations stratégiques (OS5) : Promotion de la recherche sur les Hépatites B et C.....	32
3.3.6	Orientations stratégiques (OS6) : Gestion, Coordination et suivi- évaluation du plan.....	33

<b>4. COORDINATION ET GESTION .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1 Cadre de mise en œuvre du PSNLH 2018-2022.....</b>	<b>35</b>
4.1.1 Instances de mise en œuvre.....	35
4.1.2 Collaboration intra intersectorielle.....	35
<b>4.2 Rôles et responsabilités des parties prenantes dans la lutte contre les     hépatites virales virales.....</b>	<b>36</b>
4.2.1 Rôle du Gouvernement.....	36
4.2.2 Rôle des Partenaires Techniques et Financiers.....	36
4.2.3 Rôle des Acteurs du Secteur Privé.....	36
4.2.4 Rôle de la Société Civile.....	36
4.2.5 Rôle des tradipraticiens.....	37
4.2.6 Rôle de la Communauté.....	37
<b>4.3 Gestion des risques.....</b>	<b>37</b>
4.3.1 Stratégies de gestion de risque.....	37
4.3.2 Conditions de succès.....	38
<b>4.4 Financement du PSNLH 2018-2022.....</b>	<b>39</b>
<b>4.5 Mécanisme de suivi-évaluation.....</b>	<b>40</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>43</b>
<b>LISTE DES PARTICIPANTS A L'ETUDE ET A LA VALIDATION DU PSNLH.....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>49</b>