



Organisation
mondiale de la Santé

Burkina Faso

«INITIATIVE BBNT» :

Une approche innovante de collaboration Sud-Sud
pour renforcer la lutte contre le VIH Sida,
la tuberculose et le paludisme
en Afrique de l'Ouest

Relevé de bonnes pratiques mises en oeuvre dans les pays





**Organisation
mondiale de la Santé**

Burkina Faso

«INITIATIVE BBNT» :

**Une approche innovante de collaboration Sud-Sud
pour renforcer la lutte contre le VIH Sida,
la tuberculose et le paludisme
en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Niger, Togo)**

Relevé de bonnes pratiques mises en oeuvre dans les pays



TABLE DES MATIÈRES

Sigles et abréviations	ix
Avant-propos	xi
Introduction.....	1
1- Bonnes pratiques mise en œuvre dans le domaine de la lutte contre le VIH Sida, la tuberculose et le paludisme	2
1.1. Expériences partagées dans la lutte contre le VIH/Sida, les IST et les hépatites virales.....	2
1.2. Expériences partagées dans la recherche active de la tuberculose	18
1.3. Expériences partagées dans la lutte contre le paludisme	29
2- Focus sur les activités retenues pour la deuxième année	41
2.1. Bonnes pratiques retenues par le Bénin	41
2.2. Bonnes pratiques retenues par le Burkina Faso	48
2.3. Bonnes pratiques retenues par le Niger.....	53
2.4. Bonnes pratiques retenues par le Togo.....	57
Conclusion.....	67

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ARV	Antirétroviral
ASS	Annuaire des Statistiques sanitaires
BBNT	Bénin, Burkina Faso, Niger, Togo
CDIP	Conseil et Dépistage à l'Initiative des Prestataires de Santé
CDT	Centre de diagnostic et de traitement
CPN	Consultations prénatales
CPNR	Consultations prénatales recentrées
CPS	Chimio-prévention du Paludisme saisonnier
CV	Charge virale
DPS	Direction provinciale de la Santé
DRS	Direction régionale de la Santé
DS	District sanitaire
EEZS	Équipe d'Encadrement de la Zone sanitaire
ETME	Élimination de la Transmission Mère-Enfant
FE	Femme enceinte
FM	Fonds mondial
FS	Formation sanitaire
GAVI	The Vaccine Alliance
HV	Hépatite virale
IST	Infection sexuellement transmissible
LNR	Laboratoire national de Référence
MCAT	Multicountry Assignment Team (Équipe d'Appui multi-pays)
MILDA	Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
MS	Ministère de la Santé
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
PARED	Patients à Risque élevé de Décès
PCR	Identification précoce des souches de mycobactéries par amplification génique
PEC	Prise en charge
PECP	Prise en Charge pédiatrique

PMI	President's Malaria Initiative
PNLS	Programme national de Lutte contre le Sida
PNLSH	Programme nationale de Lutte contre le Sida et les Hépatites
PNLS-HV-IST	Programme national de Lutte contre le Sida, les Hépatites virales et les Infections sexuellement transmissibles
PNLT	Programme national de Lutte contre la Tuberculose
PNT	Programme national de Lutte contre la Tuberculose
POC	Point of Care
PPL	Personne privée de liberté
PSSLS-IST	Programme sectoriel Santé de lutte contre le Sida, les IST et les hépatites viral
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RSO	Responsable des Soins obstétricaux
SIRP	Système d'Information de Routine sur le Paludisme
SNPF	Semaine nationale de la Planification familiale
SP/Palu	Secrétariat permanent pour l'élimination du Paludisme
SPN	Soins prénataux
SRMNIA	Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TDF	Tenofovir disoproxil fumarate
TME	Transmission Mère-Enfant
TPHA	Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay
UNICEF	United Nations Children's Fund
VHB	Hépatite virale B
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine

AVANT-PROPOS

« L'initiative BBNT » est une dynamique de collaboration Sud-Sud entre quatre pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Niger et Togo), permettant d'identifier les domaines de santé où les uns, moins performants, peuvent apprendre des autres, plus performants dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.

Elle a été mise en place en 2023 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et soutenue par plusieurs partenaires du système des Nations Unies telles que le Fonds mondial, l'ONUSIDA et l'UNICEF.

Après une année, cette initiative de partage de bonnes expériences a fait le point de la mise en œuvre des activités dans les quatre pays à Ouagadougou au mois d'octobre 2024.

Au total une trentaine d'expériences ont été partagées au cours des visites inter-pays, mais seulement la moitié a été présentée aux cours de l'atelier de Ouagadougou tenu du 14 au 17 octobre 2024.

Le présent ouvrage est un relevé des bonnes pratiques identifiées dans les quatre pays de « l'initiative BBNT » dans les domaines du VIH/Sida, des IST et des hépatites virales, de la tuberculose et du paludisme.

INTRODUCTION

En 2023, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), avec le soutien des équipes d'appui multipays (MCAT), a mis en place l'initiative BBNT pour partager les expériences, mutualiser les expertises locales dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, les hépatites virales et le paludisme. L'initiative vise à accélérer et à mieux coordonner les programmes afin d'optimiser les efforts déployés contre ces maladies.

La première année de l'initiative, qui va du troisième trimestre de l'année 2023 au troisième trimestre de l'année 2024, a vu la mise en œuvre de plusieurs activités dont des réunions d'analyse de données, des webinaires (séminaires en ligne), des visites interpays et un atelier de partages d'expériences.

L'atelier a réuni une cinquantaine de cadres de santé à Ouagadougou les 14, 15, 16 et 17 octobre 2024. Il s'est surtout agi de faire le point des progrès réalisés, d'identifier en particulier les bonnes pratiques relevées et mises en œuvre dans les pays, et aussi de discuter des activités à venir pour le dernier trimestre de l'année 2024 et les trois premiers trimestres de l'année 2025.



1. BONNES PRATIQUES MISES EN ŒUVRE DANS LE DOMAINE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

Il s'agira ici de présenter les expériences de bonnes pratiques mises en œuvre dans chacun des quatre pays. Ces bonnes pratiques concernent essentiellement (i) la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale B ; (ii) la recherche active des cas de tuberculose ; et (iii) l'évaluation de la surveillance du paludisme.

1.1. Expériences partagées dans la lutte contre le VIH/Sida, les IST et les hépatites virales



Bénin : stratégie pour une couverture PTME/TAR élevée et triple élimination, intégration dans le DHIS2

Contexte

La triple élimination de la transmission mère-enfant constitue une préoccupation majeure pour ce pays. En 2023, le taux de prévalence du VIH est estimé à 0,8%, celui de la Syphilis 0,13% et de l'hépatite virale B au sein des femmes enceintes à 6,58%. D'après les données disponibles, le pays présente un bon taux de dépistage en consultations prénatales et apparaît très avancé dans la couverture PTME en sites. Ce qui suggère une stratégie efficace dans la mise en œuvre de la PTME.

Objectifs

Le plan d'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) 2021-2025 vise les objectifs clés suivants :

- 95% de femmes enceintes soient dépistées systématiquement pour le VIH Sida, la Syphilis et l'Hépatite B ;
- 95% de femmes enceintes dépistées positives au VIH Sida, Syphilis et Hépatite B bénéficient de traitement approprié ;
- 95% des femmes enceintes dépistées positives pour le VIH sous traitement ARV bénéficient du test de la charge virale ;
- 90% des enfants nés de mères séropositives pour le VIH bénéficient de la PCR dans les deux mois suivant leur naissance.

Processus

À partir de 2012, le Bénin a procédé à l'adoption de son premier plan d'élimination de la transmission mère-enfant (2012-2016) avec l'option B+ qui simplifie le suivi clinique et offre aux femmes enceintes un traitement antirétroviral (TAR), quel que soit le taux de la CD4, pendant la grossesse, l'accouchement et durant toute la période de l'allaitement. Ce plan a permis une accélération de la mise en œuvre de la PTME.

Par la suite, le pays a adopté un deuxième Plan ETME pour la période 2017-2020 avec le « Test and Treat », qui veut que « *Tout patient découvert VIH soit mis rapidement sous traitement pour diminuer le nombre de personnes infectées et contagieuses* », ainsi que l'introduction du syphilis Duo (double test de diagnostic rapide VIH/Syphilis), du DTG/PTME et l'audit des PCR +.

Puis en 2021-2023, le Bénin opte pour la généralisation du syphilis Duo et l'algorithme à 3 tests, ainsi que la mise en place d'une expérience pilote pour la triple élimination dans deux zones sanitaires. On note par ailleurs l'évaluation du deuxième plan ETME et l'élaboration du troisième plan 2021- 2025.

Résultats obtenus

L'analyse des données de l'année 2023 a montré une très bonne performance dans la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) avec un taux de couverture en sites de 96% (99% au public et 88% au privé). Le taux de dépistage lors des consultations prénatales (CPN) a atteint 99%. Et presque la totalité (99,8%) des femmes enceintes positives au VIH bénéficient des Antirétroviraux (ARV).

L'expérience pilote pour la triple élimination du VIH Sida, de la Syphilis et de l'hépatite B a aussi donné des résultats satisfaisants.

Données PTME (2023)

Indicateurs VIH/Syphilis	Valeurs	(%)
Femmes enceintes reçues en nouvelle CPN	692448	100
Femmes enceintes dépistées pour le VIH/Syphilis	689095	99,5
Femmes enceintes dépistées positives au VIH	2651	0,4
Femmes enceintes positives mises sous ARV	2646	99,8
Enfants nés de mères PV VIH	3345	100
Enfants exposés ayant bénéficié de la PCR dans 6 à 8 Semaines	2822	84,4
Enfants attendus sérologie 18 mois	3634	100
Enfants ayant bénéficié de la sérologie à 18 mois	1847	50,8
Enfants séropositifs 18 mois	34	1,8

Projet pilote de la triple élimination dans deux zones de santé

Indicateurs	VIH	Syphilis	VHB
Nombre de femmes reçues en consultations prénatales	32 044		
Nombre de gestantes dépistées	31997 (99,85%)	31997 (99,85%)	24136 (75,32%)
Nombre de gestantes dépistées positives	122 (0,38%)	28 (0,09%)	335 (1,38%)
Nombre de gestantes ayant bénéficié d'une charge virale	58 (48%)	NA	229 (68%)
Nombre de gestantes ayant une CV détectable (> 1000 copies VIH et > 2000 UI pour VHB)	18	NA	21
Nombre de gestantes ayant bénéficié d'une charge virale	121 (99%)	NA	13

Facteurs de succès

Les principaux facteurs de succès de l'expérience béninoise reposent sur la qualité des données et le dévouement du personnel de santé au travail. Afin de garantir la qualité des données, pierre angulaire de l'initiative BBNT, le Bénin a procédé à :

- un monitoring des données PTME par EEZS et une revue semestrielle des indicateurs par département ;
- une formation des agents dans les maternités privées (formation en présentiel de 2 jours puis coaching sur site pendant 2 semaines) ;
- un audit des PCR positives et des décès des enfants sous ARV ;
- la mise en place d'un système transport groupé des échantillons CV ;
- l'utilisation des POC prioritairement pour la PCR et la CV chez femmes enceintes ;
- l'attribution annuelle de prime aux meilleurs sites PTME.

Difficultés rencontrées et alternatives

Selon Moussa Bachabi, Coordonnateur du programme de Santé de lutte contre le Sida (PSLS), les difficultés rencontrées sont essentiellement de quatre ordres.

Premièrement, la co-infection VIH/VHB n'est pas systématiquement documentée pour déterminer la proportion déjà sous protocole ARV incluant le TDF. Pour lever cette contrainte, les outils de collectes ont été révisés et sont en cours de multiplication.

La deuxième difficulté est liée au transport des échantillons pour la réalisation systématique CV/VHB surtout en ce qui concerne les maternités isolées et la non disponibilité Ag Hbe. Face à cette situation, on a procédé soit à une réorientation des gestantes vers le centre de santé disposant de laboratoire pour le prélèvement et l'aliquotage, ou au prélèvement sur site et l'acheminement des échantillons vers le laboratoire à travers le circuit de transport groupé de CV.

En troisième lieu, l'extension prévue en 2023 dans deux nouvelles zones sanitaires n'a pu avoir lieu à cause de la limitation du stock de réactifs du VHB. Comme solution, le ministère de la Santé a entrepris un plaidoyer en direction du département de l'économie et des finances pour la mise à disposition en début d'année des ressources domestiques.

Pour terminer, des problèmes de rapportage ont été observés avec des répercussions sur la qualité des données et le suivi effectif des services de dépistage intégré. Pour adresser cette difficulté, le monitoring des données se fait désormais depuis les maternités par les responsables des services obstétricaux (RSO) avec renseignement hebdomadaire d'une base créée par le PSLS.

Leçons apprises

Les leçons apprises de cette expérience sont nombreuses, en commençant par l'existence d'un besoin réel de dépistage du VHB (prévalence 6,58% femmes enceintes). À ce niveau, la quantification et la commande précoce des intrants, associées au plaidoyer sont nécessaires pour garantir la disponibilité des réactifs de dépistage, de charge virale du VHB et des TDF pour la PEC des cas positifs. Comme autres leçons importantes, il y a la nécessité de :

- monitorer en temps réel les données (indicateurs clés) ;
- suivre semestriellement la mise en œuvre de la stratégie (qualité des données : rapportage) ;
- améliorer le lien entre les maternités et les sites de PEC chargés de la mise sous ARV (TDF) par un monitoring de la cascade de traitement pour le VHB au même titre que pour le VIH ;
- intégrer le traitement de la syphilis aux gestantes et leur conjoint dans le registre avec la collecte des données relatives à cet indicateur.

Prochaines étapes

Elles vont consister en :

- l'extension progressive du dépistage du VHB en complément au VIH et à la Syphilis suivant la planification suivante : moins de 40% des gestantes au 31 décembre 2024, moins de 70% des gestantes au 31 décembre 2025 et moins de 95% des gestantes au 31 décembre 2026 ;
- l'offre de la CV/VHB aux gestantes positives afin d'évaluer les risques TME ;
- la garantie de la dotation en TDF pour les cas mono-infectés éligibles au traitement du VHB pendant la grossesse et l'allaitement ;
- la mise en place d'un comité national pour la validation de l'ETME avec une feuille de route.

Burkina Faso : intégration de l'hépatite B dans la PTME en vue de la triple élimination

Contexte

Au Burkina Faso, le taux de prévalence de la population générale est de 0,6% pour le VIH (UNUSIDA, 2023) et de 0,63% pour la syphilis (sérosurveillance 2022). En ce qui concerne les hépatites virales, Aïchatou Dembélé, responsable de l'unité prévention et point-focal hépatite au Programme sectoriel Santé de lutte contre le Sida, les IST et les hépatites virales (PSSLS-IST), indique que le pays est situé dans « une zone de haute endémicité ». Selon une étude menée en 2010 par le Centre Muraz et l'Agence nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales, les taux de prévalence des Hépatites virales B et C sont respectivement de 9,1 % et 3,6 %. Chaque année, on note 900 décès liées aux hépatites.

En mai 2023, les hépatites ont été rattachées au PSSLS-IST avec pour mission principale l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de triple élimination du VIH/SIDA, des IST et des hépatites virales.

Objectifs

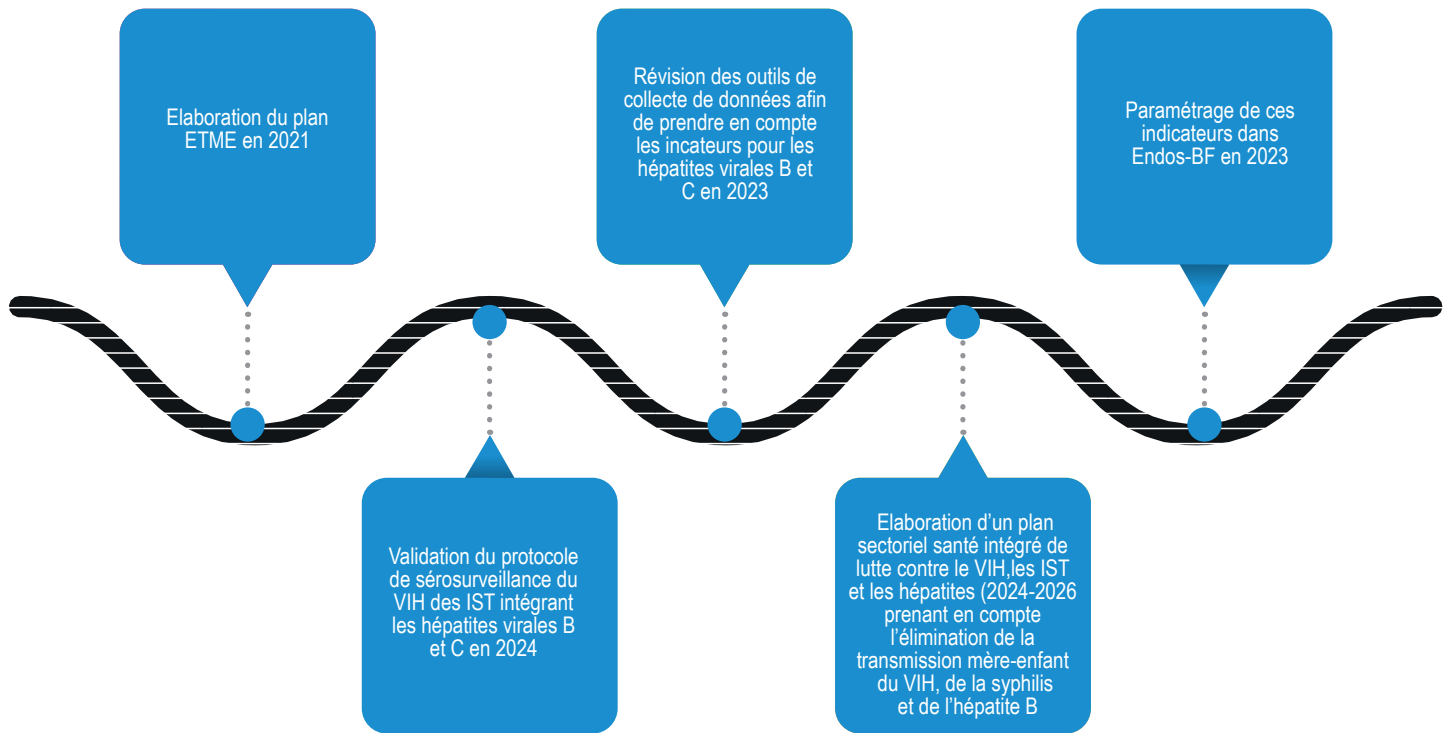
L'objectif principale est de contribuer à l'élimination du VIH/SIDA, des hépatites virales et des IST à l'horizon 2026, en tenant compte des enjeux de genre, d'équité et de droits humains.

De façon plus spécifique, il s'agit de :

- rendre accessible les services de prévention et de prise en charge du VIH-SIDA, des IST et des HV à 95 % de la population y compris les populations déplacées internes ou vivant dans les ZADS et les zones enclavées pour que :
 - ▣ 95% des femmes enceintes sont vues en soins prénataux (SPN) ;
 - ▣ 95% des femmes enceintes reçues en SPN sont dépistées au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B ;
 - ▣ 95% des femmes enceintes dépistée positives à l'une des pathologies sont mises sous traitement adapté ;
 - ▣ 95% des partenaires (des femmes enceintes dépistées positives) sont dépistés ;
- réduire le nombre de nouvelles infections liées au VIH/SIDA, aux IST et aux HV respectivement de 75%, 75% et 50% d'ici à 2026 pour passer en dessous de :
 - ▣ 50 nouvelles infections au VIH pour 100 000 nouveau-nés et réduire la transmission mère-enfant de 5,4% à 2% ;
 - ▣ 50 cas de syphilis pour 100 000 nouveau-nés ;
 - ▣ 100 cas d'hépatite B pour 100 000 nouveau-nés.

Processus

Les principales étapes de mise en œuvre ont consisté en l'élaboration des documents normatifs et des outils de collecte des données, l'acquisition des intrants et la formation des agents de santé communautaire sur l'ETME.



Les intrants pour le dépistage et prise en charge ETME sont disponibles et gratuits (2023). Le traitement contre les hépatites B et C est également subventionné pour la population générale.

En ce qui concerne la formation des agents de santé et communautaires sur l'ETME, des sessions de formations en cascade ont été organisées pour la mise en œuvre de la stratégie ETME prenant en compte les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le suivi de la mise en œuvre est fait à travers des cadres de concertation (district, région), les supervisions.

Résultats obtenus

L'analyse des données fait ressortir des résultats positifs avec une nette amélioration du taux de couverture de la PTME (dépistage du VIH) qui est passé de 79,07% en 2020 à 95,4% en 2022. En 2022, la quasi-totalité des femmes dépistées positives au VIH (99%) bénéficiait de traitement contre 67,62% en 2020.

En 2023, on note une réduction significative du taux résiduel de la transmission mère-enfant du VIH à 4,04% comparé à 2017 (8,5%).

La proportion d'enfants ayant bénéficié d'un prélèvement pour la PCR est également passée de 75,51% en 2021 à 82,7% en 2022.

Au premier semestre de l'année 2024, 3128 enfants ont été vaccinés à la naissance contre l'hépatite B. Les femmes non positives au VIH bénéficient actuellement d'un traitement gratuit contre l'hépatite B.

Facteurs de succès

Le principal facteur de succès de l'expérience burkinabè dans le cadre de la triple élimination repose sur l'élaboration et l'adoption des différents documents normatifs facilitant la mise en œuvre de la stratégie. À cela s'ajoute la vaccination systématique des enfants contre l'hépatite B dans les formations sanitaires. « C'est l'une des actions phares que tous les autres pays de l'initiative ont noté et apprécié chez nous », souligne Dr Aïchatou Dembélé.

Par ailleurs, la disponibilité des intrants permet d'effectuer directement sur site les prélèvements et les tests.

Difficultés rencontrées et alternatives

L'expérience burkinabè a été confrontée à plusieurs difficultés auxquelles des alternatives ont été trouvées. Ces difficultés, selon Dr. Aïchatou Dembélé sont liées essentiellement aux ruptures ou au manque d'intrants pour les dépistages ainsi qu'à la situation sécuritaire du pays, ayant entraîné la fermeture de certaines formations sanitaires. À ce niveau, des mesures ont été prises pour rendre disponible les examens complémentaires gratuits et améliorer la gestion des intrants afin d'éviter les ruptures. Les structures associatives sont parfois mises à contribution pour l'acquisition d'intrants de dépistage et pour le dépistage des hépatites B et C de la population générale.

Avec la situation sécuritaire du pays qui a entraîné la fermeture ou le fonctionnement à minima de 789 formations sanitaires (37%) dans dix des treize régions d'après les données disponibles au janvier 2024, 4 006 224 habitants sont privés ou ont un accès limité aux soins de santé. La délégation des tâches reste cependant une mesure palliative. On note par exemple la redynamisation des accoucheuses villageoises.

La faible analyse des données par les acteurs reste une autre difficulté rencontrée face à laquelle il est prévu un renforcement du suivi de la performance.

Leçons apprises

Comme principales leçons apprises, on retient de l'expérience burkinabè que :

- la disponibilité des intrants est l'une des pierres angulaires facilitant les interventions ;
- l'implication des acteurs communautaires permet d'atteindre les populations déplacées ;
- la disponibilité des données est indispensable au suivi optimal de la performance ;
- l'importance de baser les interventions sur les données probantes à travers l'analyse des données.

Prochaines étapes

Elles vont consister en :

- la poursuite de la mise en œuvre de la feuille de route ;
- la révision des normes et directives de prise en charge des hépatites virales ;
- la formation des acteurs sur les normes et directives révisées ;
- l'intégration du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B dans les activités de la Semaine nationale de Planification familiale (SNPF) ;
- la gratuité des examens de suivi pour les Personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
- l'organisation du suivi pour la qualité des données
- la participation à la table ronde pour le financement des activités.

Niger : projet pilote pour l'intégration de l'hépatite B dans la PTME en vue de la triple élimination

Contexte

En vue d'accélérer l'atteinte des cibles nationales et mondiales de la triple élimination, le Programme nationale de Lutte contre le Sida et les Hépatites (PNLSH), avec l'accompagnement de ses partenaires (UNICEF, OMS) a procédé à :

- l'intégration de l'hépatite virale B dans le document SR VIH en 2021 ;
- l'adoption de l'algorithme à 3 tests (Détermine, Wondfo, SD Bioline) en 2022 ;
- la réalisation de l'étude pilote de séroprévalence de l'hépatite virale B chez la femme enceinte dans les 8 régions du pays en 2022, permettant de déterminer les zones de fortes prévalence (Niamey :10,5% ; Maradi 9,31% et Tahoua : 8,19%) ;
- le renforcement des capacités des sages femmes des 52 sites dans le cadre de l'étude pilote sur le dépistage et la PEC de l'hépatite virale B lors des CPNR en 2021 ;
- l'introduction du Duo test (standards Q) dans les 1409 sites PTME prioritaires du pays pour le dépistage et la prise en charge VIH et de la Syphilis chez les FE en 2023 ;
- l'élaboration du plan de triple élimination 2023-2026 et l'élaboration du document de la stratégie du projet pilote pour la triple élimination VIH/Syphilis/Hépatite B à Niamey en 2024.

Objectifs

L'objectif principal du projet pilote est de contribuer à l'élimination de la TME de l'Hépatite B, du VIH et de la Syphilis dans la région de Niamey d'ici à 2026 en assurant :

- le dépistage de 60746 femmes enceintes vues en CPNR1 pour le VHB, le VIH et la syphilis ;
- la couverture du traitement prophylactique chez 1389 FE à Ag HBs et Ag HBe positives ;
- la couverture vaccinale anti Hépatite B à la naissance chez 1389 de nouveau-nés exposés ;
- la couverture du traitement ARV chez la FE VIH + en CPNR1 de 70,21% à 100% ;
- la prophylaxie ARV à 100% des enfants exposés au VIH ;
- la couverture du traitement de la syphilis chez la FE testée positive TPHA ou RPR de 46,84% à 100% ;
- le suivi biologique de 1389 enfants exposés au HB et 100% des enfants exposés au VIH.

Processus

La stratégie pilote d'élimination de la transmission de l'hépatites B de la mère à l'enfant est prévue pour démarrer le 1er janvier 2025 dans la communauté urbaine de Niamey. Elle va combiner les interventions de dépistage de l'hépatite B chez les femmes enceintes et la mise sous ARVs (Ténofovir) des dépistées séropositives à l'Antigène HBs et HBe. Elle prévoit toucher 60746 femmes enceintes qui se présenteront en consultation prénatale au niveau des 61 sites PTME des cinq districts de Niamey, 1389 nouveau-nés exposés au VHB, 547 pour la Syphilis et 158 pour le VIH sur une période d'un an à partir du 1er janvier 2025.

Résultats

En prélude au démarrage de la phase pilote, les actions entreprises pour le dépistage des femmes enceintes ont permis d'atteindre un taux de couverture de 67,74% en 2023 avec une séroprévalence de 0,15%. Sur 1 084 116 femmes enceintes inscrites en CPNR1, 734 440 ont pu ainsi bénéficier du dépistage dont 1100 dépistées séropositives. Parmi les femmes séropositives, 960 sont mises sous ARV, soit un taux de couverture de 87,27%.

Selon les projections Spectrum, 2 129 femmes enceintes avaient besoin de la PTME pour 960 bénéficiaires (45,10%).

Le taux TME final a connu une légère baisse en 2023, passant à 23,75% contre 26,03% l'année précédente.

Les taux de prévalence de la syphilis et de l'hépatite B sont respectivement de 0,99% et de 1,95%. Pour la première, sur 419 084 femmes enceintes testées, 4 154 ont été diagnostiquées positives. Et pour la seconde, sur 112 241 femmes enceintes testées, 2198 sont déclarées positives.

Facteurs de succès

Les principaux facteurs qui peuvent concourir au succès de l'expérience nigérienne sont :

- l'intégration de l'hépatite virale B dans le document SR VIH en 2021 ;
- les acquis de l'étude pilote de séroprévalence de l'hépatite virale B chez la femme enceinte dans les 8 régions du pays en 2022 ;
- l'introduction du Duo test (1409 sites PTME) prioritaires du pays en 2023 ;
- l'élaboration du plan de la triple élimination 2023-2026 ;
- l'élaboration du document de la stratégie du projet pilote de la triple élimination en 2024 ;
- le coaching des 65 sites en 2023 et 75 en 2024 ;
- l'appui au fonctionnement des sites prioritaires performants (75 % de couverture en dépistage, 75% de mise sous ARV et offre de PCR à tous les enfants nés de mères séropositives) à travers un encouragement financier ;
- la formation et la gratification des médiatrices communautaires

Difficultés rencontrées et alternatives

Pour le Dr Nouhou Amadou Diallo, Coordonnateur du PNLISH, les difficultés pouvant entraver l'expérience sont liées essentiellement à la non gratuité du test de dépistage de l'Hépatite B chez la femme enceinte ainsi que du traitement prophylactique, la non gratuité du traitement de la syphilis et la non gratuité du vaccin contre l'hépatite B à la naissance. « Grâce à l'initiative BBNT, on a pu voir que chez les autres, c'était gratuit. Cela nous a inspiré à intégrer la gratuité dans le projet pilote qui va démarrer en janvier 2025 », a-t-il assuré. Pour cela, la stratégie de la triple élimination sera financée par le Fonds mondial avec l'appui de l'OMS.

Leçons apprises

La principale leçon apprise, c'est que la disponibilité des intrants et la gratuité des dépistages et des traitements sont une des conditions indispensables pour réussir la triple élimination.

Prochaines étapes

Elles vont consister en :

- l'intégration de la gratuité de la prise en charge de l'hépatite B et du traitement de la syphilis dans le projet pilote de Niamey ;
- la conduite de lobbying et de plaidoyer en direction des décideurs et des PTF en vue de l'intégration de la gratuité du vaccin contre l'hépatite B à la naissance et du passage à l'échelle de la triple élimination.

Togo : diagnostic précoce et prise en charge pédiatrique du VIH

Contexte

La prise en charge pédiatrique du VIH reste l'une des priorités du pays et connaît un regain d'intérêt depuis 2007. Le renforcement des acquis et la mise en œuvre de stratégies innovantes ont permis d'améliorer le dépistage et le traitement des enfants, adolescents et jeunes vivants avec le VIH.

Objectifs

Le diagnostic précoce et la prise en charge pédiatrique du VIH visent à renforcer le dépistage et la PEC des enfants, adolescents et jeunes vivant avec le VIH en améliorant :

- le diagnostic précoce chez le nourrisson de 67% en 2022 à 95% en 2026 ;
- la couverture du traitement pédiatrique de 59% en 2022 à 95% en 2026 ;
- l'engagement communautaire dans la PEC globale du VIH chez les enfants et adolescents de 10 à 19 ans ;
- la rétention dans les soins et la suppression de la charge virale chez les enfants et adolescents de 10 à 19 ans de 71,9 % à 95% en 2026 ;
- la coordination et le suivi-évaluation des interventions de diagnostic précoce et de PEC pédiatrique du VIH.

Processus

La mise en œuvre a suivi trois étapes cruciales.

En 2013, il a été procédé à l'analyse situationnelle avec l'adoption du plan de renforcement 2016-2020 et la mise en œuvre de dépistage CDIP à toutes les portes d'entrée aux soins (familial, fratrie). D'autres actions complémentaires ont été menées telles que la formation des prestataires, le monitoring spécifique sur les sites prioritaires/district, la revue annuelle de la PECP et de la PTME, l'appui des médiateurs ainsi que l'élaboration de mémo, fiches techniques, cartes posologiques, roulette.

En 2015, commencent l'accélération des actions d'extension des sites (115 en 2010, 141 en 2012 et 697 en 2023), la délégation de tâches pour la prescription et le suivi sous ARV à travers le coaching des sites, la capitalisation des expériences des sites associatives et confessionnelles dans deux ateliers d'échange (2015 et 2018).

Puis à partir de 2021, on note les actions de partenariat public-associatif avec le partage d'expériences et d'expertise pour améliorer la qualité de la PECP, de formation sur site, de stage pratique, de supervision, de coaching bimestrielle (co-consultation, gestion des échecs, rapportage, etc.) et la paire-éducation par les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH.

Résultats

En termes de résultats probants, on note, entre 2021 et 2023, une amélioration des indicateurs en ce qui concerne la connaissance du statut sérologique, la couverture ARV et suppression de la charge virale chez les enfants de 0-14 ans, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Indicateurs	2021	2022	2023
Connaissance du statut sérologique au VIH	49,39%	56,95%	67,23%
Couverture ARV chez les enfants de 0-14 ans PVVIH	49,12%	56,95%	67,2%
Suppression de la charge virale chez les enfants de 0-14 ans	72,36%	71,9%	78,3%

Facteurs de succès

Les principaux facteurs de succès tiennent aux éléments suivants :

- la disponibilité des ressources humaines qualifiées et le turn-over du personnel ;
- l'identification des coachs et la certification des sites ;
- le dispositif d'analyse des goulots et d'identification des solutions ;
- le Conseil et Dépistage à l'Initiative des Prestataires de Santé (CDIP) ;
- l'arrimage aux soins et la traçabilité des données ;
- la rétention dans les soins (Paire-éducation, soutien des médiateurs) ;
- le coaching des sites sur la délégation des tâches ;
- le partenariat public et associatif ;
- l'optimisation du TAR (Mémo, fiches techniques, cartes posologique...).

Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées sont essentiellement l'insuffisance de la ressource humaine à offrir les services de qualité, l'insuffisance dans l'analyse des données par les acteurs et l'insuffisance du financement pour les activités. Des actions correctrices sont envisagées pour former davantage de personnel et diversifier les sources de financement.

Leçons apprises

Des leçons apprises, on retient principalement :

- l'importance du brassage, du partage d'expériences et de l'expertise entre les sites associatifs et publics ;
- l'importance de l'intégration des modules spécifiques aux jeunes et ados dans la prise en charge globale pour la formation des prestataires (20 sessions 480 participants) par le PNLS-HV IST ;
- l'importance de l'approche de la supervision formative et des stages pratiques ;
- la nécessité du leadership des jeunes et la structuration de la paire-éducation sur les sites publics (documentation, GC7) ;
- l'importance de la dynamisation de groupe de parole des ados/jeunes sur les sites publics dans un contexte de raréfaction des ressources ;
- la nécessité de l'analyse des goulots et de l'identification des solutions pour mieux adapter les actions aux besoins spécifiques des enfants, adolescents et jeunes vivant avec le VIH ;
- l'adoption du « test and treat » pour faciliter l'arrimage aux soins ;
- le soutien communautaire comme un élément indispensable pour la rétention des EAJ dans les soins.

Prochaines étapes

Il s'agira de :

- améliorer le dépistage du VIH (gaps à combler, estimé à 24 % pour la connaissance du statut chez les enfants de moins de 15 ans) ;
- améliorer la couverture ARV chez les enfants actuellement de 67,12 % à 95 % ;
- améliorer la suppression de la charge virale chez les enfants de 78,30 % à 95% ;
- continuer la structuration de la paire éducation et le passage à l'échelle ;
- le passage à l'échelle du partenariat public-associatif ;
- la mise en place d'un coaching des structures privées de soins en s'inspirant de l'expérience du Bénin.

Togo : Suivi des PCR et Charge virale dans les sites prioritaires

Contexte

La triple élimination du VIH, de la syphilis et des hépatites virales constitue un grand défi pour l'atteinte du troisième objectif des ODD qui prévoit l'élimination du Sida à l'horizon 2030.

À la suite de la participation du programme VIH du pays aux différents webinaires organisés et des différentes visites de terrain du Burkina Faso au Togo et du Togo au Bénin pour échanger sur les bonnes pratiques, il a été décidé de mettre en œuvre le suivi des PCR et de la charge virale dans les sites prioritaires.

Objectifs

L'objectif est d'accélérer le diagnostic précoce et la PECP du VIH chez les enfants nés de mères séropositives et les adolescents pour :

- accroître le diagnostic précoce chez le nourrisson de 45,1% en 2022 à 95% en 2026 ;
- accroître la couverture du traitement pédiatrique de 59% en 2022 à 95% en 2026 ;
- améliorer la rétention dans les soins et la suppression de la charge virale chez les enfants et de 0 à 19 ans sous TAR ;
- renforcer l'engagement communautaire dans la PEC globale du VIH chez les enfants de 0 à 19 ans ;
- renforcer la coordination et le suivi-évaluation des interventions de diagnostic précoce et de PEC pédiatrique du VIH/sida.

Processus

La mise en œuvre a suivi quatre étapes :

D'abord, l'identification et la sélection des participants. Elle s'est faite sur la base du profil exigé par l'initiative BBNT et suite à la correspondance adressée au Programme. Des propositions ont été faites par le Coordonnateur du programme et une note de désignation officielle a été signée par le ministre la Santé et de l'Hygiène publique après validation.

Ensuite, la mise en œuvre de la stratégie d'intervention, avec un suivi régulier de 62 sites à grosses files actives pour améliorer l'offre de services du diagnostic précoce et de la charge virale. L'analyse situationnelle et les revues de données ont permis l'identification des goulots d'étranglements et l'élaboration d'un plan de mise en œuvre.

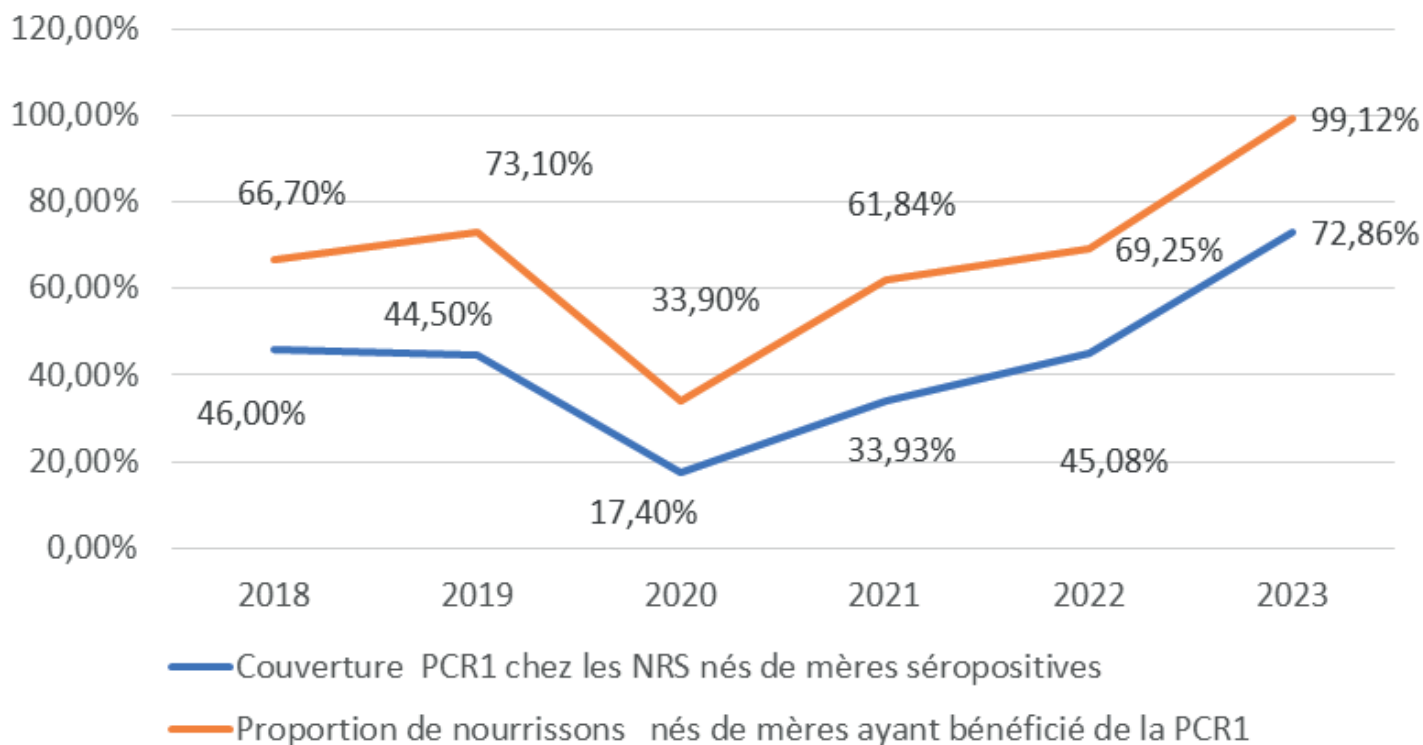
La troisième étape a consisté en la collecte routinière des données.

Enfin, les données ont été dépouillées et validées à partir des outils primaires. S'en sont suivis l'élaboration du rapport mensuel, la saisie dans le DHIS2 et l'utilisation de la base HSI pour les résultats.

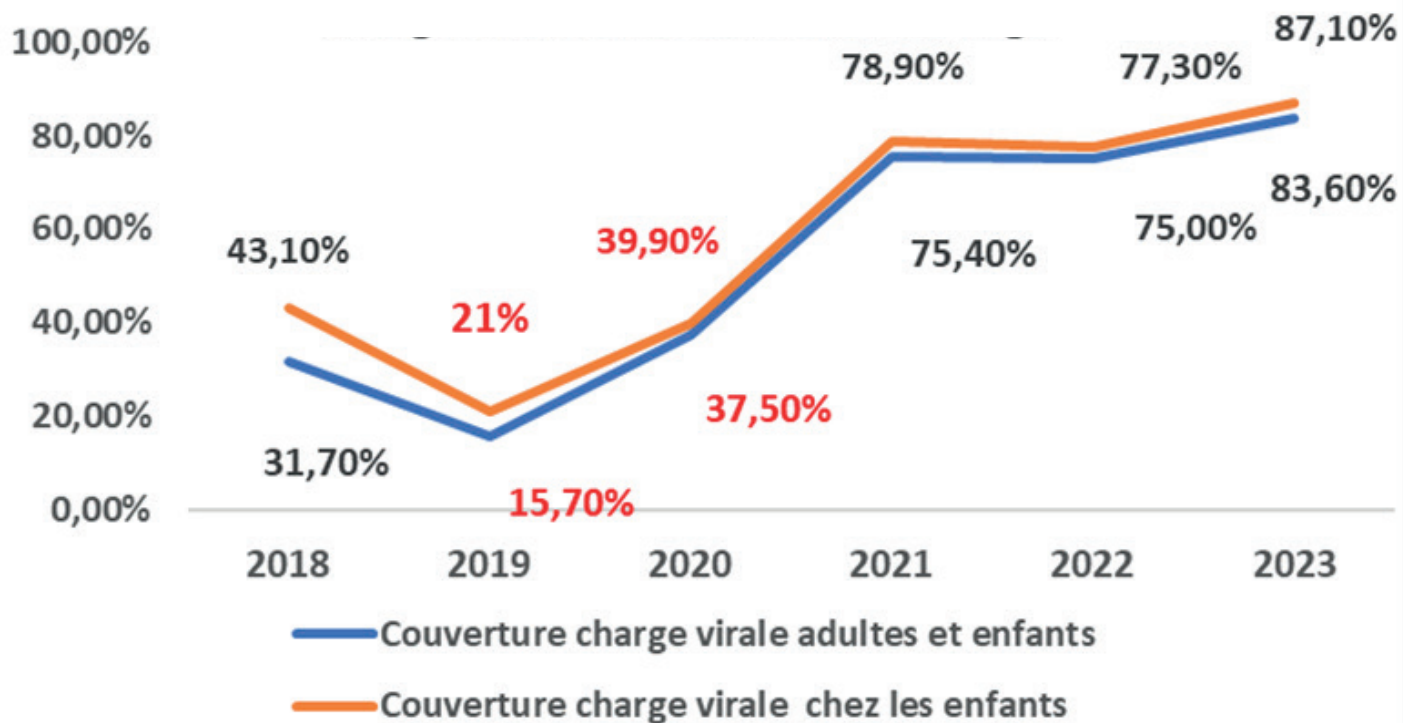
Résultats

L'analyse des données de 2018 à 2023 montre une amélioration significative des indicateurs de l'offre des services de la PCR et de la charge virale.

Évolution des indicateurs de l'offre des services de la PCR1 de 2018 à 2023 au Togo



Évolution des indicateurs de l'offre des services de la charge virale de 2018 à 2023 au Togo



Facteurs de succès

Parmi les principaux facteurs ayant contribué au succès de l'action, on retient :

- l'élaboration du plan d'action 2023-2026 pour l'accélération du diagnostic précoce et de la prise en charge pédiatrique ;
- l'amélioration de la politique de qualité du LNR VIH sur la charge virale ;
- l'amélioration de la couverture en GeneXpert ;
- l'élaboration d'un plan intégré de convoyage des échantillons (PCR, CV, TB) ;
- le renforcement des capacités des prestataires sur l'offre de service de la PCR et de la charge virale ;
- le remboursement des frais de déplacement pour le rendez-vous pour la PCR1 ;
- l'organisation des monitorages trimestriels au niveau des districts ;
- la consultation des résultats en ligne à travers la plateforme en ligne Health System Information (HSI) ;
- le ciblage et l'organisation du suivi hebdomadaire sur les 62 sites à grosses files actives ;
- l'organisation des prélèvements groupés pour la charge virale (appui du niveau central) ;
- la mise à contribution des médiateurs (suivi des rendez-vous, suivi des prélèvements.).

Difficultés rencontrées et alternatives

Les difficultés rencontrées tiennent surtout au long délai de remplacement de module de GeneXpert en cas de pannes et la mobilité (affectations, mutations) des prestataires formés. Pour faire face à ces difficultés, la solution a été l'organisation des prélèvements groupés en cas de panne et le convoyage des échantillons sur les plateformes conventionnelles, mais aussi le plaidoyer pour le maintien des prestataires formés sur une durée donnée ainsi que la formation sur site élargie aux autres prestataires.

L'autre difficulté majeure est l'insuffisance dans la promptitude de transmission des données pour le suivi hebdomadaire (non maîtrise de l'outil informatique, problème de connexion, etc.). À ce niveau, la solution a été de simplifier l'outil Excel en gardant les indicateurs clés.

Leçons apprises

La leçon essentielle apprise de cette expérience, c'est que la volonté politique est nécessaire pour l'amélioration de l'offre des services de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Dans le cas présent, les dispositions prises par l'autorité politique et sanitaire (avec le Comité de réglementation des autorisations d'ouverture des établissements de santé) ont eu des répercussions positives.

L'importance de l'adhésion au dépistage des partenaires des femmes enceintes (Autotest) est également un élément déterminant pour réussir la triple élimination. Par ailleurs, une meilleure organisation des services s'avère cruciale.

Prochaines étapes

Elles vont consister en :

- la réunion de présentation des résultats (feuille de route issues de la mission) : ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Partenaires, DRS, DPS et points focaux, Sociétés civiles impliquées, etc.) ;
- l'élaboration d'un plan d'action pour la mise œuvre des actions identifiées ;
- le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan d'action ;
- la mise œuvre et l'organisation des réunions de partage des résultats ;
- l'évaluation du plan d'action et la diffusion des résultats.

1.2. Expériences partagées dans la recherche active de la tuberculose

Bénin : diagnostic rapide et optimisation des machines GeneXpert

Contexte

Le taux de couverture thérapeutique de la tuberculose au Bénin est de 64% selon l'OMS, soit 2000 cas manquants sur 6900 estimés. Toutefois, les stratégies de recherche des cas manquants mis en place par le pays ont permis d'améliorer ce taux qui a connu une légère hausse de 4% avec 4 351 cas (toutes formes confondues) diagnostiqués en 2023. Le taux de succès thérapeutique s'est également accru pour atteindre sa performance record de 2012 : 91%.

Dans un contexte de changement du dispositif de financement de la lutte antituberculeuse, le Bénin s'est donné pour défis la stabilisation des différentes réformes, l'amélioration du dépistage et la prise en charge pédiatrique, ainsi que le maintien des acquis.

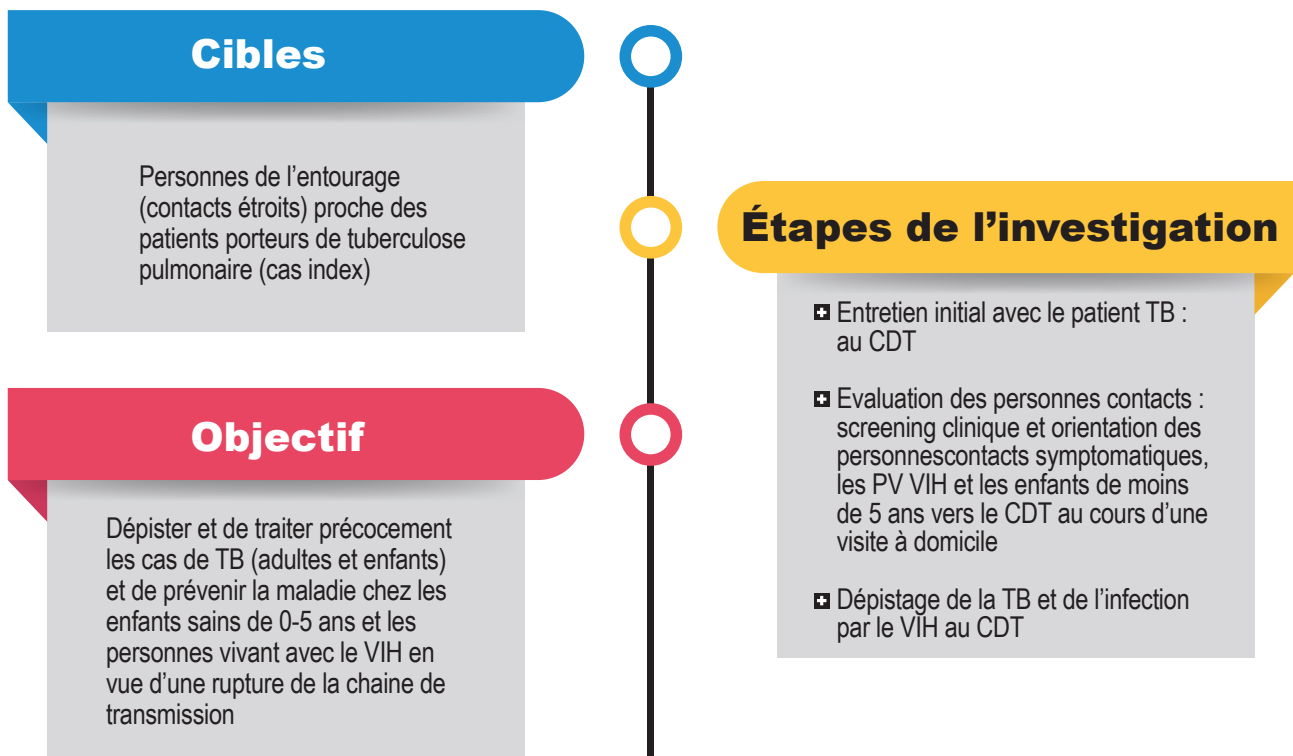
Objectifs

Ils sont nombreux et visent l'élimination de la Tuberculose d'ici à l'horizon 2030 par :

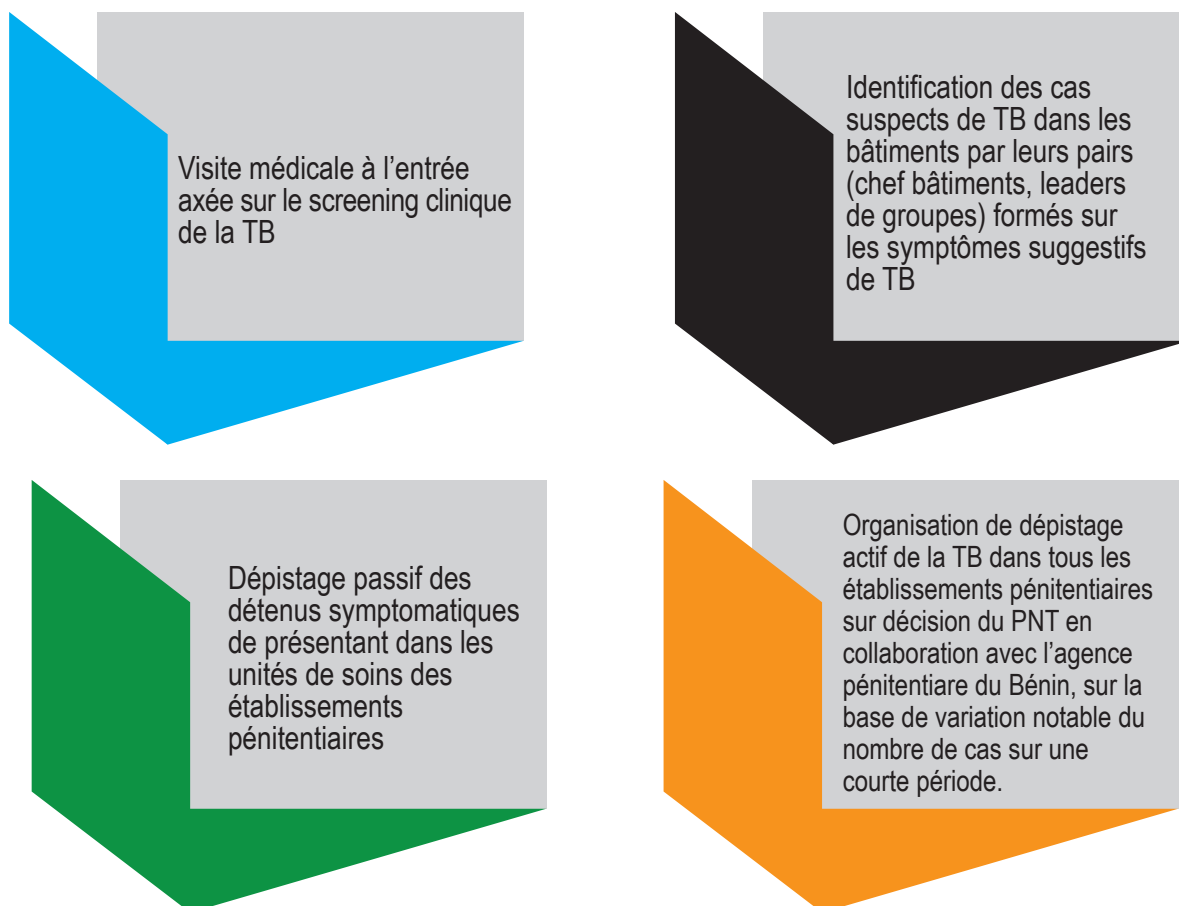
- une réduction de 100% des actuels écarts des nouvelles infections liées à cette maladie ;
- une réduction de 100% les actuels écarts de la mortalité et de la morbidité liées à cette maladie ;
- un renforcement de la gouvernance intégrée de la riposte nationale à la Tuberculose ;
- une réduction des obstacles liés aux droits humains et au genre entravant l'accès des populations clés et vulnérables aux services de prévention et de prise en charge de la Tuberculose.

Étape 1 : Diagnostic rapide TB

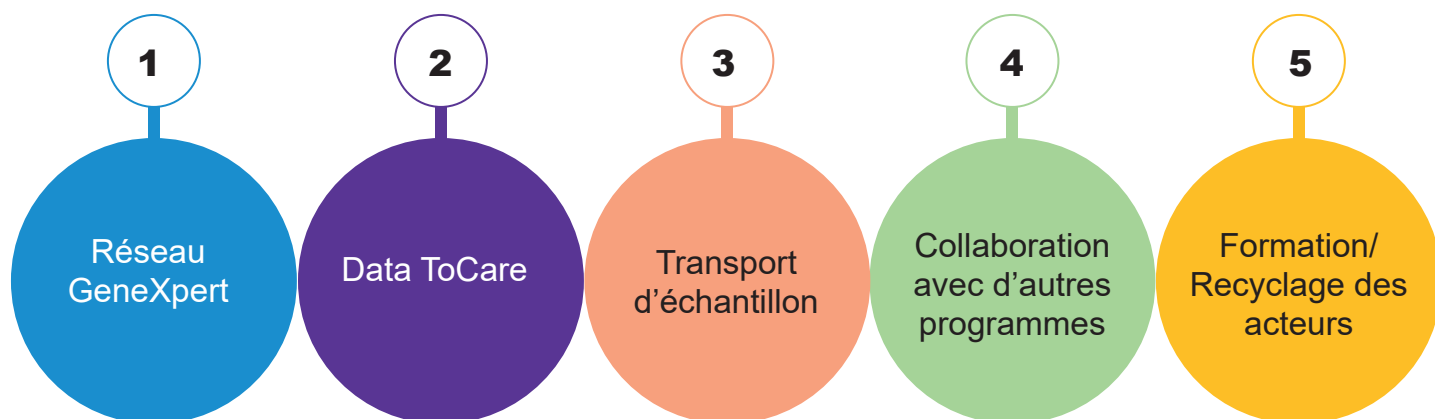
Investigation des contacts



Dépistage des groupes vulnérables



Étape 2 : Optimisation des machines Genexpert



● Organisation du réseau GeneXpert

▣ cibles : Centre de Diagnostic et de Traitement - CDT

▣ étapes : décentralisation du Genexpert progressivement dans les grands CDTs et dans les zones enclavées GeneXpert

● Contribution du DataToCare

▣ cibles : Laboratoires à GeneXpert

▣ étapes : interconnexion des machines, surveillance et assurance qualité, maintenance, etc.

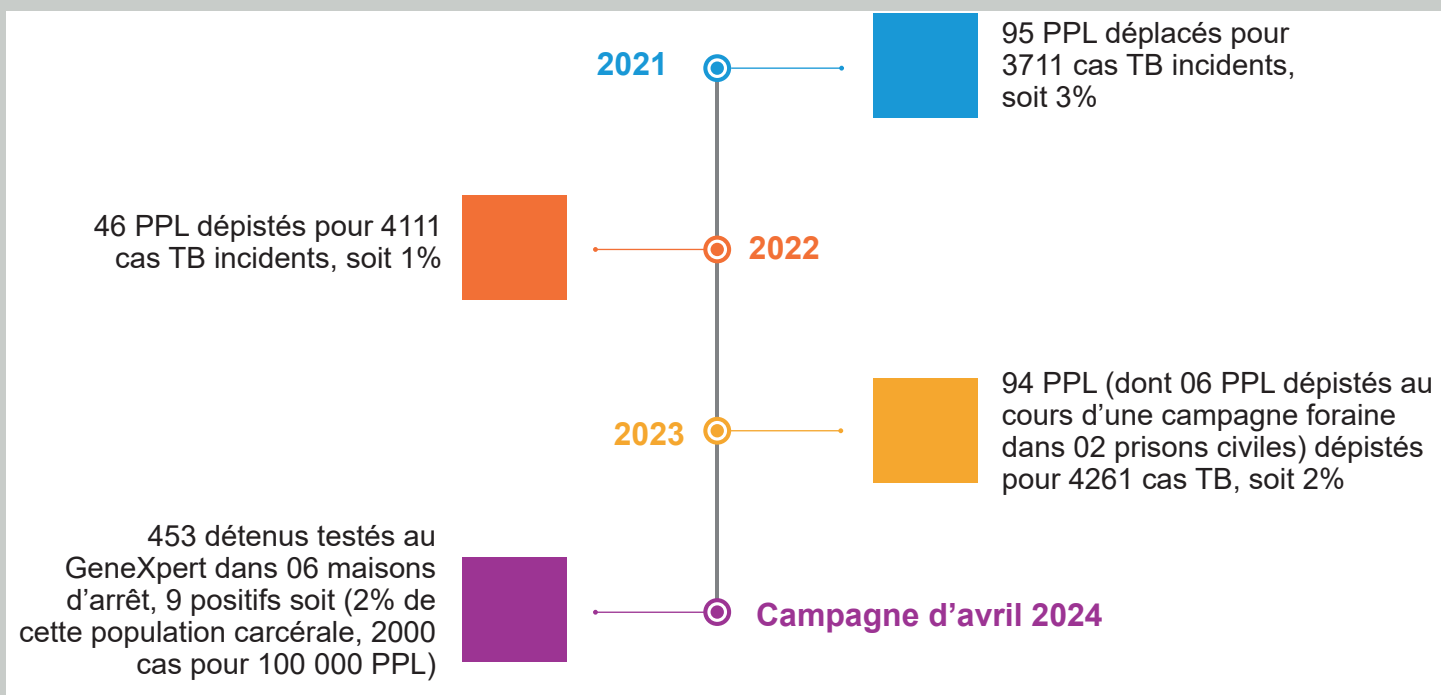
- Transport d'échantillon
 - ▣ cibles : laboratoires sans GeneXpert et supranational
 - ▣ étapes : détection des formes de résistance et confirmation des formes de résistance
- Collaboration avec d'autres programmes
 - ▣ cibles : PSLs, Hépatites, MNT, etc.
 - ▣ étapes : maintenance intégrée et dépistage bidirectionnel
- Formation/recyclage des acteurs
 - ▣ cibles : tous les laboratoires
 - ▣ étapes : formation in situ, formation au cours des supervision et formation groupée

Résultats

Le diagnostic rapide a contribué à l'amélioration des cas index pris en compte par les investigations en 2023 comparativement aux années antérieures.

Indicateurs	2021	2022	2023
% de cas index pris en compte par les investigations	80,1	70,6	87,5
ratio des sujets contacts investigués VS cas index pris en compte les investigations	4,2	3,9	4,1
% des sujets contacts investigués présentant une toux chronique parmi les sujets contacts investigués	2,3	1,9	2
% des sujets contacts investigués présentant des ATCD TB parmi les sujets contacts investigués	0,7	0,5	0,6
% des sujets contacts investigués dépistés tuberculeux parmi les sujets contacts investigués	1,2	0,3	0,4
% des sujets contacts investigués dépistés tuberculeux parmi les cas TB toutes formes notifiées	3,4	0,7	1,2
% du nbre enfants < 5 ans contact parmi le nombre total de sujets contacts investigués	17,8	16,9	14,8
% de cas incidents de tuberculose (non TPB+) dépistés parmi l'ensemble des cas incidents	-	-	16,5

Le dépistage s'est également amélioré au niveau des groupes vulnérables notamment des Personnes privées de liberté



On note enfin une très bonne prise en charge de la Tuberculose avec 91% de succès thérapeutique en 2023.

Facteurs de succès

L'investigation systématique des cas index, le screening systématique clinique de la TB à l'entrée des prisons, la contribution des médecins à la détermination de la TB, le déploiement des GeneXpert dans les plus gros CDT et ceux isolés, l'utilisation de la solution de connectivité DataToCare ainsi que l'approche multisectorielle de l'utilisation du test GeneXpert sont des facteurs qui ont contribué au succès de l'action.

Difficultés rencontrées et alternatives

Les difficultés rencontrées sont essentiellement de trois ordres. Elles concernent la remontée de l'information relative au transport de crachats, la supervision du niveau central et le paiement des activités de transport de crachat.

Par rapport à la première difficulté, des discussions sont en cours avec les acteurs pour la mise en place d'un système optimal de transport des échantillons. Quant à la deuxième et à la troisième difficulté, des actions de mobilisation des ressources financières sont envisagées pour la réalisation des activités.

Leçons apprises

Les principales leçons apprises sont la nécessité de diversifier les sources de financement pour la conduite des activités. L'approche multisectorielle (responsables des différents structures, Centre de dépistage et de traitement, acteurs communautaires, responsable structures pénitentiaires) est également déterminante pour un meilleur diagnostic des groupes vulnérables. Sans oublier l'amélioration du dispositif de transport des échantillons entre les prisons et les CDT.

Prochaines étapes

Comme prochaines étapes, il s'agira, d'une part, de la mise à l'échelle de la santé communautaire et, d'autre part, du GeneXpert sur les cas présumés.



Burkina Faso : recherche active des cas et optimisation du parc de machines Gene-Xpert

Contexte

Selon l’OMS, en 2019, l’incidence de la tuberculose dans le pays est estimée à 47 cas pour 100 000 habitants. Les cas manquants y représentaient 37%. D’où la mise en place de la recherche active des cas de TB dite REATB, dès la fin de l’année 2019, pour la réduction significative de ces cas manquants et mettre fin à l’épidémie d’ici à 2030 conformément au troisième point de l’objectif 3 des ODD. En 2023, le taux de couverture du traitement TB représente 87% pour la TB-S (Tuberculose sensible) et 90% pour la TB-MR/RR (Tuberculose multirésistante et Tuberculose résistante à la Rifampicine) ; une preuve que des progrès notables sont enregistrées.

Objectif

L’objectif est d’accroître d’au moins 15% le nombre de cas de tuberculose par rapport à la moyenne des trois dernières années.

Processus

Le processus de mise en œuvre s’est déroulé en plusieurs étapes

Étape 1 : Détermination des cibles	Étape 2 : Mise en œuvre de la stratégie d’intervention, avec un suivi régulier [durée spécifique]	Étape 3 : Collecte des données qualitatives et quantitatives [méthode de collecte de données]	Étape 4 : Description de l’étape
<p>Cible en routine :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● PVVIH / clients des SDV ● Consultants des centres de santé (quel que soit le motif) ● Contacts étroits de cas index de TB Détenus <p>Cible pour les campagnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Population carcérale (détenus, personnel pénitentiaire) ● Enfants dans les hôpitaux y compris CREN ● Personnes âgées ● PDI ● Orpailleurs ● Autres populations en regroupement 	<ul style="list-style-type: none"> ● Algorithme de dépistage TB spécifique à chaque cible y compris test VIH chez les présumés TB ● Définition d’outils de S&E dans les structures concernées ● Mise en place d’une base de données spécifique au niveau district ● Formations en cascade y compris communautaire (point focal par site) ● Réunions mensuelles de suivi au sein des services (Supervision) ● Bilan annuel avec tous les acteurs et leçons pour mise à jour des sites ● Extension de la couverture en GeneXpert, maintenance, suivi disponibilité cartouches 	<p>Collecte active au niveau des structures de santé et transmission des données à travers le circuit du SNIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Rencontre de concertation avec les responsables du site ● Choix du point focal ● Formation ● Plan de mise en œuvre ● Mise en œuvre ● Réunions mensuelles de suivi ● Évaluation ● Évaluation finale pour l’extension ● Inclusion progressive des régions : 3 en 2020, 7 en 2021, 10 de 2022 à 2024

Résultats

Les données du premier semestre de l'année en ce qui concerne la recherche active des cas de TB montrent un bon niveau de performance.

Données S1/2024 REATB

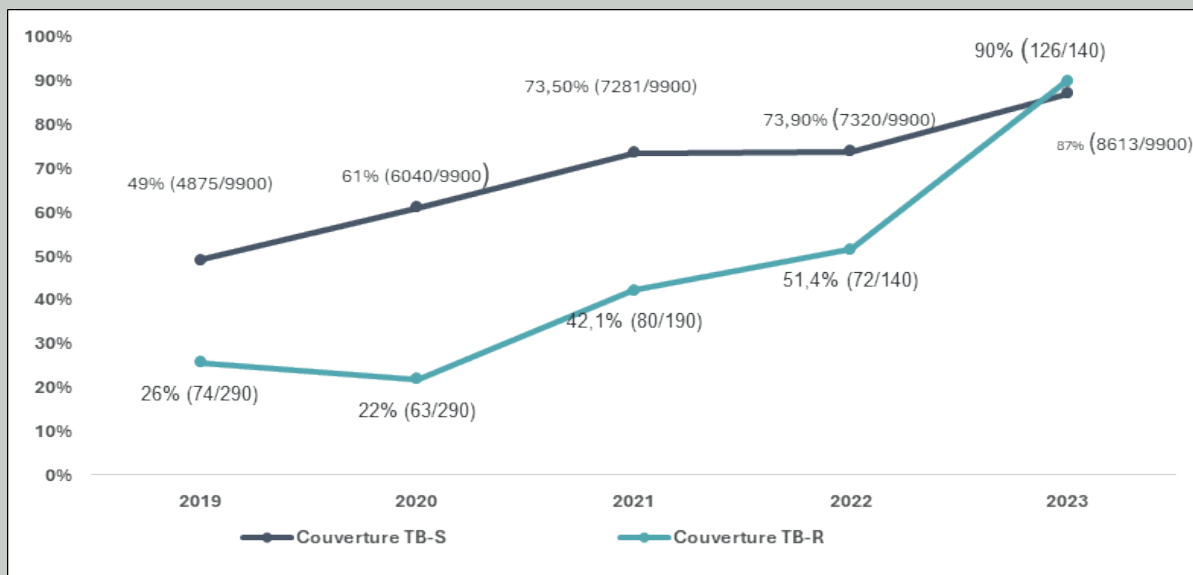
Résultats S1/2024 REATB Cibles	Nombre enregistré (A)	Nombre screenés (B)	Nombre présumé TB identifié par l'agent de santé (C)	Nombre testé TB (Xpert ou M) (D)	Nombre notifié TB et débuté le traitement (E)	Nombre testé pour le VIH (F)	VIH+(G)	Cas de TB pour 100,000
Consultants FS	203 278	95 855	4 139	2 935	233	1473	35	243,1
Contact	957	957	244	183	31	187	11	3239
Contact	957	957	244	183	31	187	11	3239
Contact	957	957	244	183	31	187	11	3239

La campagne 2023 a permis de réaliser 2 936 radios dans les Maisons d'Arrêt et de Correction (MAC) dont 2 635 au profit des personnes détenues.

Données de la campagne dans 7 MAC sur les 27 que compte le pays.

MAC	Radios réalisées			Radio anormales		Xpert réalisés		Cas TB		
	Détenus	Personnel	Total	Nombre	%	Nombre	%	P/CB	P/DC	Total
Manga	196	33	229	11	5	3	27	0	0	0
Boromo	336	60	396	27	7	22	81	3	12	15
Tenkodogo/Koupéla	362	104	466	18	4	12	67	2	1	3
Gaoua	375	81	456	16	4	9	56	1	2	3
Diébougou	363	23	386	9	2	5	56	1	1	2
Ouagadougou	1003	0	1003	43	4	17	40	5	3	8
Total	2635	301	2936	124	26	68	327	12	19	31

En 2023, le pays connaît également un bon taux de couverture du traitement TB-S (87%) et de la TB-R (90%).



Facteurs de succès

Le principal facteur de succès de cette action est l'organisation systématique des comités thérapeutiques dès qu'une PPL est déclarée positive pour la recherche de Baar. Ce comité comprend les grands responsables des prisons et des acteurs de lutte contre la TB pour orienter et suivre les traitements jusqu'à la guérison.

Difficultés rencontrées et alternatives

Le défi sécuritaire, l'insuffisance de ressources financières notamment pour les enquêtes d'entourage par les communautaires et l'extension de la stratégie sont les principales difficultés rencontrées par le pays dans la recherche active des cas de tuberculose. Sans oublier la documentation insuffisante de la cascade des campagnes de dépistage actif et l'insuffisance des manipulateurs radio pour les campagnes.

Comme alternative au défi sécuritaire, il est prévu la prise en compte de la TB dans les plans de contingence/résilience. Des actions de plaidoyer seront également conduites pour la mobilisation des ressources. Le renforcement de la formation et du suivi va faciliter la tenue des outils pour une meilleure documentation des campagnes de dépistage actif.

Leçons apprises

L'engagement des premiers responsables du ministère de la Santé facilite la mise en œuvre des actions par les acteurs terrain. Pour le Dr Adjima Combarry, Coordonnateur du PNT, le partage d'expériences entre les pays dans la recherche des cas de tuberculose permet d'identifier plus facilement les bonnes pratiques à implémenter. Selon, lui le Burkina Faso a pu tirer leçon de l'expérience du Niger qui montre « *le rôle déterminant de la multisectorialité, de la synergie d'actions entre les différents départements, pour l'atteinte de la cible d'élimination de la tuberculose en 2030* ».

Prochaines étapes

Pour les prochaines étapes, il s'agira de :

- poursuivre de la mise en œuvre du plan de travail du PNT ;
- profiter des plans de contingence pour atteindre les Personnes déplacées internes (PDI) ;
- conduire un plaidoyer pour couvrir les gaps financiers ;
- mettre en œuvre les leçons apprises des visites de partage d'expériences.

Niger : recherche intensive des cas manquants (ReCAM)

Contexte

En 2019, l'incidence de Tuberculose est estimée à 84 pour 100 000. Seuls 59% de ces cas étaient diagnostiqués et traités, soit un gap de 41% de cas manquants. La majorité de ces cas manquants se trouve dans quatre régions de Zinder, de Maradi, de Tillabéry et de Dosso, selon la revue du PNLT (2020). Pour faire face à cette situation, il est apparu au sein du Programme national de Lutte contre la Tuberculose la nécessité d'élaborer le plan d'action ReCAM (Recherche des cas manquant à l'appel et amélioration de la cascade de soins de la tuberculose) dans les quatre régions prioritaires ci-dessus citées.

Objectif

L'objectif est d'organiser et mettre en place la stratégie de dépistage actif de la TB dans les populations à risque identifiées afin d'augmenter de 15% le nombre de malades TB notifiés dans les zones d'intervention.

Processus

Il s'articule autour de deux stratégies essentielles : l'approche qualité des services de la TB (AQ) aux consultants dans les formations sanitaires et l'enquête autour des cas de TB bactériologiquement confirmés (TPB+).

Résultats

Cette stratégie a permis en 2023 de diagnostiquer 2105 nouveaux cas de TB supplémentaires dans les quatre régions ciblées (Résultats de la cascade AQ) et de notifier 144 cas de TB (Résultats de l'enquête autour des cas TPB+)

Facteurs de succès

L'élaboration et l'adoption d'une stratégie et d'un plan d'actions servent de boussole pour la mise en œuvre des activités, contribuant au succès de l'expérience. Sans oublier l'allègement des procédures du Fonds mondial.

La tenue des réunions de coordination au niveau des régions ReCAM a aussi permis de discuter directement des problèmes de mise en œuvre des activités et des indicateurs avec les acteurs du niveau opérationnel.

Difficultés rencontrées et alternatives

D'après Dr Seiyabatou Saidou, du PNLT, la principale difficulté rencontrée au niveau du Niger reste le faible taux de dépistage des cas attendus de tuberculose (79%) : « *Il nous reste encore 21%, soit environ 4000 malades sur lesquels nous n'arrivons pas à mettre la main* ». Pour ce faire, le Niger compte s'inspirer de l'expérience burkinabè dans la décentralisation de la prise en charge des malades souffrant de la tuberculose multirésistante au niveau de 37 centres de santé. « *Le Niger s'étend sur 1 267 000 Km² et nous n'avons que quatre unités de prise en charge des malades multirésistants. La décentralisation va nous faciliter la tâche et diminuer le nombre de cas perdus des malades souffrant de la tuberculose multirésistante* », confie cette spécialiste de la santé publique.

Leçons apprises

La principale leçon apprise de cette expérience par le Niger, c'est que la coopération Sud-Sud est plus efficace que le recours à l'expertise extérieure. « *Nos pays ont quasiment les mêmes populations, les mêmes cultures, donc c'est plus facile de mettre en œuvre les bonnes pratiques identifiées chez les voisins que de copier les pratiques des pays occidentaux* », souligne Seiyabatou Saidou.

Prochaines étapes

Elle va consister en un plaidoyer auprès du Fonds mondial pour la mise à l'échelle de l'approche ReCAM dans le GC7, le 7ème cycle de financement du Fonds Mondial dans le cadre de la lutte VIH/sida, la Tuberculose et la Paludisme.

Togo : recherche intensive des cas manquants dans les prisons

Contexte

Les données montrent que la prévalence, l'incidence et la mortalité de la Tuberculose sont plus élevés en milieu carcéral, comparativement aux autres milieux de vie. En effet, les prisons togolaises présentent un risque accru de transmission de la maladie pour plusieurs raisons parmi lesquelles l'existence des conditions environnementales à hauts risque de transmission du Bacille de Koch (BK), le manque d'infrastructures sanitaires entravant le dépistage précoce et la prise en charge rapide des cas, ainsi que l'insuffisance dans la collaboration entre le système de santé publique et l'administration pénitentiaire. Au regard de ce constat, le PNL Togo a entrepris d'intensifier la recherche des cas manquants dans les prisons.

Objectifs

L'objectif général est de contribuer à l'élimination de la tuberculose à travers un dépistage précoce et une prise en charge adéquate de la maladie en milieu carcéral. De façon plus spécifique, il s'agit de :

- rechercher activement la Tuberculose et le VIH chez tous les détenus (environ 6500 détenus dans les 15 prisons du pays par an) ;
- dépister les cas de Tuberculose et de VIH chez tous les nouveaux détenus déferés avant leur entrée dans les prisons ;
- réaliser le bilan de suivi biologique de tous les cas positifs à la Tuberculose et au VIH ;
- prendre en charge précocement et adéquatement tous les détenus dépistés positifs à la Tuberculose ou au VIH.

Processus

Le processus a suivi trois étapes.

La première a consisté à nouer le contact avec les autorités de l'administration pénitentiaire pour leur expliquer les objectifs.

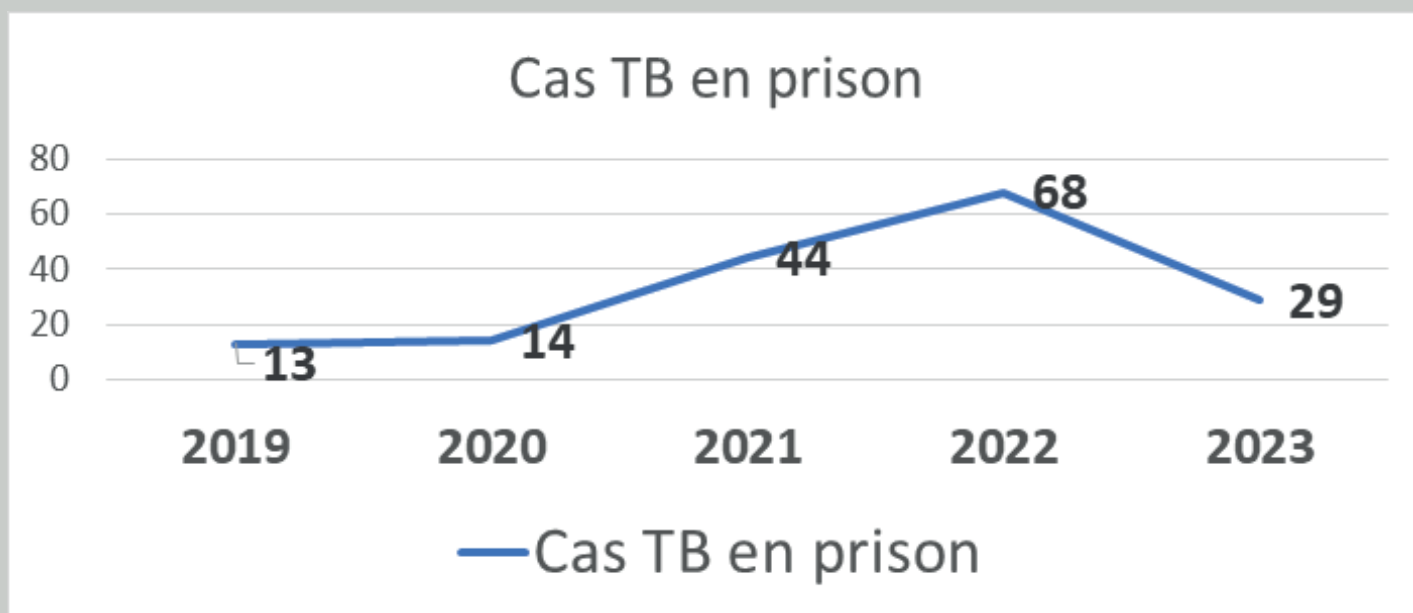
La seconde a été marquée par la signature des contrats de prestation avec les hôpitaux de districts abritant des prisons.

La dernière a été la réalisation des examens retenus pour le dépistage et le suivi biologique (frottis, Xpert, SRV, NFS, glycémie, urée, ALAT, créatinémie etc...), puis l'organisation des campagnes semestrielles de dépistage actif de la TB et du VIH, l'investigation autour des cas contagieux ainsi que l'élaboration des rapports hebdomadaire, trimestriel et semestriel (DHIS2).

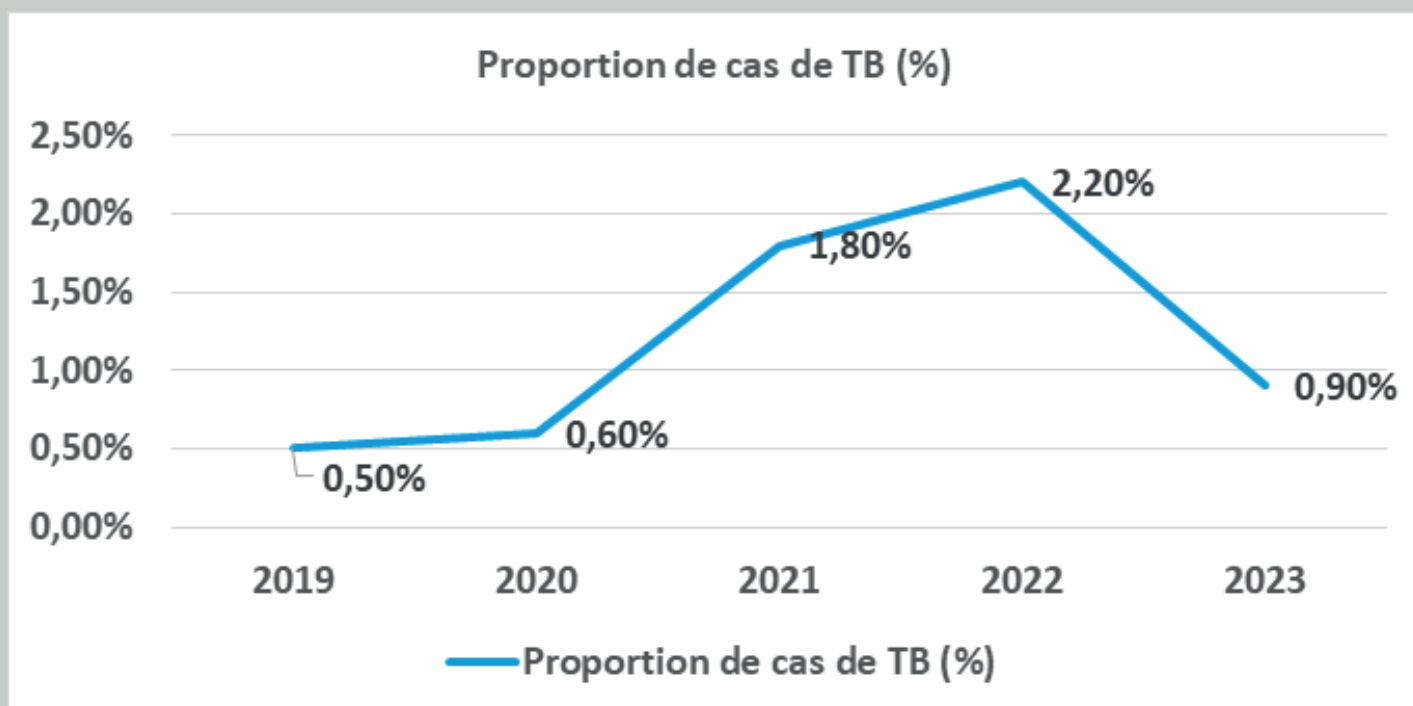
Résultats

Grâce aux actions entreprises, on constate une amélioration significative du dépistage et du traitement des patients en milieu carcéral. Cependant, le Togo a suspendu les tests Gene-Xpert compte tenu de la tension constatée au niveau des intrants. Ce qui a conduit à une baisse des cas en 2023. On note également la très bonne couverture du traitement TB-S (87%) et TB-R (90%).

Évolution des cas de tuberculose en prison de 2019 à 2023



Évolution de la proportion des cas en prison par rapport aux cas TFC de 2019 à 2023



Facteurs de succès

Le principal facteur a été la disponibilité des autorités togolaises à accompagner le processus, facilitant ainsi la très bonne relation constatée entre l'administration pénitentiaire et le PNT. L'organisation des campagnes trimestrielles ou semestrielles dans les prisons à travers la mobilisation des détenus par les pairs-éducateurs selon un calendrier préétabli et communiqué en amont, la collecte des échantillons de crachat des détenus présumés pour le dépistage de la tuberculose sont également des facteurs de succès. À cela s'ajoutent l'efficacité des tests Xpert et la disponibilité des ressources matérielles et logistiques.

Difficultés rencontrées et alternatives

Comme difficultés rencontrées dans l'expérience togolaise, on a observé des risques de tension des cartouches Xpert, ce qui a entraîné un arrêt temporaire des tests.

L'absence de salle d'isolement dans la majorité des prisons constitue également une difficulté dans la prise en charge. Les patients nouvellement diagnostiqués sont donc référés à la prison civile de Lomé, en espérant leur négativation. Par ailleurs, un projet d'acquisition des Kiosques d'isolement équipé (Lits, Tables, Chaises) en faveur de toutes les prisons est en cours afin de réduire ce risque.

La troisième difficulté est la défaillance du système de transport des échantillons à cause du retard constaté quelquefois dans le paiement des acteurs. Une réflexion en cours sous le leadership de la division des laboratoires pour l'adoption d'un système de transport plus performant. Enfin, on note des difficultés nutritionnelles des détenus TB, mais celles-ci sont quelque peu atténuées avec l'appui alimentaire occasionnel apporté par certains PTF.

Leçons apprises

Selon Samey Agbenyegan, responsable de l'unité planification, suivi-évaluation recherche au PNLT, une des leçons apprises avec cette expérience, c'est que les intrants constituent un élément central dans la recherche intensive des cas de TB : « *En projetant d'intensifier la recherche, il aurait fallu prévoir conséquemment les intrants. Cela a manqué de sorte que lorsque nous avons senti la tension, nous avons dû suspendre les tests. Cela a entraîné comme conséquence la baisse des cas diagnostiqués* ».

La seconde leçon apprise, c'est que l'engagement des plus hautes autorités conditionne l'adhésion des autres acteurs pour la réussite des actions entreprises.

Prochaines étapes

Les prochaines étapes consisteront à la mise en œuvre des bonnes pratiques de la feuille de route du PNLT. L'expérience du Bénin, avec la consultation foraine dans 11 milieux carcéraux et la désignation d'un médecin chargé des activités de prison pour organiser les consultations foraines en collaboration avec le site et la Coordination du PNT, a beaucoup inspiré le Togo qui compte s'approprier cette démarche.

Il s'agira également de :

- restituer les résultats des différentes visites des pays et de l'atelier de Ouagadougou aux autorités et acteurs de la lutte antituberculeuse du pays ;
- mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des pratiques retenues ;
- mettre en œuvre les activités de la feuille de route selon l'échéancier établi ;
- évaluer et tirer des conclusions de la mise en œuvre des pratiques adoptées dans le cadre des visites de partage d'expériences.

1.3. Expériences partagées dans la lutte contre le paludisme

Bénin : audit mensuel des données de décès dans les établissements de santé

Contexte

Le paludisme constitue la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité au Bénin. Les couches les plus vulnérables sont les femmes enceintes et surtout les enfants de moins de cinq ans. Entre 2018 et 2022, le pays a observé une stagnation de ses indicateurs d'impact, notamment le taux de létalité générale à 1‰ (Annuaire des Statistiques sanitaires du ministère de Santé).

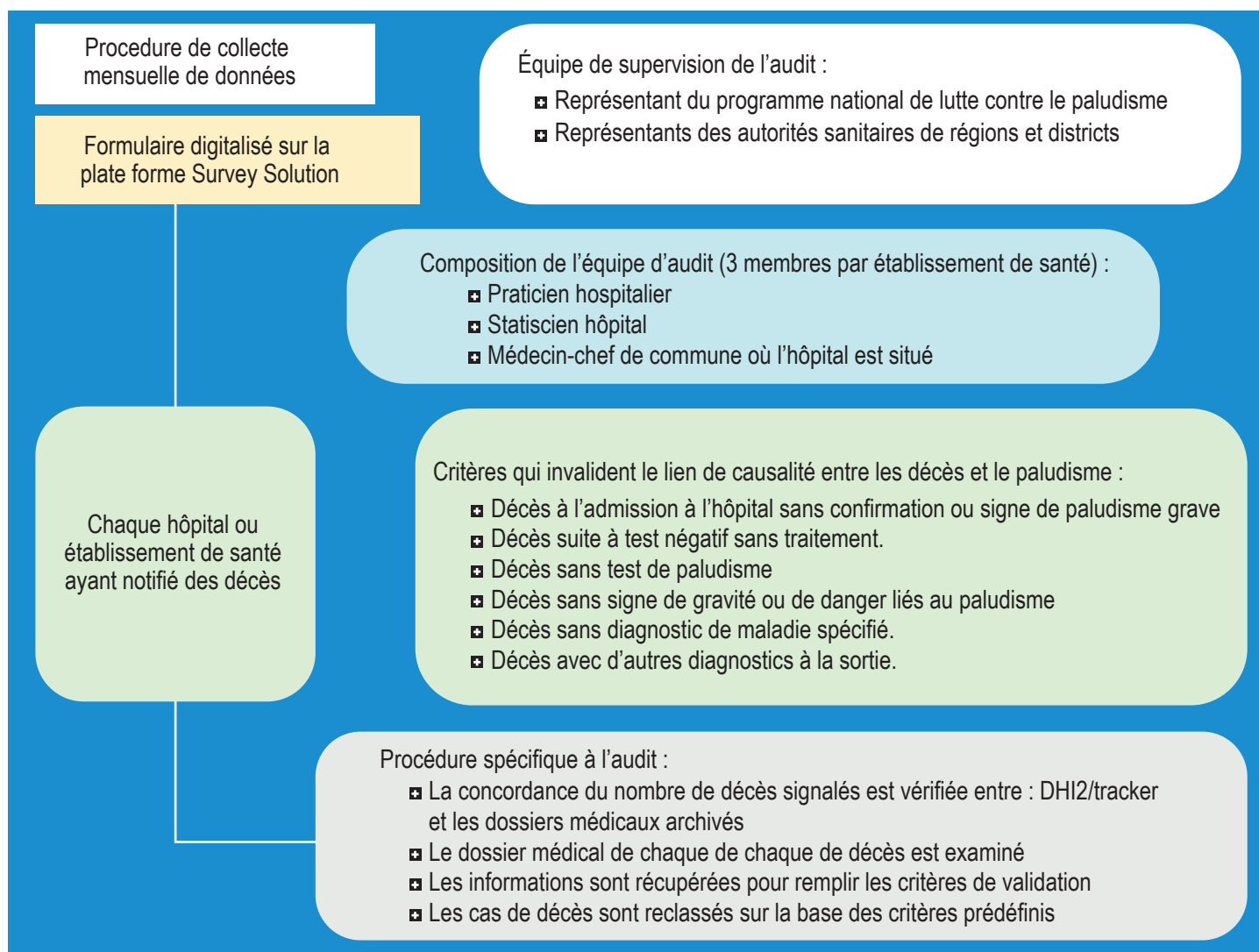
Arriver donc à établir un lien de causalité entre le paludisme et chaque décès signalé reste un défi à cause des comorbidités. Toutefois, on note une faible appropriation et responsabilisation des zones sanitaires par rapport à la mise en œuvre des audits trimestriels par les différents niveaux (national et intermédiaire).

Objectifs

L'objectif général est de contribuer à l'amélioration de la qualité des données de décès liés au paludisme en :

- recensant les dossiers médicaux de tous les décès imputés au paludisme dans les structures sanitaires ayant notifié ces décès ;
- vérifiant la concordance entre les données de décès imputés au paludisme dans les rapports SIRP au niveau de ces structures sanitaires et celles saisies dans le DHIS2/Tracker ;
- validant à partir d'un cadre de référence, les données de décès qui sont réellement dus au paludisme dans ces structures sanitaires ;
- corrigeant les données de décès dus au paludisme dans la plateforme DHIS2/Tracker ;
- reclassant les cas non validés.

Processus



Résultats

Les résultats induisent une amélioration de la qualité des données. Et l'analyse des données suggère une réduction du taux de décès attribué au paludisme qui est passé d'une moyenne de 12% entre le second semestre 2022 et le second semestre 2023 à 17% au premier semestre 2024.

Période	Décès audités	Décès imputables au paludisme	% des décès imputables au paludisme
S2 2022	131	117	89
S1 2023	592	523	88
S2 2023	984	876	89
S1 2024	298	246	83

Facteurs de succès

L'implication des acteurs de production des données au processus d'audit, l'amélioration du système d'archivage des dossiers et le renforcement des capacités des acteurs de la prise en charge sont les principaux facteurs de succès.

Difficultés rencontrées et alternatives

À ce niveau, on constate une faible promptitude dans la saisie des données dans le tracker. Pour faire face à cette difficulté, il est prévu de doter les statisticiens des hôpitaux de connexion internet et de former les surveillants de pavillons au remplissage des fiches navettes.

La deuxième difficulté a trait au faible niveau d'archivage des dossiers dans certains hôpitaux. La solution envisagée est de créer un espace et recruter du personnel dédié aux archives, puis de sensibiliser les responsables des pavillons à mieux archiver les dossiers.

La mise à jour tardive des données et le problème de durabilité sont d'autres difficultés non négligeables. La solution envisagée est de renforcer les contrôles de qualité aux niveaux périphérique et intermédiaire, puis de planifier le financement de l'activité sur des fonds domestiques.

Leçons apprises

Le renforcement continue des capacités de mise en œuvre et l'amélioration du système d'archivage des hôpitaux sont essentiels pour une amélioration significative de la qualité des données sur la mortalité liée au paludisme. Selon Dr Codjo Dandonougbo, responsable du programme paludisme au Bénin, le pays a appris une grande leçon de l'expérience burkinabè où la surveillance des données à travers le relevé épidémiologique (hebdomadaire) permet de prendre des actions sans attendre les rapports mensuels.

Prochaines étapes

Il s'agira essentiellement d'intégrer l'audit clinique à l'audit de données de décès liés au paludisme et d'organiser le coaching des prestataires par les pairs.

Burkina Faso : mise en œuvre de la Chimio-prévention saisonnière (CPS) et destruction des gîtes larvaires

Contexte

Le paludisme constitue la première cause de mortalité et de consultation dans les formations sanitaires. Selon les données 2023 du Système national d'Information sanitaire (SNIS), le nombre total de cas rapportés est de 10 778 465 (incidence : 471‰) dont 547 844 cas grave et 3400 décès. Environ 80 % des districts du pays présentent un risque élevé ou très élevé de paludisme.

Pour l'élimination de la maladie, la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) est apparue depuis 2014 comme une intervention prometteuse. Elle est mise en œuvre par le ministère de la Santé à travers le Secrétariat permanent pour l'élimination du Paludisme avec l'appui des Partenaires techniques et financiers tels que le Fonds mondial.

Objectifs

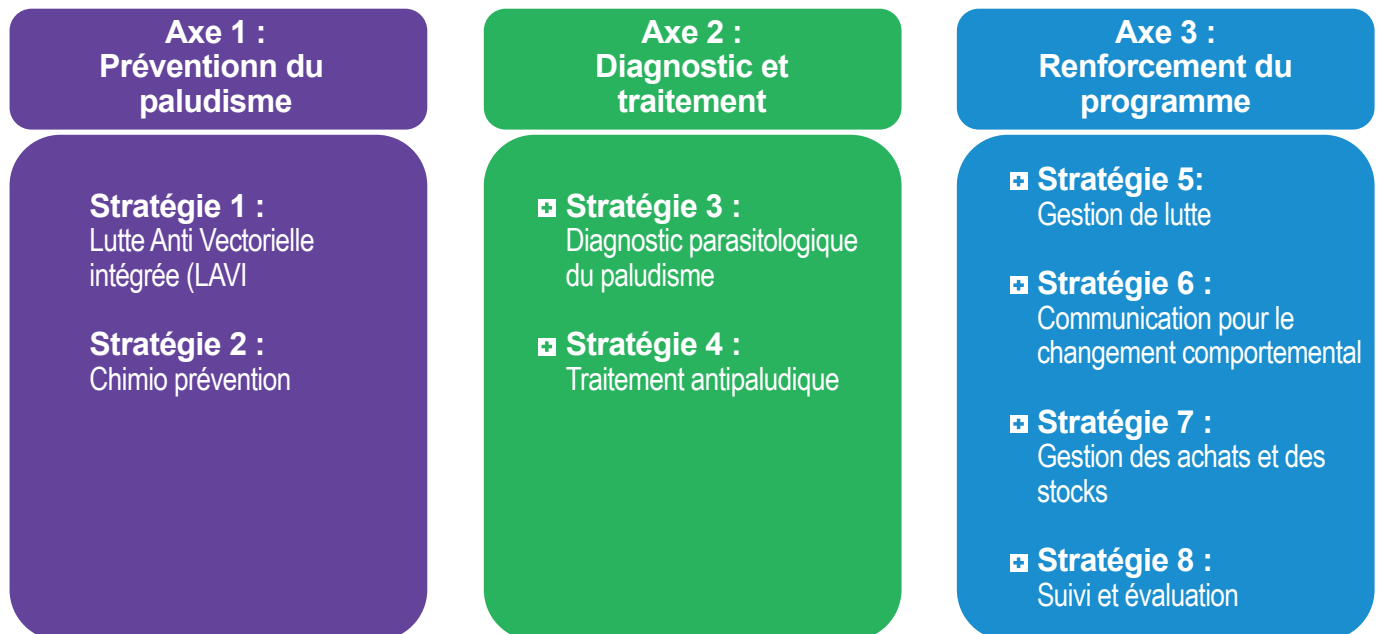
Prévenir le paludisme chez les enfants pendant la saison à forte transmission.

Processus

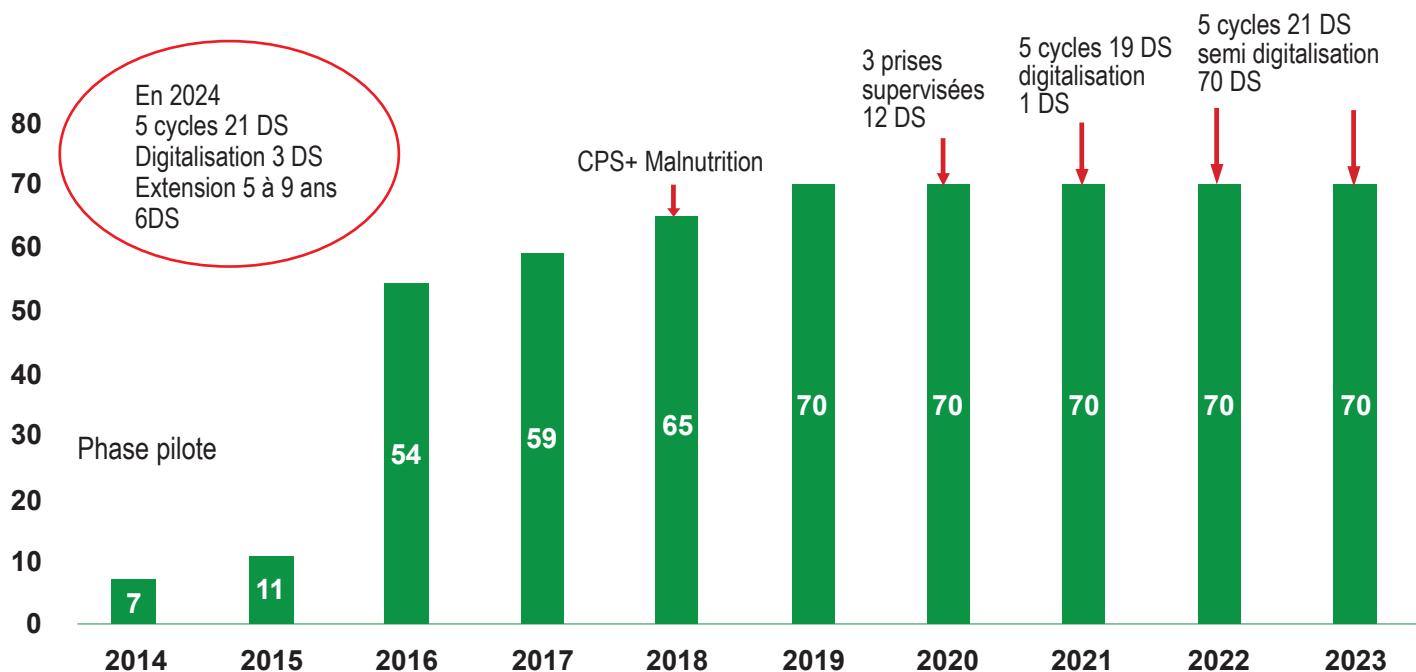
Le processus suit trois étapes :

- sensibilisation des ménages sur l'impact des gîtes larvaires sur l'incidence du paludisme ;
- destruction mécanique des gîtes larvaires pendant la CPS ;
- notification des données sur le Dhis2.

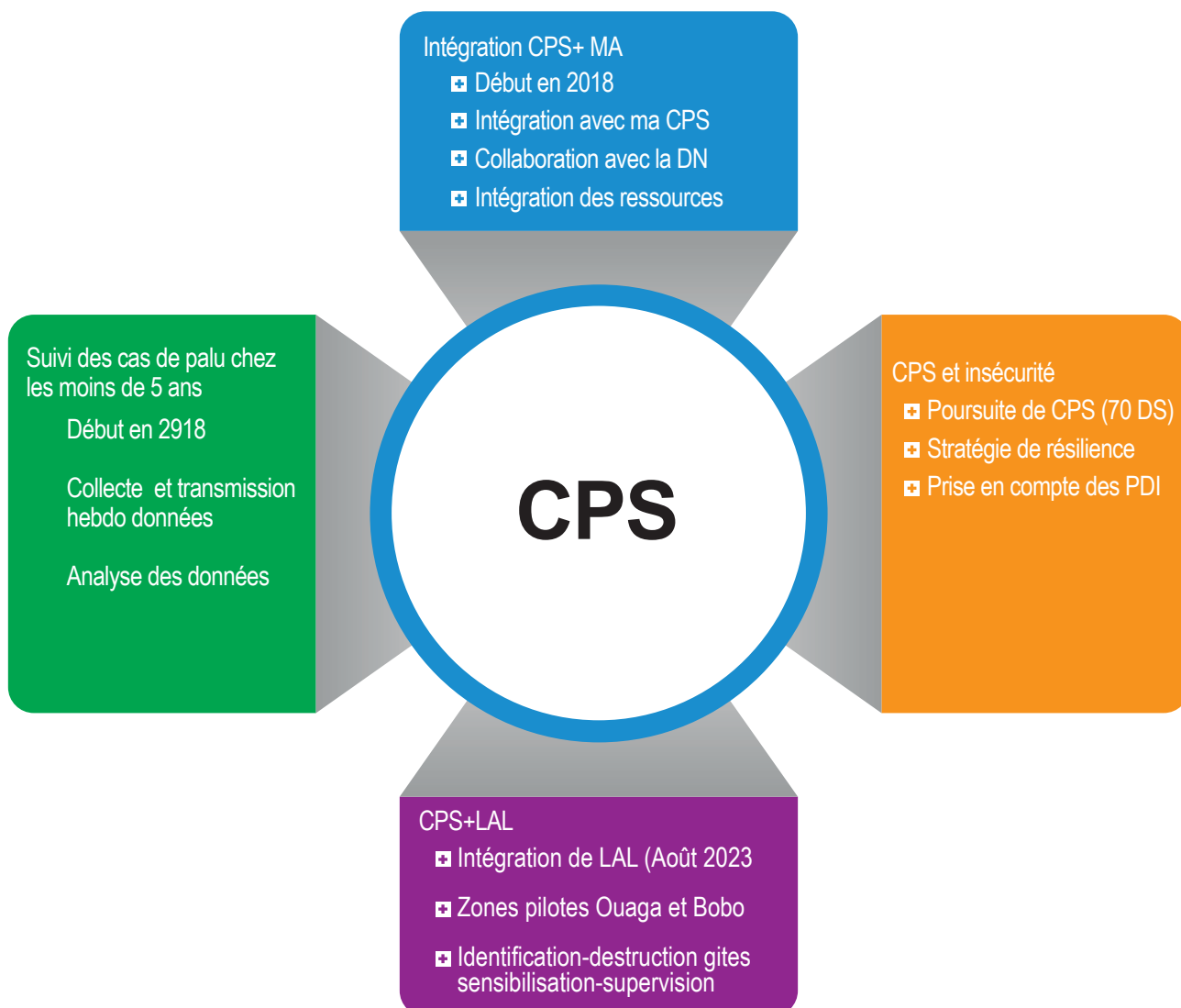
Axes d'interventions du SP/Palu



Évolution de la couverture en CPS du pays de 2014-2023



Particularité de la CPS au Burkina Faso



Résultats

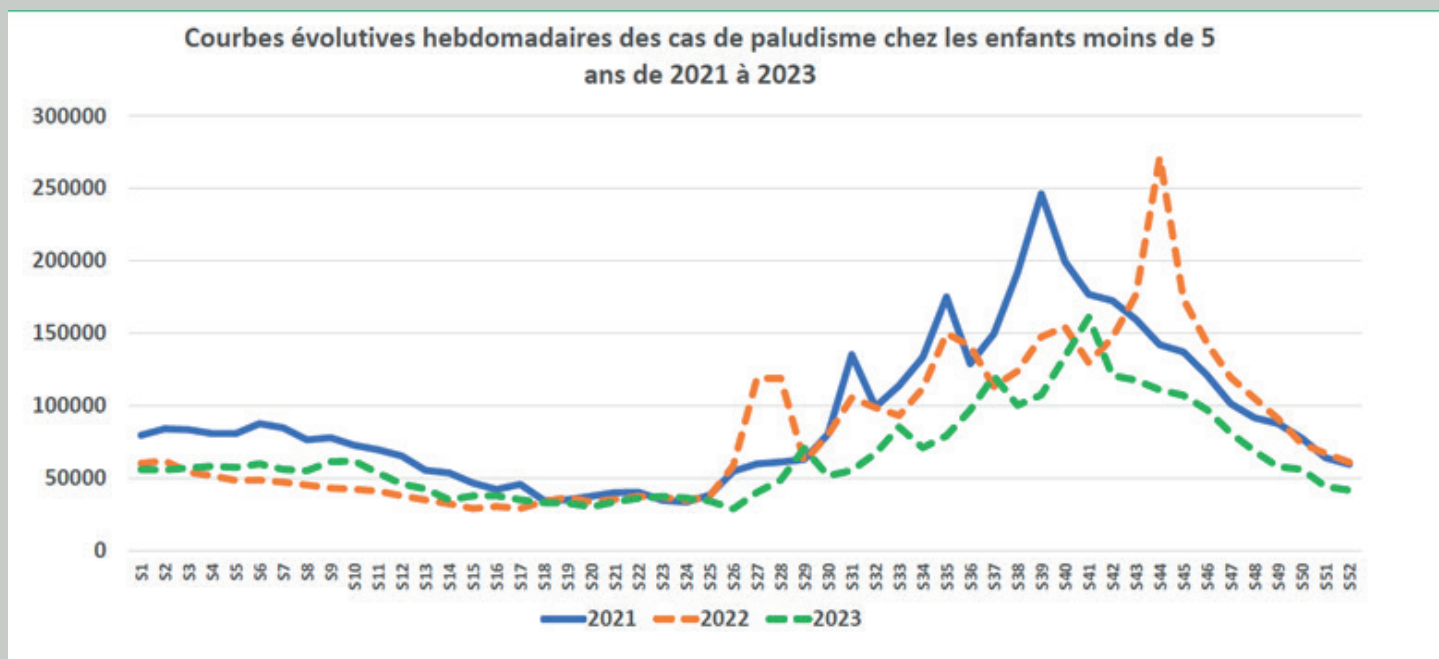
En ce qui concerne la couverture administrative de la CPS, on note que la cible est en augmentation avec une couverture de 100% en moyenne durant les 14 ans. Par ailleurs, 7,5% des enfants traités étaient des Personnes déplacées internes.

La CPS contribue également au dépistage de la malnutrition. En 2023, 11,92% en moyenne (min=8,05% et max=17,10%).

Données sur la destruction des gîtes larvaires



Données sur la destruction des gîtes larvaires



Facteurs de succès

La prise en charge au niveau des formations sanitaires, la prise en charge communautaire, la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) en routine et en campagne, le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg), le renforcement de la communication et des activités de surveillance sont les principaux facteurs de succès.

Difficultés rencontrées et alternatives

Bien que les efforts financiers aient augmenté, les besoins en financement restent toujours importants pour maintenir et renforcer les interventions. On note aussi les défis liés à la mise en œuvre des interventions, notamment en ce qui concernent les ressources humaines, la logistique et la coordination.

Leçons apprises

Il est essentiel d'adapter les stratégies de CPS en fonction du contexte sécuritaire, en privilégiant des approches communautaires et en mobilisant les acteurs locaux.

Prochaines étapes

Il s'agira, dans le cadre de la campagne transfrontalière, de mettre en place un système de tracking des enfants traités de part et d'autre des frontières pendant les cycles de CPS et d'entreprendre une analyse de la situation des DS adjacents de part et d'autre de la frontière.

Niger : gestion des données de lutte contre le paludisme

Contexte

Le Niger a enregistré en 2023 un cumul de 4 324 168 cas de paludisme confirmés dont 49% de cas concernaient les enfants de moins de 5 ans et 3% étaient en rapport avec les femmes enceintes. Pour la même année, sur 4 464 décès liés au paludisme, 66% concernaient aussi des enfants de 5 ans et 3% les femmes enceintes.

Face à l'ampleur du problème, le Plan national stratégique 2023-2026 s'est fixé comme objectif de réduire de 40% la morbidité et la mortalité dues au paludisme dans la population générale par rapport à leur niveau de 2021. Pour ce faire, une meilleure gestion des données s'est avérée cruciale.

Objectifs

Il s'agit d'améliorer la qualité des données sanitaires de routine en :

- amenant 80% des formations sanitaires à produire des données de qualité d'ici à 2026 ;
- garantissant l'exactitude et la cohérence entre les données de lutte contre le paludisme.

Processus

Le processus suit cinq étapes.

On a, dans un premier temps, le contrôle de la qualité mensuelle des données rapportées dans le DHIS2 par les différents niveaux (central, régional et district).

Une deuxième étape consiste en la revue trimestrielle de la qualité des données en procédant à une évaluation du niveau de la qualité des données du trimestre assortie d'un Plan de Résolution des difficultés liées à la gestion des données paludisme.

Après cette étape, vient la réunion trimestrielle de coordination entre les acteurs de gestion des données pour la validation des données saisies et les orientations stratégiques en matière de lutte contre le paludisme.

La quatrième étape consiste en la supervision trimestrielle sur la gestion des données pour vérifier la disponibilité et la tenue des supports, les remplissages et l'exactitude du rapportage des données, mais aussi assurer le renforcement des capacités des acteurs sur les protocoles de gestion des données, etc.

Enfin, pour la dernière étape, interviennent la diffusion la communication des supports : rapports d'activités, bulletins épidémiologiques, affiches murales, dépliants, etc.

Résultats

Dix (10) cadres du PNLN et huit (8) coordonnateurs régionaux et les points focaux paludisme des districts ont été formés sur l'utilisation du DHIS2 et du DQR. Vingt-six (26) cadres et gestionnaires des données ont également été formés sur la surveillance, le suivi et l'évaluation des programmes paludisme.

La note conceptuelle sur l'évaluation du système de surveillance du paludisme a été élaborée au profit de 25 cadres. À cela s'ajoutent l'existence du bulletin trimestriel de l'information sur le paludisme (avril-juin 2024), l'utilisation de trois (3) types de MILDA (ordinaire, IG2 et PBO) et la mise en place de l'entrepôt des données qui est en cours. Toutes ces actions devront contribuer à l'amélioration de la qualité des données sur le paludisme.

Facteurs de succès

Le principal facteur de succès tient au suivi constant et à la validation de la qualité des données. Ce qui a permis d'assurer une meilleure disponibilité et une utilisation accrue des données infra-annuelles pour la prise des décisions.

Difficultés rencontrées et alternatives

Les risques de rupture des intrants au niveau des formations sanitaires existent mais la disponibilité des intrants à partir des données de consommation permettra de les minimiser.

Leçons apprises

L'intégration de la destruction des gîtes larvaires et la recherche des enfants insuffisamment ou non vaccinés au RTS,S (vaccin anti-palu) lors de la CPS permettent de réduire la prolifération des moustiques et la transmission du paludisme.

Prochaines étapes

Il s'agira de vérifier les performances des formations sanitaires pour détecter des seuils épidémiques afin de renforcer la surveillance épidémiologique et la riposte aux éventuelles épidémies.

Togo : digitalisation de la chimio-prévention et recherche des enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés

Contexte

La Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) est une intervention à haut impact recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chez les enfants de 3 à 59 mois pour lutter contre le paludisme. À partir de 2024, le Togo a intégré à la CPS la recherche des enfants zéro dose incomplètement vaccinés. Pour assurer une collecte des données efficace, cette recherche a été digitalisée.

Objectifs

Réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme chez les enfants de moins 5 ans dans les districts sanitaires des régions Centrale, Plateaux, Kara et Savanes par :

- l'automatisation de la collecte des données pour une meilleure traçabilité et efficacité ;
- l'administration de la SPAQ (Sulfadoxine/Pyriméthamine avec Amodiaquine) à 100% des enfants cibles de 3-59 mois éligibles avec la 1ère dose observée ;
- l'utilisation de la technologie pour identifier les enfants n'ayant pas complété leur calendrier vaccinal ;
- la notification de 100% des cas d'effets indésirables lors de l'intervention ;
- la recherche et la notification des enfants « zéro dose » de vaccin et incomplètement vaccinés

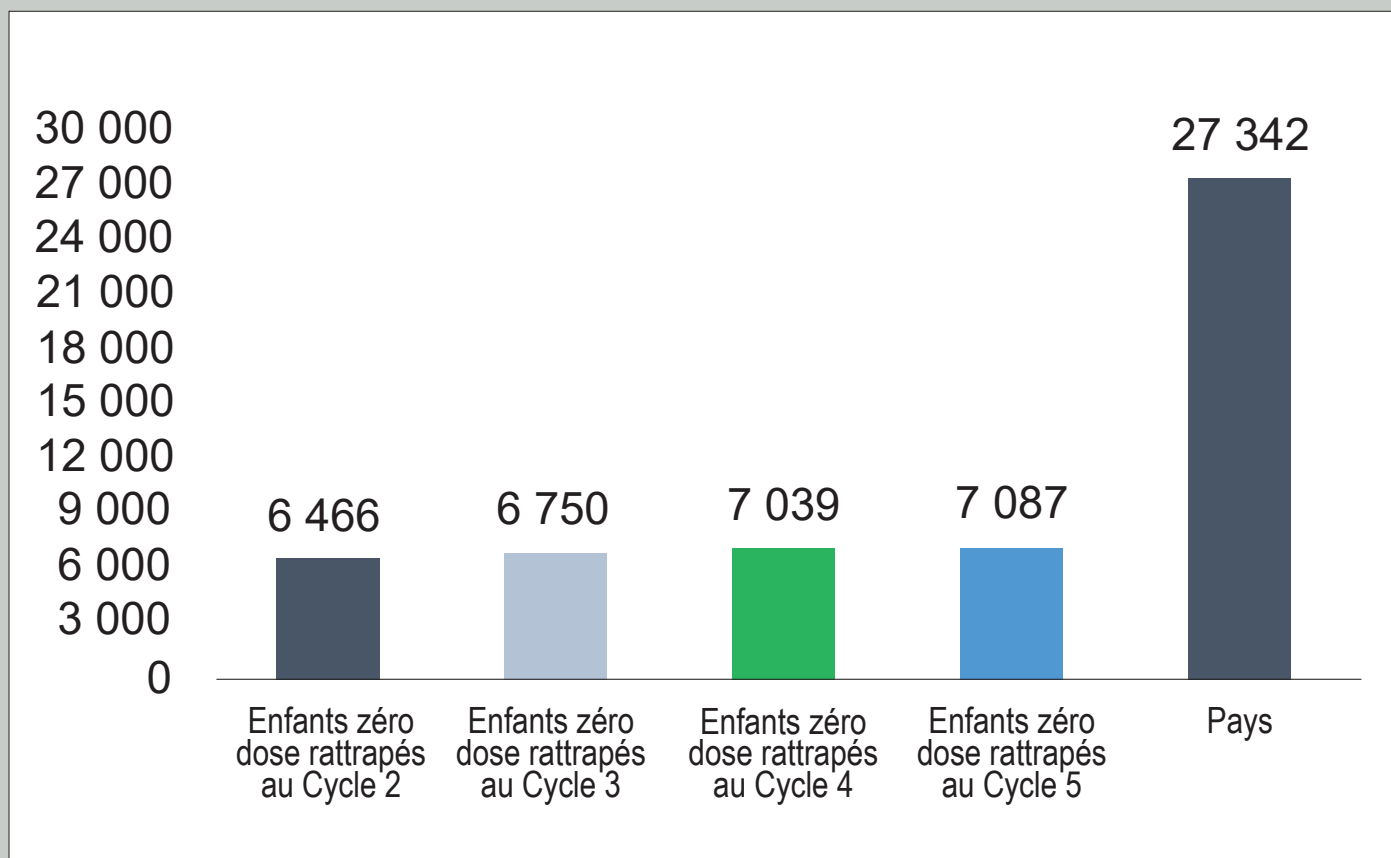
Processus

Il a suivi six étapes à savoir :

- la phase préparatoire (PNLP et Division de l'Immunisation) pour la révision des outils de collecte et du registre de la CPS ;
- le développement de la version Android du DHIS2 avec l'intégration des règles d'assurance qualité ;
- l'élaboration des outils de collecte sur smartphones communautaires avec la version Android du DHIS2 ;
- la transmission des données directement au DHIS2 et agrégés (FS, districts, Régions et Central) ;
- l'identification des enfants « zéro-dose » et insuffisamment vaccinés (les enfants sont identifiés en croisant les données de leurs carnets de vaccination/âge au cours du cycle de la CPS) ;
- la validation des données au niveau District-Région-Central.

Résultats

En 2024, 27 342 enfants de « zéro dose » ou « incomplètement vaccinés » ont été rattrapés du cycle 1 au cycle 5 de la CPS, dans tous les districts cibles de la CPS.



Facteurs de succès

Ce sont essentiellement la bonne planification avec la tenue des réunions de synthèse nationale regroupant le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), le PNLP, les acteurs de mise en œuvre et les partenaires, ainsi que l'élaboration de chronogramme global de tous les cycles de la CPS validé par le MSHP. On note aussi que la conception de capsules vidéo sur l'utilisation de l'application ayant servi d'aide-mémoire aux distributeurs, la supervision conjointe des activités sur le terrain (PNLP, DI, ECR/ECD, PEV et PTF), le monitoring journalier à tous les niveaux (FS, Districts et régions), ainsi que les synthèses districts pour la validation des données d'administration et la gestion des intrants, de même que la synthèse régionale de validation des données des districts, ont facilité la mise en œuvre.

Difficultés rencontrées et alternatives

Plusieurs difficultés ont été rencontrées dans la mise en œuvre de l'expérience. Par exemple l'usage des smartphones communautaires s'est révélé peu performant. Il a donc fallu déployer des techniciens TIC dans toutes les régions pour la gestion des problèmes techniques. Il y a eu également la faible maîtrise de l'application conçue pour la collecte de données par les agents distributeurs. Cette difficulté a pu être surmontée grâce à la production de capsules vidéo qui ont servi d'aide-mémoire aux acteurs. La troisième difficulté majeure était liée au dysfonctionnement de certains appareils sur le terrain. Comme alternative, les agents ont procédé à un enregistrement manuel afin de reporter les données plus tard sur l'application. Une autre difficulté avait trait à la connexion internet pour la synchronisation des données. À ce niveau, tous les superviseurs ont été dotés en forfait internet pour le partage de la connexion avec les agents distributeurs.

Leçons apprises

La bonne collaboration entre les acteurs impliqués (PNLP et DI) permet de gérer plus facilement les difficultés.

La production d'aide-mémoires est également importante pour aider les acteurs qui rencontrent des difficultés dans l'utilisation de l'application à se retrouver.

La digitalisation apparaît aussi une solution efficace à la complexité de la logistique. Cependant, la réalisation d'un test pilote est nécessaire pour permettre de détecter en amont les insuffisances et de les corriger.

Prochaines étapes

Il s'agira de :

- poursuivre le renforcement des capacités des agents communautaires à l'utilisation des outils de collecte digitale ;
- étendre l'intégration d'autres interventions de santé publique à la CPS ;
- mener une évaluation pour analyser l'impact de la digitalisation sur les résultats de santé



2. FOCUS SUR LES ACTIVITÉS RETENUES POUR LA DEUXIÈME ANNÉE

L'atelier de Ouagadougou a permis aux pays de l'initiative BBNT de faire la revue de toutes les bonnes pratiques enregistrées par programme de santé lors des visites-pays, en tenant compte des adaptations et des ajustements apportés afin de se projeter sur la deuxième année de l'initiative.

Cette partie présente les feuilles de routes arrêtées par pays et par programme.

2.1. Bonnes pratiques retenues par le Bénin

🏥 Programme VIH

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Mise en place d'une base de déclaration hebdomadaire des PCR entre 6 et 8 semaines (84%) et les sérologies à 18 mois (57%) réalisées sur les gros sites PTME	Togo	<p>Existant</p> <ol style="list-style-type: none"> Suivi mensuel PCR et sérologie de 18 mois au niveau des zones sanitaires à travers un forum WhatsApp Existence d'une base PCR renseignés par les laboratoires à une périodicité trimestrielle <p>Actions à faire</p> <ol style="list-style-type: none"> Définir les critères d'identification des gros sites (environ 100) Utiliser le modèle de base du Togo pour concevoir notre base Briefer 100 acteurs des sites en 4 sessions de 25 participants sur l'utilisation de la base Faire le suivi hebdomadaire 	<ol style="list-style-type: none"> Réalisation dans les délais des PCR (6 à 8 semaines) et sérologies à 18 mois attendues au niveau des gros sites PTME Amélioration des indicateurs sur la PCR et la sérologie à 18 mois (PCR : 84 % à 95 % et sérologie à 18 mois de 51% à 75% à l'horizon 2025) 	T1 2025	<p>4 860 000 F CFA</p> <ol style="list-style-type: none"> Financement OMS (Initiative BBNT) Reprogrammation des économies sur la subvention du Fonds mondial prévue pour le T4 2024
Renforcement du suivi du couple mère-enfant au moyen d'un échéancier et d'un forfait mensuel crédit de communication aux	Togo	<p>Existant</p> <p>Les rappels de rendez-vous sont faits par les responsables de maternité avec leurs propres crédits ce qui ne garantit pas la continuité</p>	<ol style="list-style-type: none"> Respect par le couple mère enfant des RDV de suivi (PCR et sérologie à 18mois) 	T1 2025	<p>12 000 000 F CFA</p> <p>Reprogrammation des économies CG7</p>

responsables des maternités (rappel des rendez-vous aux gestantes/mères d'enfants)		Actions à faire Attribuer pendant deux ans les forfaits de crédit d'appel mensuel aux gros sites (environ 100 Sites) sur les 1338	2. Amélioration des indicateurs sur la PCR et la sérologie à 18 mois (PCR : 84 % à 95 % et sérologie à 18 mois de 51% à 75% à l'horizon 2025)		
Institutionnalisation de l'approche de la paire-éducation par les enfants ados et jeunes vivant avec le VIH pour améliorer la rétention des adolescents et jeunes dans le système de soins et par conséquent les indicateurs 95-95-95 qui sont actuellement à 40-80-80	Togo	Existant 1. Organisation des groupes de paroles au niveau des gros sites de prise en charge pédiatrique pour les adolescents et jeunes 2. Adaptation des rendez-vous de suivi au calendrier scolaire au niveau des sites de prise en charge Actions à faire 1. Organiser une visite d'échange d'expériences de 5 jours par 3 membres du réseau des adolescents/jeunes du Bénin au Togo sur la paire-éducation 2. Organiser un atelier de 5 jours impliquant 30 personnes dont le réseau des adolescents et jeunes pour l'élaboration des modules de formation sur l'approche de la paire-éducation par les adolescents/jeunes vivant avec le VIH 3. Identifier et former 60 pairs-éducateurs adolescents/jeunes y compris 10 superviseurs pendant deux jours sur la paire éducation en deux sessions de 30 personnes	1. Opérationnalisation de la paire-éducation par les ados et jeunes 2. Amélioration des 3X95 chez les enfants (passant de 40-88-80 à 60-95-90 en 2026)	T2 2025	14 400 000 F CFA UNICEF OMS (BBNT) Fonds mondial (reprogrammation)
Institutionnalisation de l'approche de la paire-éducation des enfants ado et jeunes vivant avec le VIH au Bénin pour améliorer	Togo	Actions à faire 1. Payer une prime mensuelle de 40000 aux superviseurs des PE pendant 24 mois	1. Maintien du taux d'attrition des enfants sous ARV à moins de 5%	2026	42 000 000 F CFA FM FM reprogrammation BBNT-OMS, UNICEF

la rétention des adolescents et jeunes dans le système de soins et par conséquent les indicateurs 95-95-95		<p>2. Payer une prime mensuelle de 30000/PE pendant 24 mois</p> <p>3. Organiser semestriellement sur les deux ans, un atelier de 30 participants en 2 jours d'échange des bonnes pratiques, des difficultés et de revue des données collectées par les PE, impliquant les PE ados/jeunes, les acteurs des sites, le réseau des ados/jeunes et le programme</p>	2. Amélioration des 3X95 chez les enfants (passant de 40-88-80 à 60-95-90 en 2026)		
--	--	--	--	--	--

Programme TB

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Organisation des campagnes de dépistage de la tuberculose semestrielles et systématiques en milieu carcéral avec responsabilisation de la ZS	Togo et Burkina Faso	<p>Contexte</p> <p>1. La formation des agents paramédicaux en service dans les lieux de détention</p> <p>2. L'atelier-bilan des activités de prise en charge de la TB dans les prisons civiles, visite médicale à l'entrée axée sur le screening clinique de la TB</p> <p>3. Identification des cas suspects de TB dans les bâtiments par leurs pairs (chef bâtiments, leaders de groupes) formés sur les symptômes suggestifs de TB</p> <p>4. Dépistage passif des détenus symptomatiques se présentant dans les unités de soins des établissements pénitentiaires</p>	<p>Immédiats</p> <p>1. Nombre de campagnes foraines réalisées par les Zones Sanitaires</p> <p>2. Nombre de détenus/acteurs ayant bénéficié de radiographie pulmonaire</p> <p>Effets</p> <p>1. Nombre de PPL dépistés positifs en milieu carcéral</p> <p>2. Nombre de cas incidents notifiés</p>	T2 2025	<p>Reprogrammation du GC7/FM avec économies éventuelles</p> <p>OMS</p>

		<p>5. Organisation de dépistage actif de la TB dans tous les établissements pénitentiaires sur décision du PNT en collaboration avec l'APB et le CNSSP, sur la base de variation notable du nombre de cas sur une courte période</p> <p>Perspectives</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décentralisation des campagnes foraines en milieu carcéral 2. Plaidoyer au niveau du CNSSP et l'APB 3. Mise à jour de l'outil de screening en milieu carcéral 4. Plaidoyer pour inscription des campagnes foraines au PITA des ZS concernées 5. Acquisition de radios mobiles pour le diagnostic clinique de la TB au profit de tous les acteurs y compris les acteurs du milieu carcéral 			
<p>Mise en œuvre du système FAST (Find Actively Separate and Treat) qui consiste à rechercher activement, séparer les cas présumés et traiter efficacement. Elle devra être intégrée à la politique de santé communautaire</p>	<p>Togo et Burkina Faso</p>	<p>Contexte Faible visibilité des cas présumés (tousseurs chroniques) identifiés au niveau des formations sanitaires qui ne sont pas des CDT</p> <p>Perspectives (Phase pilote au niveau de quelques FoSa) Phase 1 : réunion de démarrage avec les autorités sanitaires pour les briefier sur la mise en œuvre de l'approche FAST</p>	<p>Immédiats</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de cas présumés identifiés dans les FS qui ne sont pas des CDT 2. Nombre de cas positifs notifiés grâce à l'initiative <p>Effets Nombre de cas incidents notifiés</p>	<p>T2 2025</p>	<p>Reprogrammation du GC7/FM avec économies éventuelles</p> <p>OMS</p>

		<p>Phase 2 : élaboration, reprographie et distribution des outils (étiquette/fiche de screening de la TB dans les FoSa)</p> <p>Phase 3 : formation des acteurs de mise en œuvre des activités</p> <p>Phase 4 : mise en œuvre proprement dite de l'approche.</p> <p>Les activités de la stratégie FAST vont consister :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ à faire le tri des cas présumés TB aux postes de consultations ▣ à leur offrir des prestations de dépistage en priorité 			
--	--	---	--	--	--

Programme paludisme

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Paramétrage dans le DHIS2 des règles de validation de saisie de la fiche PNLP1	Togo Burkina Faso	<p>L'assurance qualité des données du paludisme demeure un défi à relever pour la prise de décision et le suivi des interventions en matière de lutte contre le paludisme. La nouvelle approche de saisie des rapports à la base par les chefs poste reste un atout pour la prompt remontée des données mais ne garantit pas leur qualité (Rapport trimestriel de CQ).</p> <p>Pour minimiser ces erreurs de saisie, il serait indispensable d'implémenter dans le DHIS2 les règles de cohérence entre les variables du support de rapportage.</p>	<p>Nombre de règles de validation paramétrée dans le DHIS2</p> <p>Proportion d'erreurs de saisie sur PNLP1</p>	31 décembre 2024	<ul style="list-style-type: none"> ▣ CHAI ▣ DSI ▣ Reprogrammation GC 7

		<p>Actions à faire</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Élaborer les règles de validation à paramétrer 2. Paramétrer avec l'appui de la DSI et autres partenaires ces règles 			
Établissement de l'inter-opérabilité entre les plateformes Alafiacom et DHIS2	Togo	<p>Le DHIS2 intègre déjà les unités d'organisation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et reste l'entrepôt pour l'information sanitaire au Bénin. Alafiacom est la plateforme de collecte des données dédiée à la santé communautaire. Une interopérabilité entre les deux interfaces reste nécessaire.</p> <p>Actions à faire :</p> <p>Plaidoyer auprès de la DSI</p>	Le module Alafiacom est opérationnel sur DHIS2	Avant Semestre 1 2025	<ul style="list-style-type: none"> ▣ CHAI ▣ DSI
Réunion entre les pays pour harmoniser le calendrier de déroulement de la CPS dans les zones frontalières	BBNT	<p>La discordance de calendrier de déroulement de la CPS favorise les multiples prises au niveau des prises à cause des phénomènes migratoires. Une harmonisation de ces calendriers s'avère donc nécessaire</p> <p>Actions à faire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Définir un cadre de concertation 2. Mettre en place un cadre de coordination et un comité de pilotage 	Nombre de sessions	T1 2025	OMS
Intégration de la destruction des gîtes larvaires à la campagne CPS	Burkina Faso	<p>La CPS est mise en œuvre par les agents de santé communautaire dans les zones cibles. De ce fait, elle est une opportunité pour l'intégration des paquets d'activité de lutte contre le paludisme dont la sensibilisation et la destruction mécanique des gîtes larvaires</p> <p>Actions à faire</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visite d'échanges au BF 2. Mise à jour des outils 	Proportion de gîtes larvaires détruits dans les ménages lors de la CPS	Prochaine campagne	<ul style="list-style-type: none"> ▣ USAID/PMI (Initiative présidentielle des États-Unis contre le paludisme) ▣ Fonds mondial

Élaboration du relevé épidémiologique du paludisme par quinzaine	Burkina Faso	<p>L'OMS recommande de faire de la surveillance une intervention de base (Pilier3) pour l'élimination du paludisme. Pour son opérationnalisation, il est nécessaire d'élaborer des relevés épidémiologiques à l'instar des rapports mensuels pour avoir les informations factuelles sur la morbidité et la mortalité dues au paludisme afin d'analyser et d'adresser les réponses adéquates.</p> <p>Actions à faire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visite d'échange au BF 2. Élaboration des outils 3. Formation des acteurs sur les outils élaborés 	Nombre de relevés épidémiologiques élaborés	Avril 2025	<ul style="list-style-type: none"> ✚ OMS ✚ USAID/PMI ✚ CHAI
--	--------------	---	---	------------	--

2.2. Bonnes pratiques retenues par le Burkina Faso

Programme VIH et hépatites virales

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Recherche active des enfants qui doivent bénéficier du dépistage précoce lors de la vaccination sur les 50 sites PTME prioritaires	Togo	Rechercher tous les enfants nés de mères séropositives et faire leurs prélèvements pour la PCR lors de la première visite post natale ou lors de séance de vaccination	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives ayant été dépistés entre 6 et 8 semaines à travers la vaccination	T1 2025	6 933 815 F CFA OMS UNICEF
Suivi hebdomadaire de 60 sites prioritaires de prise en charge du VIH à travers un canevas d'indicateurs de la charge virale plasmatique du VIH	Togo	Les sites prioritaires de prise en charge envoient chaque semaine le canevas renseigné. Le programme fait le point trimestriel et s'assure de la complétude du rapport ainsi que de la prise en charge adéquate des patients n'ayant pas de charge virale supprimée.	Pourcentage des patients par sites de prise en charge prioritaire ayant une charge virale supprimée	T1 2025	7 950 180 F CFA OMS AMREF
Optimisation du parc de machines GeneXpert en initiant des directives signées par Monsieur le Secrétaire général du ministère de la Santé sur l'utilisation des plateformes pour la réalisation de la charge virale des PVVIH	Togo	Une directive rappelant les conditions d'utilisation des appareils Gene-Xpert pour la réalisation de la charge virale du VIH est élaborée au programme et soumise à la signature du secrétaire général sous couvert de la hiérarchie du programme.	Pourcentage de charge virale réalisée avec les appareils Gene-Xpert	T2 2025	Pour mémoire (PM)
Réorganisation des unités du PSSLS-IST-HV	Niger	Créer une nouvelle unité de communication et d'identifier des points focaux VIH, IST, HV dans chaque unité	Existence d'une unité de communication et de points focaux VIH, IST HV dans les unités de prise en charge et de prévention	T4 2024	PM
Mise en place d'un groupe de réflexion sur la triple élimination VIH, IST et hépatites virales	BBNT	Créer un groupe de réflexion afin d'échanger trimestriellement par rapport à la triple élimination avec le PSSLS-IST-HV et la DSF (bureau eTME)	Nombre de séance d'échange tenue au cours de la période	T2 2025	600 000 F CFA Budget de l'État UNICEF OMS FM

Mise à disposition d'un appareil GeneXpert dans les structures communautaires prioritaires	Niger Togo	Plaider auprès du SP/CNLS pour le redéploiement des appareils sous-utilisés vers des structures communautaires ayant la capacité de se déplacer pour réaliser la CV des patients	Nombre de structures communautaires dotées de Gene-Xpert	30 juin 2025	PM
Monitoring semestriel des données VIH, IST et HV dans les 40 districts à faible niveau de performance des indicateurs (dépistage précoce avant 8 semaines de vie, réalisation de la charge virale)	Togo	Il s'agira pour les acteurs du district (équipe cadre, responsables formations sanitaires) de tenir une fois par semestre un atelier d'une journée pour monitorer les données VIH, IST et HV afin de prendre des actions correctrices	1. Nombre d'atelier de monitoring tenu par an pour chaque district 2. Pourcentage d'enfants dépisté précocement 3. Taux de réalisation de la charge virale	T2 2025	27 712 000 F CFA UNICEF OMS AMREF FM EAWA

Programme TB

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Mise en place d'un modèle de prise en charge des patients à risque élevé de décès chez les TB-R	Bénin	<p>Contexte Le taux de décès reste élevé chez les TB-R malgré les efforts consentis (18,9% en 2019, 27% en 2020, 30,50% en 2021 et 22% en 2023), entraînant la nécessité d'adopter cette bonne pratique.</p> <p>Actions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Triage des patients par l'administration systématique du score PARED (Patients à risque élevé de décès) lors de la consultation médicale. 2. Prise en charge spécialisée des PARED+ en cas de co-morbidité. 	<p>Taux de succès au traitement des patients TB-R</p> <p>Taux de décès chez les patients TB-R</p>	T1 2026	60 000 000 F CFA Reprogrammation du GC7 avec économies éventuelles OMS

		<p>Suivi médical régulier de tous les patients TB (pendant la phase intensive)</p> <p>3. Mise en place du dossier médical unique</p>			
<p>Mise en place d'un cadre de redevabilité multisectorielle pour accélérer les progrès visant à mettre fin à la tuberculose</p>	Niger	<p>1. Les déterminants de la TB sont multiples : socio-économie, urbanisme, alimentation...</p> <p>2. La lutte contre la TB nécessite des approches multisectorielles : santé, éducation, agriculture, communication, justice, finance, privé...</p> <p>3. Tenir un atelier national d'élaboration du cadre</p> <p>4. Proposition d'un arrêté ministériel de mise en place, organisation et fonctionnement du cadre</p>	<p>1. Cadre de redevabilité multisectorielle fonctionnel</p> <p>2. Taux de mobilisation des ressources financières pour la lutte contre la TB</p> <p>3. Couverture de traitement de la tuberculose sensible</p> <p>4. Couverture de traitement de tuberculose multi-résistante</p>	T2 2025	<p>25 000 000 FCFA</p> <p>Reprogrammation du GC7 avec économies éventuelles</p> <p>OMS</p>
<p>Intégration du dépistage systématique de la TB chez tout enfant malnutri dans le protocole national de prise en charge de la malnutrition</p>	Niger	<p>1. Sous-notification de la TB chez les enfants (3,5% pour une cible de [5-15 %])</p> <p>2. Sous-alimentation est 1er facteur de risque de la TB avec 2800 cas attribuables estimés en 2022</p> <p>3. Nécessité d'inclure un algorithme de dépistage actif de la TB chez les enfants malnutris dans le protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aigue</p> <p>4. Collaborer avec la Direction de la nutrition pour la prise en compte de cette activité dans le protocole</p>	<p>Pourcentage des cas TB notifiés chez les enfants</p>	T1 2025	<p>15 000 000 FCFA</p> <p>OMS</p>

Programme paludisme

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Intégration dans la campagne CPS de la recherche des enfants zéro dose avec l'utilisation de smartphones communautaires	Togo	Il s'agit d'identifier les enfants zéro dose ou incomplètement vaccinés et de mettre en place une stratégie pour permettre aux enfants de bénéficier des doses de vaccin	Nombre d'enfants zéro dose vaccinés Nombre d'enfants incomplètement vaccinés identifiés	T1 2025	Malaria consortium OMS
Renforcement des capacités des responsables des maternités en échéancier et crédit de communication pour le rappel des RDV aux femmes enceintes irrégulières en CPN dans les districts de la ville de Ouagadougou	Togo	La recherche des femmes enceintes irrégulières en CPN à travers le rappel des rendez-vous est un moyen d'améliorer les couvertures en TPI. À cet effet, le SP/PALU se propose de doter mensuellement les responsables des maternités en crédit de communication pour ces appels.	Nombre de femmes enceintes irrégulières en CPN contacté par les responsables de maternité	T2 2025	Fonds COGES
Harmonisation des cycles de passage de la CPS entre le Togo et le Burkina Faso	BBNT	Dans le cadre de la collaboration transfrontalière, il est important que nos pays qui ont une saisonnalité similaire puissent organiser la CPS de façon synchronisée en vue d'éviter que les enfants situés dans les zones frontalières ne bénéficient d'une double administration de la SPAQ pendant un cycle de CPS du fait du mouvement des populations	Nombre de cycles de la campagne CPS harmonisés entre le Togo et le Burkina Faso	T2 2025	PMI
Désignation des points focaux de lutte contre le paludisme dans les formations sanitaires	Togo	Dans le cadre d'un suivi rapproché de toutes les interventions antipaludiques et une meilleure gestion des données, le secrétariat permanent pour l'élimination du paludisme compte s'appuyer sur des points focaux qui vont servir de répondant dans les formations sanitaires	Nombre de formations sanitaires disposant de points focaux	T1 2025	OMS Budget État

Mise en place d'un comité de validation des requêtes d'intrants au niveau régional	Niger	Actuellement la validation des requêtes est réalisée par le pharmacien régional. Cette activité consistera identifier des personnes ressources pour composer un comité constitué du pharmacien régional, du CISSE et du point focal Palu. Ce comité se réunira de façon régulière pour examiner les requêtes, les valider puis les transmettre à la CAMEG en mettant en copie le SP/Palu	1. Pourcentage des requêtes validées 2. Taux de satisfaction des requêtes	T1 2025	État DCAPS OMS PMI FM
Opérationnalisation de l'unité d'entomologie au sein du département lutte anti vectorielle du SP/Palu	Niger	Il serait question d'affecter des entomologistes au SP/Palu et mettre à disposition un laboratoire équipe pour la mise en œuvre des activités d'entomologie	Disponibilité des indicateurs entomologique (Taux d'inoculation entomologique, sensibilité des vecteurs aux insecticides)	T4 2025	État OMS CHAI PMI FM
Mise en place d'un mécanisme permettant aux FS privées de saisir eux-mêmes leurs données	Niger	Il s'agira de faire le plaidoyer pour la mise à l'échelle la saisie décentralisée au niveau des formations sanitaires privées. De façon spécifique il faudra renforcer leur capacité et de les équiper	1. Complétude des données des FS privées 2. Promptitude des données des FS privées 3. Cohérence des données des FS privées	T1 2025	État DGESS FM PMI
Mise en place d'un mécanisme permettant aux FS privées de saisir elles-mêmes leurs données	Niger	Il s'agit de renforcer les visites de plaidoyer auprès des leaders pour leur faire le point sur la mise en œuvre des activités menées dans leur localité, ce qui permettra de renforcer la redevabilité	1. Nombre de visite de plaidoyer réalisé 2. Nombre de leaders communautaires engagés	T1 2025	COGES
Harmonisation des cycles de passage de la CPS entre le Burkina Faso et le Niger	BBNT	Pour un renforcement de nos actions et dans le cadre de la collaboration transfrontalière, une harmonisation des périodes des campagne CPS est essentiel. Cela permettra d'éviter une double administration de la SPAQ pendant un cycle de CPS du fait des mouvements des populations	Nombre de campagne CPS harmonisées entre le Burkina Faso et le Niger	T2 2025	PMI

2.3. Bonnes pratiques retenues par le Niger

🏥 Le programme VIH et hépatites virales

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Disponibilité d'un point focal dédié au suivi de la charge virale au niveau de 43 sites prioritaires	Burkina Faso	<ol style="list-style-type: none"> Désignation d'un point focal dédié au suivi de la charge virale au niveau des 43 sites prescripteurs ARVs prioritaires Mettre à jour le contact téléphonique des PVVIH suivi à chaque contact Établir une liste journalière des PVVIH devant bénéficier de la CV Rappeler au téléphone les PVVIH absents à leur rendez-vous) 	<ol style="list-style-type: none"> Notes de services pour la désignation des points focaux disponibles Tous les points focaux désignés sont opérationnels La proportion des PVVIH sous traitement ayant accès à la charge virale est rehaussée 	T1 2025	PM
Mise en place d'un système de transport des échantillons efficace intégrant le VIH	Burkina Faso	Intégrer de façon formelle le transport des échantillons VIH dans le système de collecte et transport des échantillons mis en place par la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires de Santé et de la Médecine traditionnelle (DPH/LS/MT)	<ol style="list-style-type: none"> Document intégrant le transport des échantillons VIH disponible Transport des échantillons est effectif La couverture en charge virale VIH et en PCR est rehaussée 	T2 2025	MSP FM UNICEF
Effectivité de la triple élimination du VIH, de l'hépatite et de la syphilis chez la femme enceinte dans tous les sites	Burkina Faso	1. Assurer la gratuité du dépistage de l'hépatite B et de la prophylaxie chez la femme enceinte Ag HBs+ dans le cadre de la triple élimination du VIH, de l'hépatite et de la syphilis au niveau des 75 sites prioritaires PTME (situation actuelle 1 : 1% des FE en CPNR)	1. Pourcentage des sites prioritaires PTME qui offrent gratuitement le dépistage, la chimioprophylaxie de l'hépatites B et le traitement de la syphilis	T3 2025	État GAVI Fonds mondial UNICEF OMS

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégrer le vaccin monovalent contre le VHB à la naissance dans le PEV de routine 2. Assurer le dépistage de rattrapage pour les enfants 0-5 ans non vaccinés 3. Assurer la gratuité du traitement de la syphilis chez les femmes enceintes dépistées positives à la syphilis (40%) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. la vaccination à la naissance contre l'hépatite B est effective au Niger 2. Pourcentage d'enfants dépistés parmi les enfants non vaccinés 		
Réalisation du diagnostic précoce du VIH systématique à tous les enfants nés de mères séropositives immédiatement après l'accouchement grâce à la disponibilité des mPima	Burkina Faso	Implémenter le diagnostic précoce systématique des enfants nés de mères séropositives avec le mPima au niveau de X sites PTME prioritaires disposant d'une maternité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de sites PTME prioritaire disposants d'une machine mPima pour le diagnostic précoce du VIH 2. Couverture PCR rehaussée 	T3 2025	Fabriquant UNICEF FM OMS
Renforcement du circuit de transport des échantillons vers les structures disposant de machines G-X à travers un maillage défini	Burkina Faso	Écrire une lettre pour la formalisation de l'intégration du transport des échantillons VIH/VHB dans le circuit de transport des échantillons existants	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion de CV réalisées 2. Proportion de CV rendues 	T3 2025	Fabriquant UNICEF FM OMS
Subvention du Tenofovir pour la prise en charge des malades chroniques d'hépatite B	Burkina Faso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Élaboration du document de plaidoyer 2. Plaidoyer à l'endroit des décideurs pour la subvention du Tenofovir pour la prise en charge des malades chroniques de l'hépatite B 3. TDF subventionné et disponible dans les hôpitaux nationaux et régionaux 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Document de la subvention signé disponible 2. Proportion des hôpitaux nationaux et régionaux disposant de TDF subventionné 	T4 2025	État
Appui conséquent de l'État dans la lutte contre les IST/VIH/sida, syphilis et hépatites virales	Bénin	Plaidoyer pour le rehaussement de la contrepartie de l'étude par rapport à la subvention et l'achat des intrants pour la prise en charge des IST/VIH/sida, syphilis et hépatites virales	Accord signé pour le rehaussement de la contrepartie de l'État	T1 2025	PM

Le programme TB

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Optimisation de l'utilisation du parc de machines Gene-Xpert pour un fonctionnement continu	Burkina Faso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acquisition des modules tropicalisés (30°C) de réserve pour pallier aux modules défectueux 2. Élaboration d'un guide d'utilisation des machines Xpert pour une bonne utilisation du parc 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de modules réceptionnés 2. Guide disponible 	T1 2025	Fonds mondial OMS
Accélération de la mise à l'échelle d'un bon système intégré de transport des échantillons autour du réseau GeneXpert en contractualisant avec la poste	Burkina Faso	Intégration de façon formelle du transport des échantillons TB dans un système intégré de transport des échantillons des CDT vers le réseau des machines geneXpert contractualiser avec la Poste et mise en place par la Direction de la Pharmacie, des Laboratoire de Santé et de la Médecine traditionnelle	Système de transport des échantillons fonctionnel à tous les niveaux	T1 2025	FM Autres partenaires
Décentralisation de la PEC de la TB/MR au niveau des CDT de provenance des patients	Burkina Faso	Mise à l'échelle d'un système de prise en charge décentralisée des cas TB/MR afin de rapprocher les patients de leur domicile et réduire les perdus de vue	Nombre de CDT capables de prendre en charge les cas TB/MR	T1 2025	Action Damien Fonds Mondial
Renforcement du traitement préventif de la tuberculose par la révision du protocole chez les PVVIH	Burkina Faso	La révision du Protocole TPT chez les PVVIH indemnes de TB pour passer de l'INH 300 au HP a permis une bonne adhérence et observance	Passage du protocole INH pendant 6 mois au protocole HP pendant 3 mois	T3 2025	FM OMS
Élaboration d'un plan de contingence pour les zones d'insécurité	Burkina Faso	L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de contingence a permis de faciliter la mise en œuvre les activités et alléger les procédures afin d'assurer le continuum des soins dans les zones d'insécurité	Plan de Contingence disponible	T1 2025	FM

🏠 Le programme Paludisme

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Élaboration d'un bulletin hebdomadaire	Burkina Faso	Analyser les données hebdomadaires des districts/régionaux pour suivre la morbidité/mortalité palustre en vue de détecter une éventuelle épidémie et apporter la riposte	Nombre de bulletins élaborés et diffusés	T1 2025	État PTF (OMS, PMI, UNICEF)
Intégration de la destruction des gîtes larvaires/ Recherche des enfants insuffisamment/non vaccinés lors de la CPS	Burkina Faso	Il s'agit pendant la CPS d'accompagner la population à identifier et traiter les gîtes larvaires dans le ménage visité mais également vérifier le statut vaccinal antipaludique des enfants cibles et orienter au besoin. Pour cela, il faut : <ul style="list-style-type: none"> ➤ réviser les outils ; ➤ former les acteurs ; ➤ mettre en œuvre. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Outils mis à jour 2. Nombre d'Acteurs formés 3. Lettre d'instruction pour la mise en œuvre du niveau opérationnel 	T3 2025	GC7 PMI USAID
Mise en place d'un système de distribution des intrants à partir des données de consommation	Burkina Faso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Établissement de la commande des intrants par chaque structure sanitaire à partir de sa propre consommation 2. Transmission à la hiérarchie pour analyse 3. Validation par le PNL 4. Élaboration du plan de répartition des intrants 5. Transmission à l'ONPPC pour la mise en place des intrants. Cette activité permettra d'améliorer la gestion des intrants. <p>Préalablement une Lettre de rappel de passage aux données de consommation sera envoyée aux structures concernées</p>	Intrants mis en place à partir des données des consommations	T1 2025	État GC7 PMI UNICEF MSF

2.4. Bonnes pratiques retenues par le Togo

Le programme VIH et hépatites virales

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Renforcement de l'implication des maternités privées dans la mise en œuvre de la PTME	Bénin	<p>Situation actuelle</p> <ol style="list-style-type: none"> 86 % de couverture avec 85 % de sites fonctionnels Renforcement des capacités des prestataires sur site en deux jours <p>Stratégie à adopter</p> <ol style="list-style-type: none"> Renforcement du plaidoyer auprès des autorités sanitaires, pour réglementer la PTME et la prise en charge pédiatrique sur les sites privés et publics Formation initiale des prestataires des sites privés de 02 jours suivie de la mise en place du tutorat de 15 jours sur les sites PTME privés pour renforcer la qualité de l'offre de service Formation initiale des prestataires des sites privés de 02 jours suivie de la mise en place du tutorat de 15 jours dans les structures privées en prise en charge pédiatrique du VIH pour améliorer la couverture en dépistage et ARV Augmentation de la couverture des sites PTME et PEC pédiatrique à 95 % Augmentation du taux des femmes dépistées à 95% 	<ol style="list-style-type: none"> Couverture (%) nationale en site PTME (Privées et Publiques) Couverture (%) nationale en site PEC pédiatrique (Privées et Publiques) Taux de dépistage des femmes enceintes reçues en CPN1 Pourcentage des enfants, adolescents et jeunes qui connaissent leur statut sérologique 	T1 2025	296 013 140 F CFA FM OMS UNICEF UNFPA État

		6. Augmentation du pourcentage des enfants adolescents et jeunes qui connaissent leur statut sérologique à 95%			
Processus de mise en œuvre des interventions de lutte contre les hépatites (plaidoyer, élaboration des documents, plan stratégique, protocole de prise en charge, gestion des données...)	Bénin	<p>Situation actuelle au Togo</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Pas de documents normatifs validés sur la PEC des hépatites en dehors de la co-infection VIH/Hépatites ❑ Évaluation de la situation des hépatites virales et élaboration du plan stratégique national en cours ❑ Intégration de la prise en charge des hépatites dans la triple élimination en cours. <p>Stratégie à adopter</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour l'implication de la société savante à l'élaboration des documents normatifs, à la formation des acteurs sur la prise en charge des hépatites ❑ Plaidoyer pour la gratuité du TDF pour les femmes monos infectées à l'hépatite B et du vaccin en mono dose pour les enfants à la naissance 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de documents normatifs et protocoles de prise en charge disponible 2. Nombre de prestataires de soins formés sur la prise en charge des hépatites virales 3. Adoption de l'arrêté ministériel portant sur la gratuité du TDF et vaccin disponible 	T1 2025	60 000 000 F CFA (Fonds mondial, OMS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPA, État)
Stratégie de dépistage du VIH orientée vers les partenaires des FE reçues en CPN (utilisation de l'autotest Ora Quick chez les partenaires, en cas de réactivité libre choix de la formation pour confirmation de la sérologie et prise en charge si test positif) 15% de partenaires des FE adhèrent au test de dépistage au Bénin	Bénin	<p>Situation actuelle au Togo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faible taux d'adhésion des partenaires des femmes enceintes (4 %) 2. Peur des partenaires de se faire dépister étant donné l'intégration du dépistage dans les SMNI 	Pourcentage de partenaires des FE qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	T1 2025	FM ONUSIDA OMS UNICEF UNFPA État

		<p>Stratégie à adopter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'utilisation de l'autotest OraQuick va contribuer à l'amélioration du taux de dépistage des partenaires femmes enceintes de 4% à 10% 2. Mise en place d'un mécanisme de collecte de données et monitoring adaptée à notre contexte. 			
<p>Gratuité du vaccin contre l'hépatite B sur les sites PTME pour les enfants nés de mères séropositives à l'AgHBs à la naissance. (Subvention de l'Etat pour le Bénin et GAVI pour le Burkina Faso)</p>	<p>Burkina Faso Bénin</p>	<p>Situation actuelle au Togo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coût de la vaccination des enfants à la naissance à la charge des parents 2. Vaccin intégré dans le vaccin pentavalent de routine <p>Stratégie à adopter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poursuite du plaidoyer auprès de l'État et d'autres partenaires (GAVI...) 2. Mise en œuvre de la vaccination à l'échelle nationale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de documents de plaidoyer disponible 2. Pourcentage d'enfant exposé à l'hépatite B vacciné gratuitement en salle d'accouchement dans les 24h après la naissance 	<p>T1 2025</p>	<p>FM ONUSIDA OMS UNICEF UNFPA État</p>
<p>Intégration du dépistage et PEC des MNT chez les PVVIH et prise en charge du VIH au stade avancé (WHOPEN)</p>	<p>BBNT</p>	<p>Situation actuelle au Togo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostic et PEC des IO chez les PVVIH (sur l'ensemble des 06 principales IO notifiées en 2023, les Candidoses 2. représentent 76%, Zona 8%, Cryptococcose 7%, la toxoplasmose 6%, et Kaposi 3%) 3. Absence d'outils pour le screening des PVVIH au stade avancé au niveau des structures de soins et au niveau des acteurs communautaires 4. Absence de financement pour la prise en charge des PVVIH au stade avancé. Absence de stratégie de dépistage et prise en charge des MNT chez les PVVIH 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manuel de référence et outils de collecte disponible 2. Proportion de PVVIH présentant des MNT et pris en charge 3. Nombre de cas MNT notifiés 4. Proportion de PVVIH au stade avancé pris en charge 	<p>T1 2025</p>	<p>28 000 000 F CFA OMS FM État</p>

		<p>Stratégie à adopter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Élaboration du document intégré de dépistage, prise en charge des MNT chez les PV VIH et prise en charge du VIH au stade avancé 2. Plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre 3. Élaboration des outils pour le screening et la collecte de données 4. Renforcement des capacités des prestataires 			
--	--	---	--	--	--

Le programme TB

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Prise en charge des patients co-infectés TB/VIH en guichet unique	Burkina Faso	<p>Contexte Actuellement les patients co-infectés TB /VIH sont pris en charge par deux acteurs sur deux sites séparément. Ce qui pourrait avoir des répercussions sur l'assiduité du patient au traitement</p> <p>Approche</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Traiter un patient souffrant de la Tuberculose et du VIH au CDT en lui offrant les antituberculeux et les ARV par le point focal TB. ✚ Une fois le traitement antituberculeux terminé, le patient retourne à sa file active pour poursuivre son traitement par les ARV (96 PF TB seront capacités en 02 jours soit 3 nuitées par 2 formateurs) 	Nombre de patients co-infectés TB/VIH ayant bénéficié de traitement ARV dans le délai au niveau des CDT (Test and treat)	T1 2025	12 592 800 F CFA OMS Fonds mondial UNION

<p>Organisation des campagnes de dépistage semestrielle par radiographie pulmonaire en milieu carcéral</p>	<p>Burkina Faso</p>	<p>Contexte Au Togo la radiographie n'est pas subventionnée, ce qui constitue un frein au diagnostic des cas de TB en général et en particulier chez les détenus.</p> <p>Approche Il s'agira de s'inspirer de l'exemple du BF pour organiser une campagne semestrielle de 05 jours afin d'offrir une radiographie pulmonaire à tous les détenus et à tout le personnel des 5 milieux carcéraux des deux régions. L'acquisition des radio portatives facilitera cette activité</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de détenu et personnel ayant bénéficié de radiographie pulmonaire 2. Nombre de détenu et personnel diagnostiqué cliniquement par radiographie pulmonaire et mis sous traitement 	<p>T3 2025</p>	<p>2 116 500 F CFA</p> <p>OMS FM UNION</p>
<p>Renforcement de l'implication des Gardes de Sécurité pénitentiaires (GSP) dans le screening de a TB à l'entrée milieux carcéraux</p>	<p>Burkina Faso</p>	<p>Contexte Au Togo, le screening de la TB à l'entrée des milieux carcéraux (MC) est quasi laissé aux soins des prestataires de soins de santé. Les GSP participent aux actions de dépistage de façon plus ou moins passive, une formation spécifique sur la TB leur ayant pas été donnée pour la recherche active des cas de TB à l'entrée des MC.</p> <p>Approche Il s'agira, par cette activité, après un renforcement de capacité des GSP, de les amener à s'impliquer dans le screening de la TB à l'entrée et au sein des MC (recherche des 04 signes/symptômes cardinaux de la TB)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de cas de TB dépistés avec la contribution des GSP 2. Nombre de GSP formé au screening de de la TB 3. Pourcentage de cas de TB parmi les détenus screenés par les GSP 	<p>T3 2025</p>	<p>6 988 500 F CFA</p> <p>OMS FM UNION</p>
<p>Formation des prestataires prenant en charge les enfants malnutris et les pédiatres à l'utilisation des nouveaux algorithmes OMS chez les enfants malnutris</p>	<p>Burkina Faso</p>	<p>Contexte Au Togo, les acteurs en pédiatrie ne contribuent pas assez au dépistage des enfants. Les échanges avec l'équipe du BF ont montré que l'utilisation des nouveaux algorithmes de l'OMS pour le diagnostic de la TB pédiatrique a donné au BF des résultats probants en termes de diagnostic de la TB chez les enfants.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage d'enfants de moins de 15 dépistés TB 2. Nombre de prestataires formés à l'utilisation des nouveaux algorithmes de l'OMS pour le dépistage de la TB pédiatrique 	<p>T3 2025</p>	<p>26 960 800 F CFA</p> <p>Plan d'accélération du dépistage de la Tuberculose en cours d'élaboration</p> <p>OMS FM UNION</p>

		Il s'agira de former les prestataires prenant en charge les enfants malnutris et les pédiatres à l'utilisation des nouveaux algorithmes de l'OMS chez les enfants malnutris			
Organisation des réunions annuelles de discussions et d'échanges avec le niveau régional avec remise des prix aux meilleures régions	Bénin	<p>Contexte L'absence d'un cadre de concertation régulier avec le niveau régional et l'insuffisance d'implication des DRS et des DPS ont une forte répercussion sur la performance des CDT au Togo.</p> <p>Approche Il s'agira d'organiser une réunion annuelle de discussions et d'échanges sur le rapport annuel de l'année N-1 du PNLT à Lomé (6 DRS, 6 PF régionaux TB, 6 TL, staff du PNLT et partenaires), classer par ordre de performance les régions et les CDT selon un critère adopté unanimement, et primer la région la plus performante (à la JMT)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taux de détection des patients TB 2. Taux de succès thérapeutique 	T1 2025	15 072 000 F CFA OMS FM UNION
Formation au niveau central les points focaux TB et Techniciens de laboratoire nouvellement nommés ou désignés au lieu d'attendre les sessions de formation planifiées	Bénin	<p>Contexte La mobilité du personnel ne permet pas d'assurer la continuité des services et la gestion des données du PNLT</p> <p>Approche Les PF TB nouvellement nommés et les nouveaux TL désignés seront formés durant une semaine au service de pneumo-phtisiologie et au LNR-TB du CHU SO</p> <p>Le PNLT assurera le déplacement et 6 nuitées à chaque agent formé</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le nombre d'agents nouvellement nommés/ désignés formés au niveau central 2. Taux de détection des patients TB 3. Taux de succès thérapeutique 	T1 2025	3 010 000 F CFA OMS FM UNION

Évaluation médicale de tous les patients tuberculeux mis sous traitement pour identifier ceux à risque élevé de décès	Bénin	<p>Contexte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le taux de décès est élevé (7%) au Togo 2. Absence d'évaluation médicale du patient tuberculeux au Togo <p>Approche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consultation médicale initiale par un médecin, renseignement du dossier d'observation unique du patient et établissement du score PARED (patient à risque élevé de décès) 2. Même suivi médical à J7, J15, J30 et J60 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taux de décès 2. Taux de succès thérapeutique 	T1 2025	6 805 000 F CFA OMS FM UNION
---	-------	---	---	---------	---------------------------------------

Le programme paludisme

Bonnes pratiques retenues	Pays ayant inspiré la bonne pratique	Description de la mise en œuvre	Indicateurs (immédiats et effets)	Échéance	Coût estimatif et Opportunités à capitaliser
Intégration de la destruction des gîtes larvaires à la campagne CPS dans les zones éligibles	Burkina Faso	La CPS est une activité communautaire qui pourrait être exploitée pour identifier les gîtes larvaires dans les ménages et la sensibilisation pour leur destruction avec pour finalité la réduction de la densité vectorielle dans les zones cibles de la CPS	Pourcentage de gîtes larvaires détruits au cours des cycles de la campagne CPS par les ASC	T2 (juin 2025)	Fonds Mondial Malaria consortium PMI OMS
Production des bulletins hebdomadaires de surveillance du paludisme dans les sites sentinelles de surveillance épidémiologique du paludisme	Burkina Faso	Les bulletins de surveillance épidémiologiques sont d'excellents moyens pour suivre la dynamique de l'évolution du paludisme. Le PNLP entend élaborer les bulletins hebdomadaires des sites sentinelles de surveillance qui disposent de moyens et d'un système de collecte des données régulières.	Nombre de bulletin hebdomadaire des sites sentinelles produit mensuellement	T4 2024	Fonds Mondial PMI
Harmonisation des cycles de passage de la CPS entre le Togo et le Burkina Faso	BBNT	Dans le cadre de la collaboration transfrontalière, il est portant que nos pays ayant des climats similaires pussent	Nombre de cycles de la campagne CPS harmonisés entre le Togo et le Burkina Faso	T2 2025	Fonds mondial Malaria consortium OMS Budget annuel

		organiser la CPS de façon synchronisée en vue d'éviter que les enfants situées dans les zones frontalières de bénéficier d'une double administration de la SPAQ pendant un cycle de CPS du fait du mouvement des populations			
Organisation au niveau des 117 communes de réunions mensuelles de validation des données des FS avec les registres et les cassettes des TDR effectués avant la saisie sur le Dhis2	Bénin	<p>La prise de décision dans la lutte contre le paludisme repose sur la disponibilité des données fiables, complètes et précises. Cependant, des erreurs ou des incohérences dans la collecte, la consolidation et la saisie des données peuvent compromettre la prise de décision et la planification des actions. Ainsi, la validation régulière des données avant leur saisie sur DHIS2 est cruciale pour garantir leur qualité.</p> <p>Actions à mener Cette activité consiste à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. organiser, au niveau des 117 communes, des réunions mensuelles regroupant les responsables des formations sanitaires, un collaborateur et les superviseurs des districts pour valider les données avant leur saisie dans le système DHIS2 2. élaboration d'un guide méthodologique 3. concevoir un outil numérique de rapport 4. effectuer un suivi-évaluation 	<p>Pourcentage de réunions mensuelles de validation des données réellement tenue</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pourcentage de données des formations sanitaires validées 1. lors des réunions de validation 	T2 2025	OMS Fonds mondial (Reprogrammation) PMI
Organisation au niveau district d'audits mensuels de tous les décès liés au paludisme	Bénin	La tendance des décès liés au paludisme connaît une évolution en dents de scie de 2019-2023 (1275, 929, 809, 905, 1281)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'audit mensuels de décès liés au paludisme réalisé 2. Proportion des décès liés au paludisme audité 	T1 2025	OMS Fonds mondial (Reprogrammation) PMI Malaria Consortium

		Avec les augmentations que nous constatons par moment nous estimons que les décès actuellement attribués au paludisme ne sont pas forcément liés qu'au paludisme au vu des efforts déployés pour la prévention et la prise en charge des cas.	3. Nombre de recommandations issues des audits de décès effectivement mise en œuvre		
		<p>Pour s'assurer, l'audit des décès permettra d'identifier les cas de décès liés véritablement au paludisme</p> <p>Actions à mener</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conception de la fiche de collecte 2. Développement d'une application en ligne 3. Élaboration de la note conceptuelle des audits des décès liés au paludisme (Profil des acteurs d'audit, motivation des acteurs) 4. Échanges avec la DSME sur la possibilité d'intégration 5. Formation des formateurs (ECD, ECR) 6. Formation des acteurs de mise en œuvre (Chefs services médecine, pédiatrie, urgences médicales, maternité) 			
Organisation du coaching annuel des prestataires des hôpitaux par les pairs en vue du respect des directives de prise en charge du paludisme	Bénin	Le respect des directives de prise en charge du paludisme reste un défi dans la lutte contre le paludisme au Togo. En dépit des multiples formations des prestataires des écarts persistent sur le terrain en lien avec le non-respect des directives. Le coaching par les pairs est un moyen de renforcement de capacité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de session de coaching réalisé 2. Proportion des prestataires respectant les directives de prise en charge après le coaching 	T3 2025	OMS Fonds mondial (Reprogrammation) PMI Malaria Consortium

		<p>des prestataires qui permettrait d'améliorer la qualité de la PEC dans les Hôpitaux et formations sanitaires</p> <p>Identification des coachs.</p> <p>Actions à mener</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Élaboration de la note conceptuelle du coaching (Outils d'analyse de la situation, procédure du coaching, grille d'évaluation du prestataire, outils de suivi post coaching) 2. Mise en œuvre du Coaching 3. Élaboration des recommandations Suivi post coaching 4. Évaluation de l'approche et publication 			
--	--	---	--	--	--

CONCLUSION

Les bonnes pratiques adoptées par les programmes nationaux de santé des quatre pays, et contenues dans les feuilles de route, vont faire l'objet d'un suivi particulier en 2025.

Cependant, l'initiative BBNT va se focaliser sur trois axes majeurs qui sont : (i) l'intensification de la recherche active des cas manquants de tuberculose dans les formations sanitaires et les prisons ; (ii) l'accélération de la triple élimination par la mise en place d'un comité national de validation qui va suivre la mise en œuvre de la feuille de route en vue d'atteindre l'objectif escompté ; et (iii) l'organisation des campagnes transfrontalières avec destruction des gîtes larvaires et récupération des enfants zéro doses et insuffisamment vaccinés.

Ce suivi devrait permettre d'obtenir de meilleurs résultats pour améliorer la santé des populations bénéficiaires de ces différentes interventions.

