



République du Bénin

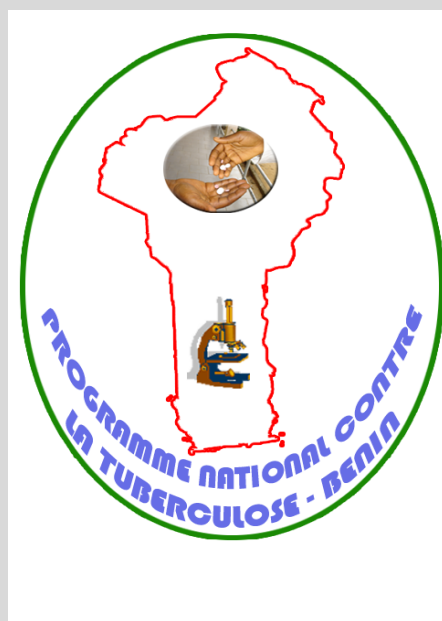
Ministère de la Santé

Direction Nationale de la Protection Sanitaire



# RAPPORT ANNUEL

## Programme National contre la Tuberculose



**Edition 2008**

01 BP 321 Tél : +229 21 33 15 33 / +229 21 33 27 72

Site Internet : [www.pnt-benin.bj](http://www.pnt-benin.bj)

Mars 2009

## EQUIPE TECHNIQUE

---

Professeur Martin GNINAFON,  
Médecin Chef du CNHPP, Coordonnateur du P.N.T

Professeur Séverin ANAGONOU,  
Chef du Laboratoire de Référence des Mycobactéries, Coordonnateur  
Adjoint du P.N.T

Professeur Gabriel ADE,  
Médecin au CNHPP

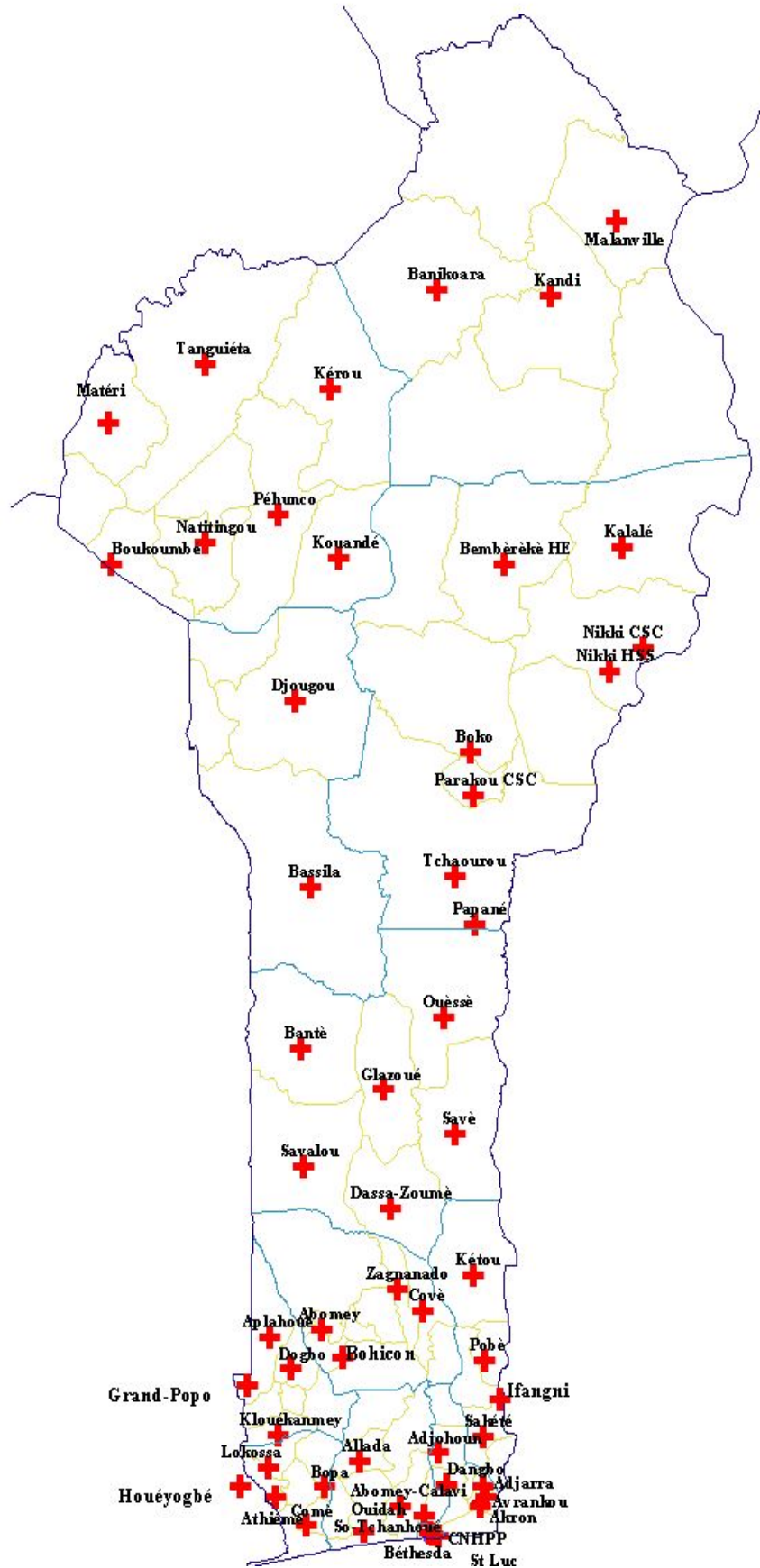
Monsieur Pascal K. MENSAH,  
Administrateur des Hôpitaux, Assistant Administratif du P.N.T

Docteur Dissou AFFOLABI,  
Adjoint au chef du Laboratoire de Référence des Mycobactéries du PNT

Monsieur Angelo MAKPENON  
Statisticien et Chargé des activités de Suivi/Evaluation et Supervisions au  
P.N.T.

Docteur Ferdinand KASSA,  
Chargé des activités de Formation et des Essais cliniques au P.N.T

Monsieur Wilfried BEKOU, Statisticien au P.N.T.



LOCALISATION DES CENTRES DE DEPISTAGE ET DE TRAITEMENT (CDT) SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

## TABLE DES MATIERES

---

EQUIPE TECHNIQUE .....	ii
LOCALISATION DES CENTRES DE DEPISTAGE ET DE TRAITEMENT (CDT) SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE .....	iii
TABLE DES MATIERES.....	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	vi
LISTE DES TABLEAUX .....	viii
LISTE DES GRAPHIQUES .....	ix
Introduction.....	1
I- Généralités .....	2
1.1- Les structures du programme national contre la tuberculose. ....	2
1.1.1- Au niveau central : Ministère de la santé.....	2
1.1.2- Au niveau intermédiaire : Direction départementale de la santé (DDS)..	2
1.1.3- Au niveau périphérique (niveau opérationnel): Zone sanitaire.....	2
1.2- Les Ressources du programme national contre la tuberculose .....	3
1.2.1- Les ressources techniques et matérielles.....	3
1.2.2- Les ressources financières.....	4
1.2.3- Les ressources humaines.....	6
II- Activités de soutien institutionnel.....	9
2.1- Formation - Recyclage.....	9
2.2- Supervision des CDT .....	10
2.3- Communications pour un changement de comportement des populations face à la maladie tuberculose .....	11
2.4-Partenariat .....	11
2.6- Recherches opérationnelles .....	12
III- Dépistage, traitement et prévention de la tuberculose .....	13
3.1- Cibles et stratégies de lutte antituberculeuse .....	13
3.2- Incidence de la tuberculose en 2008 et sa tendance au cours de la décennie passée.....	13
3.2.1- Estimation de l'incidence en 2008.....	13
3.2.2- Tendance de l'incidence depuis 1999.....	14
3.3- Données de dépistage des cas de TB toutes formes y compris les MDR et leur tendance depuis 1999.....	15

3.3.1- Données de dépistage des cas de TB toutes formes y compris les MDR.....	15
3.3.2- Tendances des cas de TB toutes formes y compris les MDR.....	18
3.4- Données sur le traitement des nouveaux cas TPM+ et des cas de retraitement et leur tendance depuis 1999.....	18
3.4.1- Résultats de traitement des nouveaux cas TPM+.....	19
3.4.2- Résultats de traitement des cas en retraitement.....	20
3.4.3- Résultats de traitement des cas MDR.....	21
3.4.4- Tendances des résultats de traitement des cas de tuberculose.....	21
3.5- Activités de prophylaxie .....	23
IV- Activités des laboratoires du réseau de microscopie au Bénin .....	23
4.1- La recherche de BAAR chez les suspects de la tuberculose en 2008 .....	24
4.2- Le contrôle de qualité du réseau microscopique.....	24
4.3- La surveillance de résistance bacillaire aux antibiotiques.....	25
V- Prise en charge du VIH chez les tuberculeux .....	26
VII- Difficultés rencontrées.....	29
VIII- Perspectives .....	29
Conclusion.....	31

## SIGLES ET ABREVIATIONS

---

BAAR	: Bacille Acido-Alcoolique Résistant
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BK	: Bacille de Koch
CDT	: Centre de Dépistage et de Traitement
CNC	: Comité National de Coordination des projets financés par le Fonds Mondial
CNEEP	: Comité National de suivi d'Exécution et d'Evaluation des Projets et programmes du secteur de la santé
CNHPP	: Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie
CODIR	: Comité de Direction
CPP Akron	: Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron
CSA	: Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	: Centre de Santé de Commune
CTDO	: Centre de Traitement Directement Observé
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DNPS	: Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DOTS	: Directly Observed Treatment Short-Course (Traitement de courte durée sous surveillance directe)
GDF	: Global Drug Facility
HCR	: Haut Commissariat des Réfugiés
IHC	: Integrated HIV Care for Coinfected TB Patients
LRM	: Laboratoire de Référence des Mycobactéries
MDR	: Multi Drug Resistance
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OBC	: Organisation à Base Communautaire
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIP	: Programme d'Investissement Public
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
PNT	: Programme National contre la Tuberculose
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

*Rapport d'activités annuel du programme national contre la tuberculose*

SPPS	:	Service de Promotion et de Protection Sanitaires
TB	:	Tuberculose
TEP	:	Tuberculose Extra-pulmonaire
TPM-	:	Tuberculose pulmonaire à Microscopie Négative
TPM+	:	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
L'Union	:	Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

---

<u>Tableau I</u> : Estimation de l'incidence de la tuberculose au Bénin en 2008 .....	14
<u>Tableau II</u> : Variation des résultats de dépistage de la tuberculose (toutes formes) de 2008 par rapport à ceux de 2007.....	16
<u>Tableau III</u> : Variation des résultats de dépistage des cas TPM+ de 2008 par rapport à ceux de 2007 par département.....	17
<u>Tableau IV</u> : Résultats de traitement en pourcentage par département des nouveaux cas TPM+ enregistrés en 2007 .....	19
<u>Tableau V</u> : Résultats de traitement en pourcentage par département des cas de retraitement enregistrés en 2007.....	20
<u>Tableau VI</u> : Répartition du nombre de suspects enregistrés par département de 2005 à 2008. ....	24
<u>Tableau VII</u> : Résultats du contrôle de qualité par relecture pour les trois premiers trimestres de 2008 .....	25
<u>Tableau VIII</u> : Résultats de l'acceptation au test de VIH chez les malades tuberculeux en 2008 .....	26
<u>Tableau IX</u> : Résultats de la séroprévalence VIH chez les malades tuberculeux en 2008.....	27
<u>Tableau X</u> : Résultats de prise en charge médicale des malades tuberculeux infectés par le VIH.....	28



LISTE DES GRAPHIQUES

---

<u>Graphique 1</u> : Evolution du taux d'incidence des cas de TPM+ et de tuberculose toutes formes de 1999 à 2008 .....	15
<u>Graphique 2</u> : Nombre de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs (TPM +) par tranche d'âge en 2008.....	16
<u>Graphique 3</u> : Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes de 1999 à 2008.....	18
<u>Graphique 4</u> : Evolution du taux de succès thérapeutique et du taux de perdus de vue de 1998 à 2007 chez les nouveaux cas à frottis positifs.....	22
<u>Graphique 5</u> : Evolution du taux de succès thérapeutique et du taux de perdus de vue de 1998 à 2007 chez les cas à frottis positifs en retraitement .....	23

## Introduction

---

Le présent rapport fait le point des activités du Programme National contre la Tuberculose (PNT) pour l'exercice 2008. La politique de lutte contre la tuberculose au Bénin, repose prioritairement sur la détection des cas frottis positifs et leur traitement, grâce à une chimiothérapie appropriée, pour stériliser les sources de transmission de la maladie. Le couple dépistage et traitement des patients frottis positifs, assure ainsi non seulement l'allègement des souffrances et la baisse de la mortalité par tuberculose, mais elle contribue également à la réduction de la transmission du Bacille de Kock (BK) au sein de la communauté.

Au regard de l'importance de la tuberculose en tant que question de santé publique dans le monde et particulièrement dans les pays en développement, le Bénin a bénéficié de 2003 à 2006, en plus du soutien de son partenaire traditionnel (L'Union), de l'appui financier du Fonds Mondial, qui lui a permis d'intensifier les actions de contrôle de la tuberculose dans le pays.

Cet appui du Fonds Mondial a été renouvelé pour la période 2007-2011 (dont la première phase prend fin en mai 2009) pour le renforcement des activités de lutte contre la tuberculose.

Le présent rapport 2008 fait le point:

- des résultats obtenus
- des difficultés rencontrées
- et des perspectives pour améliorer les résultats du programme

Les différentes rubriques abordées concernent:

- les structures du PNT
- les ressources techniques, matérielles, financières et humaines
- les activités de soutien institutionnel
- les activités de dépistage, de traitement et de prévention de la tuberculose
- les activités du réseau de microscopie
- la prise en charge de la co-infection TB/VIH
- les difficultés rencontrées
- les perspectives

## **I- Généralités**

---

### **1.1- Les structures du programme national contre la tuberculose.**

#### **1.1.1- Au niveau central : Ministère de la santé**

Le PNT est l'un des programmes prioritaires du ministère de la santé au Bénin. Il est sous la tutelle de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (D.N.P.S.).

Le bureau de coordination du PNT est situé dans l'enceinte du Centre National Hospitalier de Pneumo-Phthisiologie (C.N.H.P.P.) de Cotonou.

#### **1.1.2- Au niveau intermédiaire : Direction départementale de la santé (DDS)**

Au niveau départemental, le PNT est représenté par le Service de Protection et de Promotion Sanitaires (SPPS) de la Direction Départementale de la Santé (DDS). Le SPPS est en charge de la gestion de l'ensemble des programmes de santé au niveau régional. Ce service de la DDS s'occupe de l'approvisionnement des Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) en consommables, réactifs et en médicaments spécifiques fournis par le niveau central. Il participe également aux activités de supervision, de formation du personnel et d'appui aux partenaires locaux impliqués dans la lutte antituberculeuse.

#### **1.1.3- Au niveau périphérique (niveau opérationnel): Zone sanitaire**

C'est le niveau opérationnel où les patients sont diagnostiqués, mis sous traitement, et suivis jusqu'au terme de la prise en charge. Les CDT élaborent également les rapports périodiques sur le dépistage et les résultats de traitement.

Le PNT s'appuie actuellement sur un réseau de 55 CDT, intégrés aux centres de santé des communes (CSC). Dans le cadre du partenariat secteurs public/privé, certains centres de santé confessionnels exerçant un attrait particulier sur les populations, en raison de la qualité des offres de soins, ont été également érigés en CDT.

Des centres de traitement directement observé (CTDO) annexés aux CDT, sont créés dans certaines localités, pour administrer exclusivement les médicaments sous observation directe aux patients, en phase intensive de traitement.

Bien d'autres centres de santé privés ou publics, sont sollicités en cas de nécessité, pour collaborer à l'administration sous observation directe des médicaments en ambulatoire aux patients.

## **1.2- Les Ressources du programme national contre la tuberculose**

Les différentes ressources sont regroupées en moyens humains, matériels et financiers répartis aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.

### **1.2.1- Les ressources techniques et matérielles**

#### **1.2.1.1- Au niveau central**

- Matériel roulant
  - 4 véhicules TOYOTA 4x4 Land Cruiser (acquis sur Fonds Mondial) ;
  - 2 véhicules TOYOTA HILUX (acquis sur Fonds Mondial) ;
  - 2 véhicules TOYOTA Corolla (acquis sur Fonds Mondial) ;
  - 1 véhicule mini bus (Don de IHC (L'Union)) ;
  - 5 motos (1 acquise sur le Programme d'Investissement Public (PIP) et 4 acquises sur financement de L'Union)
  - 2 motos acquises sur Fonds Mondial.
  
- Equipements de laboratoire

Le Laboratoire de Référence des Mycobactéries (LRM) dispose :

  - pour les examens de routine de deux microscopes à fluorescence et trois microscopes ordinaires,
  - un équipement complet pour la réalisation de la culture et des tests de sensibilité aux antituberculeux, le dépistage du VIH, la numération des lymphocytes TCD4, des appareils de biochimie et d'hématologie pour le suivi biologique des patients tuberculeux co-infectés par le VIH ;
  - pour les besoins des centres intermédiaires et périphériques d'un stock suffisant de microscopes, consommables et réactifs.

- Equipements de radiologie
  - Deux appareils de radiographie (un offert par le Ministère de la Santé en 2001 et un nouvellement acquis sur le Fonds Mondial) ;
- Médicaments antituberculeux

Un stock suffisant de médicaments antituberculeux est disponible et couvre le besoin de tout le pays.

#### **1.2.1.2- Au niveau intermédiaire**

Toutes les régions (SPPS/DDS) sont dotées d'un véhicule Toyota Hilux 4x4 et d'une moto (acquis sur Fonds Mondial) pour les activités de supervision. Les SPPS disposent de stock de médicaments, de petits matériels de laboratoire et de supports de données pour le département. Un microordinateur est maintenant fourni à tous les SPPS.

#### **1.2.1.3- Au niveau périphérique**

Chaque CDT dispose au moins:

- d'un microscope ordinaire
- de petits matériels et de réactifs nécessaires pour la bacilloscopie et le dépistage de VIH chez les tuberculeux;
- des médicaments en stock suffisant pour la prise en charge de tous les malades dépistés ;
- d'une moto (Acquis sur Fonds Mondial) pour la recherche des malades irréguliers et/ou pour la collecte des crachats.

### **1.2.2- Les ressources financières**

#### **1.2.2.1- Le Budget National**

- Le budget alloué au fonctionnement du Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie (CNHPP) de Cotonou est de 41.625.000 francs CFA en 2008. Les dépenses effectuées sur ce fonds se présentent comme suit :

- Achat de carburants et lubrifiants : 2 250 000 FCFA
- Fournitures consommées : 35 907 793 FCFA
- Travaux divers, entretien et maintenance : 2 996 958 FCFA

Ce qui donne un taux de consommation de 98,9% sur le budget de fonctionnement.

- Le PIP a alloué au PNT en 2007 un montant de 130.000.000 de francs CFA. Les dépenses effectuées sur le PIP au cours de l'année 2008 s'élèvent à 87 765 341 FCFA et se présentent comme suit :
  - Acquisition, construction et grosses réparations des immeubles : 58 873 591 FCFA
  - Acquisition et grosses réparations du matériel et mobilier : 16 750 560 FCFA
  - Dépenses de personnel : 4 443 000 FCFA
  - Achats de biens et services : 7 698 190 FCFA

Ce qui porte le taux de consommation sur le programme d'investissement public à 67,5%.

- Le paiement des salaires des agents permanents de l'Etat, des agents contractuels de l'Etat et des agents recrutés sur fonds propres a représenté une somme de 67 000 000 FCFA au niveau central.
- De même, le budget national a appuyé le Centre de Pneumo-Phtisiologie (C.P.P) d'Akron de Porto-Novo pour le fonctionnement et l'alimentation des malades en 2008 pour un montant de 66 500.000 FCFA dont 40 354 490 FCFA ont été dépensés (60,7% de taux de consommation) ;
- Tous les CDT bénéficient du soutien du budget national pour le fonctionnement et l'alimentation des malades tuberculeux.

#### **1.2.2.2- Les aides extérieures**

- *L'Union* apporte un appui financier et technique au PNT dans le cadre de son Programme d'Assistance Mutuelle, grâce au financement de la Ligue Pulmonaire Suisse.

Le montant de l'aide allouée au PNT au titre de l'année 2008, s'élève à trente sept million deux cent quatre vingt mille deux cent onze francs CFA (37 280 211 FCFA) et consiste en :

- la fourniture des médicaments antituberculeux (H100), des réactifs et du matériel de laboratoire,
- l'appui à la supervision, à la formation et au fonctionnement.

La coopération française apporte également un soutien pour un montant variable pour:

- la prise en charge d'un consultant pour l'évaluation externe annuelle indépendante du PNT
  - l'appui à la recherche opérationnelle
  - l'appui à l'organisation du cours international sur le contrôle de la tuberculose dans les pays en développement
  - la participation de nationaux aux congrès de l'Union
- Le *Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme* a accordé depuis l'année 2007 un appui financier de 3.782.665 € pour le renforcement de la lutte contre la tuberculose, soit environ 2,5 milliards de FCFA, au PNT pour deux (2) ans. Le financement des activités de renforcement de la lutte contre la tuberculose pour la phase I du Round-6-TB du Fonds Mondial a démarré au 1<sup>er</sup> juin 2007 et prendra fin en mai 2009.

### **1.2.3- Les ressources humaines**

#### **1.2.3.1- L'équipe du niveau central**

L'équipe médicale du niveau central est composée en 2008 de:

- 1 médecin spécialiste en pneumo-physiologie, coordonnateur du PNT et médecin chef du CNHPP,
- 1 médecin biologiste, chef du (LRM) et coordonnateur-adjoint du PNT,
- 1 médecin spécialiste de médecine interne
- 1 médecin biologiste,

- 1 médecin épidémiologiste

Selon les besoins, cette équipe est aidée de temps en temps par les médecins du CPP d'Akron de Porto-Novu.

Le reste de l'effectif actuel du personnel, toutes catégories confondues, se répartit comme suit :

➤ Agents permanents de l'Etat

- 1 administrateur (AHUI), chef du service des affaires administratives et économiques (C/SAAE),
- 1 contrôleur des services financiers, chef du service des affaires financières (C/SAF),
- 1 médecin généraliste
- 2 techniciens de radiologie,
- 7 techniciens de laboratoire dont 6 de niveau A et 1 de niveau B
- 7 infirmiers diplômés d'état
- 1 assistant financier
- 2 secrétaires des services administratifs,
- 2 aides soignants,
- 1 conducteur de véhicules administratifs
- 1 secrétaire adjoint des services administratifs,
- 1 sociologue

➤ Agents contractuels de l'Etat

- 1 médecin spécialiste en pneumologie
- 1 infirmier
- 1 agent d'hygiène
- 1 assistant financier
- 1 agent de liaison,
- 1 cuisinier spécialisé



- Agents contractuels recrutés sur le Fonds mondial
  - 5 médecins généralistes
  - 5 techniciens de laboratoire dont 3 de niveau A et 2 de niveau B
  - 2 techniciens de radiologie niveau A
  - 6 infirmiers diplômés d'état
  - 3 assistants sociaux
  - 1 comptable
  - 2 assistants administratifs
  - 2 statisticiens
  
- Agents contractuels recrutés sur les fonds propres du CNHPP
  - 1 aide de radiologie,
  - 1 standardiste
  - 2 aides cuisinières,
  - 5 agents d'entretien et de services,
  - 5 conducteurs de véhicules administratifs,
  - 3 gardiens
  - 1 opératrice de saisie

#### **1.2.3.2- L'équipe du niveau intermédiaire**

Le représentant du PNT au niveau intermédiaire est le médecin chef du SPPS. Le SPPS des départements du Borgou-Alibori est renforcé par un médecin recruté sur Fonds Mondial.

### **1.2.3.3- L'équipe du niveau périphérique (Hôpital de Zone ou Centre de Santé de Commune)**

Au niveau périphérique, se trouvent le médecin coordonnateur de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire, le médecin chef du CSC responsable du CDT aidés d'un infirmier et d'un technicien de laboratoire.

Le CDT de Parakou, le CPP de Porto-Novo, le centre de santé Béthesda et l'hôpital confessionnel St Luc de Cotonou ont été renforcés en ressources humaines grâce à l'appui du Fonds Mondial :

- 1 technicien de laboratoire à Parakou,
- 1 médecin, 2 infirmiers, 1 technicien de laboratoire et 1 assistant social à Porto-Novo,
- 1 infirmière à l'Hôpital S<sup>t</sup> Luc à Cotonou,
- 1 infirmier au centre de santé de Béthesda de Cotonou.

## **II- Activités de soutien institutionnel**

---

Elles ont contribué énormément au renforcement des capacités du personnel au niveau de toutes les structures décentralisées du programme. Ces activités ont concerné essentiellement :

### **2.1- Formation - Recyclage**

- **Au niveau national**

Le 16<sup>e</sup> Cours international sur le contrôle de la tuberculose a été organisé à Cotonou du 1<sup>er</sup> au 19 Septembre 2008. Ce cours a réuni 25 médecins dont 4 béninois : (01) du CDT de Pobè, (02) du CNHPP, (01) du CDT de Natitingou. Les autres participants sont essentiellement venus de l'Afrique de l'ouest (Sénégal, Côte d'Ivoire, Togo, Mali), de l'Afrique centrale (Cameroun, Guinée Conakry, Burundi, République Démocratique du Congo, République Centrafricaine), de la Mauritanie et des Comores.

Le 2<sup>ème</sup> cours international de mycobactériologie appliquée aux besoins du PNT s'est déroulé du 09 au 20 juin 2008 à Cotonou et a rassemblé 14 participants dont 2 béninois. Les autres participants sont venus de la Côte d'Ivoire, du Togo, la République démocratique du Congo, du Congo-Brazzaville, du Burkina Faso et de la République Centrafricaine.

- **Aux niveaux intermédiaire et périphérique**

Une série de formations ont été organisées à l'intention des agents de santé notamment les médecins des CSC, les infirmiers et techniciens de laboratoire impliqués dans la prise en charge des patients tuberculeux.

La formation des membres d'Organisations Non Gouvernementales (ONG), des responsables des médias et des relais communautaires, des guérisseurs traditionnels, des agents de santé non-CDT sur la tuberculose a été intensifiée au cours de l'année 2008 grâce au financement du Fonds mondial.

Le principe de formation ou de recyclage personnalisé au CNHPP ou dans un CDT de référence régionale, d'agents nouvellement affectés dans un CDT ou d'agents particulièrement défaillants identifiés lors des supervisions, s'est poursuivie.

Ainsi, de Janvier à Décembre 2008 :

37 médecins,

219 infirmiers,

66 techniciens de laboratoire ont été formés ou recyclés.

Au cours de la même période, la formation sur la tuberculose a été étendue aux agents du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). Ainsi, de Juillet à Décembre 2008, 25 médecins, 54 infirmiers, 34 techniciens de laboratoire du PNLS ont été formés sur la tuberculose. Des médiateurs, des psychologues et des techniciens d'action sociale au nombre de 14 ont été également formés.

## **2.2- Supervision des CDT**

Cette activité constitue la clé de voûte du renforcement des capacités du personnel impliqué dans le PNT, tant par leur régularité que par le souci de vérifier de façon périodique, le respect des directives du programme.

Les supervisions formatives exécutées trimestriellement ont permis de relever et de corriger à temps des dysfonctionnements intervenus çà et là au niveau du système. La réunion une fois par an de tous les acteurs des départements (DDS, SPPS, médecins coordonnateurs de zone, médecins-chefs des CDT et leurs infirmiers et techniciens de laboratoire) constitue un véritable forum d'échanges sur les résultats obtenus l'année précédente et sur le fonctionnement présent du programme non seulement au plan dudit département, mais de façon comparative par rapport à chaque CDT, par rapport aux autres départements et à l'ensemble du pays. Cet exercice s'est révélé comme un véritable stimulant pour l'amélioration des performances dans chaque CDT. Les réunions départementales de 2008, ont eu lieu lors de la supervision conjointe nationale et départementale du 3<sup>ème</sup> trimestre.

### ***2.3- Communications pour un changement de comportement des populations face à la maladie tuberculose***

Grâce à l'appui du Fonds Mondial, les activités de sensibilisation des populations sur la tuberculose, se sont poursuivies au cours de l'année 2008 dans le cadre du partenariat avec les radios communautaires, les ONG et les Organisations à Base communautaires (OBC). Le nombre des relais communautaires formés s'est accru en 2008 et ces acteurs jouent actuellement un grand rôle dans l'identification et l'orientation vers les CDT suspects de tuberculose.

Au total, de janvier à décembre 2008, 411 sessions de sensibilisations ont été réalisées. De plus, 30 radios communautaires répartis dans les différents départements du Bénin en contrat avec le PNT ont diffusé 1130 spots, 99 jeux radiophoniques et 1035 émissions/débats, soit un total de 2264 émissions/spots. Au cours de la même période, 140 spots/TV sur la tuberculose ont été diffusés sur la télévision nationale et 120 spots/TV sur une télévision privée, soit au total 260 spots/TV diffusés au cours de l'année 2008.

### ***2.4-Partenariat***

Avec l'avènement de l'appui du Fonds Mondial, le PNT a pu établir un partenariat avec des ONG, des communautés religieuses, des radios communautaires, des relais communautaires, qui se sont investis dans les activités de sensibilisation des populations du dernier trimestre 2003 à l'avant dernier trimestre de 2006.

Par ailleurs, l'équipe du PNT a contribué très activement à l'élaboration de la requête du Conseil National de Coordination des projets financés par le Fonds Mondial du Bénin (CNC), au 6<sup>ème</sup> tour du Fonds mondial, qui a été acceptée pour la composante Tuberculose. Cet heureux évènement a renforcé notre espoir de poursuivre la collaboration fructueuse avec le personnel recruté sur le Fonds et la collaboration avec les partenaires communautaires.

L'Union, partenaire traditionnel du PNT du Bénin a poursuivi son appui à notre pays à travers différents éléments :

- Evaluation externe du PNT en 2008,
- Cours international sur le contrôle de la tuberculose à Cotonou en Septembre 2008,
- Cours international de mycobactériologie à Cotonou en Juin 2008,
- Appui en ressources humaines (1 médecin, 1 assistant financier, 1 chauffeur et 1 agent d'entretien),
- Visites d'évaluation dans le cadre de la mise en œuvre du projet IHC (Integrated HIV Care) de prise en charge de la co-infection TB/VIH,
- Appui à la recherche opérationnelle.

## **2.6- Recherches opérationnelles**

Le PNT poursuit sa participation à l'essai clinique « Oflotub » étudiant un régime de traitement de 4 mois de la tuberculose (2GRHZ/2GRH contre le régime témoin 2ERHZ/4RH). Faute du respect des engagements du bailleur, cet essai clinique a connu une suspension temporaire à cause des difficultés dans la poursuite de la prise en charge correcte des patients. Actuellement, l'essai a repris dans l'intérêt des malades. Le recrutement est terminé et le suivi des malades après traitement est en cours.

Sur financement du Fonds Mondial quatre (04) études ont été initiées :

- Caractéristiques socio-démographiques des suspects de la tuberculose au CNHPP de Cotonou et de CPP Akron de Porto-Novo dont les résultats sont déjà disponibles,

- Analyse de l'épidémiologie de la tuberculose dans la ville de Cotonou par la cartographie des tuberculeux en utilisant le Système d'Information Géographique : étude en cours
- Enquête nationale sur la résistance chez les nouveaux malades et ceux en retraitement : étude en cours
- Evaluation de la qualité des soins au CNHPP de Cotonou : étude en cours

### **III- Dépistage, traitement et prévention de la tuberculose**

---

#### **3.1- Cibles et stratégies de lutte antituberculeuse**

Les cibles de la lutte mondiale ont été fixées dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La cible 6.C de l'OMD 6 consiste à maîtriser la tuberculose et commencer à inverser la tendance d'ici 2015. Le "Partenariat Halte à la Tuberculose" a fixé deux cibles supplémentaires concernant l'impact, qui consistent à réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité d'ici 2015 comparativement au niveau de 1990. Les cibles initialement fixées par l'Assemblée mondiale de la santé consistent à détecter au moins 70% des nouveaux cas à frottis positifs dans le cadre des programmes DOTS et à traiter avec succès 85% des cas détectés. Ces cinq cibles ont été adoptées par le "Partenariat Halte à la Tuberculose" et reconnues en 2007 dans une résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé (WHA60.19).

La stratégie Halte à la tuberculose comprend six éléments : i) poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS de qualité et son amélioration ; ii) lutter contre la co-infection tuberculose-VIH, contre la tuberculose MR et s'attaquer et d'autres défis ; iii) contribuer au renforcement des systèmes de santé ; iv) impliquer tous les soignants ; v) donner aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés la capacité d'agir et vi) favoriser et promouvoir la recherche.

#### **3.2- Incidence de la tuberculose en 2008 et sa tendance au cours de la décennie passée.**

##### **3.2.1- Estimation de l'incidence en 2008**

Sur la base des données de surveillance de la tuberculose à partir des 55 centres de dépistage et de traitement de la tuberculose, 3741 nouveaux cas de tuberculose toutes formes ont été notifiés en 2008 dont 2966 cas de TPM+ comme mentionné au tableau I.

L'incidence des cas de tuberculose toutes formes est alors de 44 cas pour 100 000 habitants tandis que le taux d'incidence chez les TPM+ est estimé à 35 cas pour 100 000 habitants.

Tableau I : Estimation de l'incidence de la tuberculose au Bénin en 2008

	Incidence				
	Population	Toutes formes		TPM+ nouveaux cas	
		Nombre	Pour 100 000 habitants	Nombre	Pour 100 000 habitants
Atacora-Donga	1 109 486	202	18	161	15
Atlantique-Littoral	1 826 023	1438	79	1145	63
Borgou-Alibori	1 601 056	374	23	231	14
Mono-Couffo	1 095 278	582	53	485	44
Ouémé-Plateau	1 389 531	731	53	629	45
Zou-Collines	1 393 428	414	30	315	23
<b>Bénin</b>	<b>8 414 801</b>	<b>3741</b>	<b>44</b>	<b>2966</b>	<b>35</b>

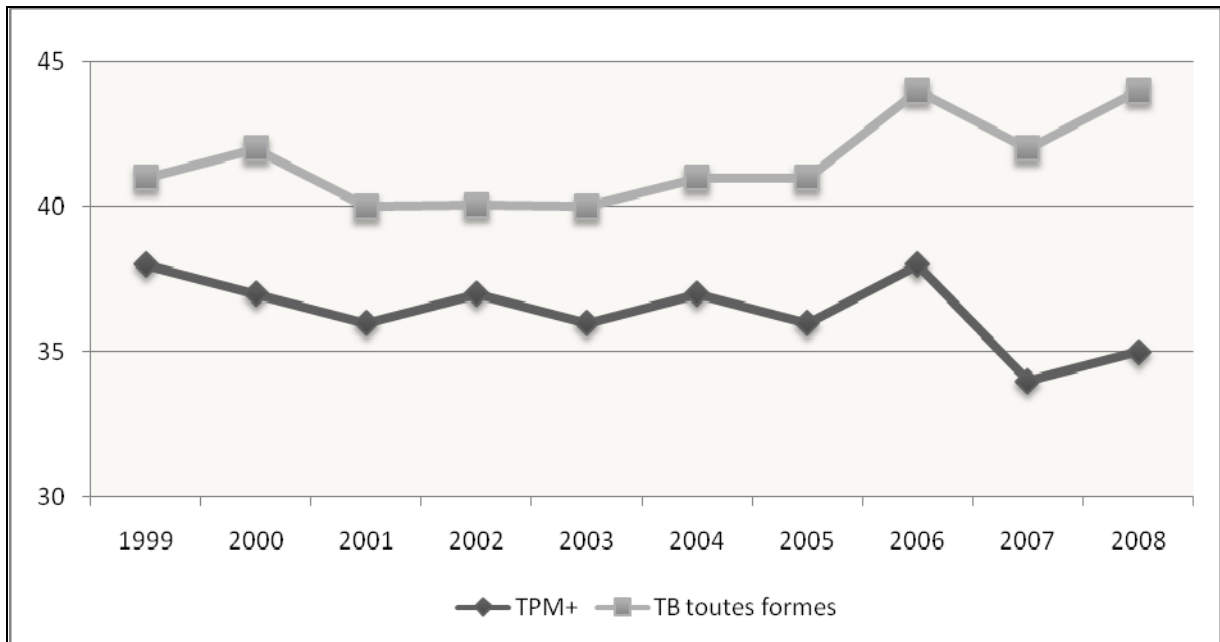
Les taux d'incidence pour les cas de TB toutes formes ventilés par département et présentés au tableau I ci-dessus montrent quelques disparités : les incidences les plus élevées sont obtenues dans les départements du sud.

Pour les cas TPM+, les tendances par département sont quasi similaires.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport "Global Tuberculosis Control 2008, Surveillance, Planning, Financing, le Risque Annuel d'Infection (RAI) pour le Bénin est estimé à 0,8% et le nombre de TPM+ nouveaux cas attendus au Bénin en 2008 est de 3366. Comme 2966 nouveaux cas TPM+ ont été dépistés en 2008, le taux de détection des TPM+ nouveaux cas est de 88% alors que les objectifs fixés par le "Partenariat Halte à la Tuberculose" sont de 70%.

### **3.2.2- Tendance de l'incidence depuis 1999**

L'évolution des taux d'incidence des cas TPM+ et de tuberculose toutes formes pour les 10 ans dernières années (1999-2008) est présentée au graphique 1 suivant :



**Graphique 1 :** Evolution du taux d'incidence des cas de TPM+ et de tuberculose toutes formes de 1999 à 2008

Sur la décennie considérée, on note de faibles variations des taux pour les tuberculeux toutes formes. Les taux d'incidence se situent entre 41 et 44 pour 100 000 habitants. Après une stagnation entre 2001 et 2004, on observe une tendance à la hausse depuis 2005.

En revanche, l'incidence des nouveaux cas TPM+ a évolué en dents de scie sur la décennie écoulée variant entre 34 et 38 cas pour 100 000 habitants. Ce taux est de 35 cas pour 100 000 habitants en 2008 pour l'ensemble du pays.

### **3.3- Données de dépistage des cas de TB toutes formes y compris les MDR et leur tendance depuis 1999**

#### **3.3.1- Données de dépistage des cas de TB toutes formes y compris les MDR**

Au cours de l'année 2008, 3 977 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été dépistés, représentant une hausse de 8,3% par rapport à l'année 2007. La répartition par forme de tuberculose en 2007 et en 2008 se présente comme suit :

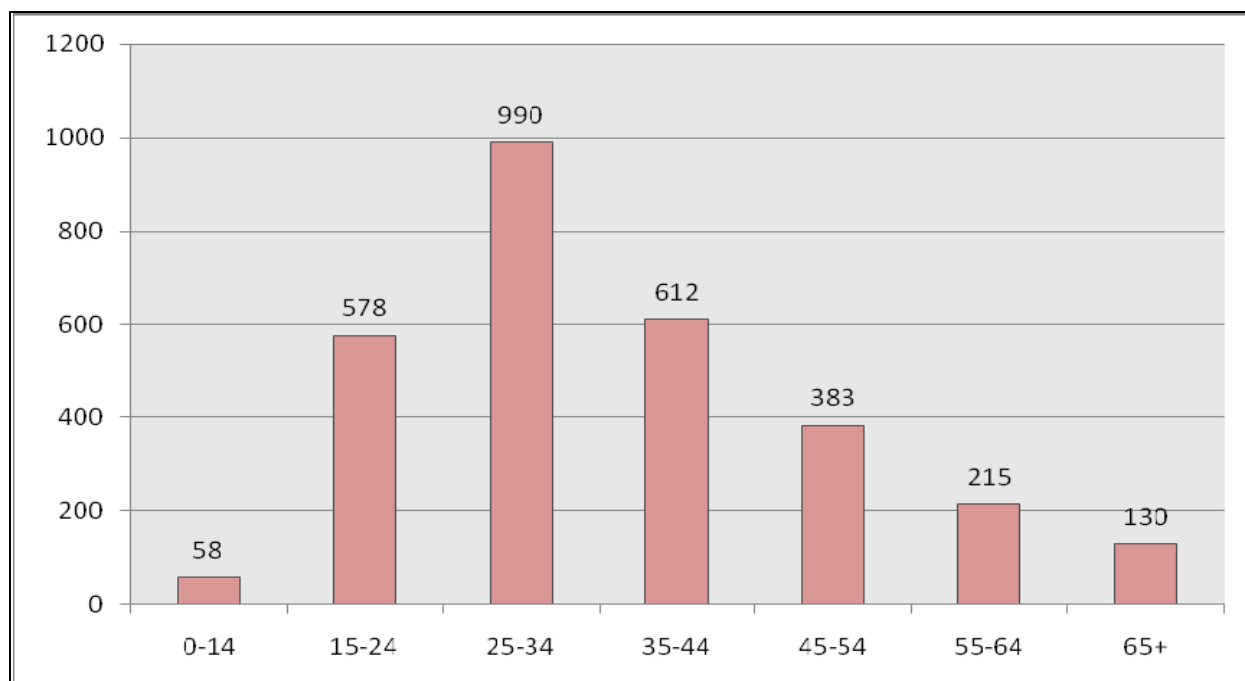


**Tableau II** : Variation des résultats de dépistage de la tuberculose (toutes formes) de 2008 par rapport à ceux de 2007.

	2007	2008	Variation (%)
Nouveaux cas TPM+	2770	2966	7,1
Nouveaux cas TPM-	294	375	27,6
Rechutes	170	131	-22,9
Echecs	62	58	-6,5
Reprises de traitement	46	47	2,2
Tuberculose extra-pulmonaire	331	400	20,8
<b>TOTAL</b>	<b>3673</b>	<b>3977</b>	<b>8,3</b>

Par rapport 2007, une hausse a été observée au niveau des nouveaux cas alors que les cas en retraitement sont stationnaires ou en diminution.

Une analyse des nouveaux cas TPM+ selon l'âge comme illustré au graphique 2, montre que la tranche d'âge des 25 à 34 ans enregistre le plus grand nombre de cas, 990 cas, soit 33,4% des nouveaux cas. Elle est suivie de la tranche des 35 à 44 ans avec un pourcentage de 20,6% des cas de TPM+; la plus faible proportion (2,0%) s'observe chez les moins de 15 ans.



**Graphique 2** : Nombre de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs (TPM +) par tranche d'âge en 2008

En outre, il a été dépisté en 2008, 1943 nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs chez les personnes de sexe masculin contre 1023 chez les personnes de sexe féminin. Le sex-ratio est alors de 1,89.

Le tableau ci-dessous présente les variations des cas de TPM+ par département de 2007 à 2008.

Tableau III : Variation des résultats de dépistage des cas TPM+ de 2008 par rapport à ceux de 2007 par département

Départements	2007	2008	Variation (%)
Atacora-Donga	147	161	9,5
Atlantique-Littoral	1041	1145	10,0
Borgou-Alibori	262	231	-11,8
Mono-Couffo	457	485	6,1
Ouémé-Plateau	558	629	12,7
Zou-Collines	305	315	3,3
Bénin	2770	2966	7,1

Le nombre de nouveaux cas TPM+ a connu une hausse dans tous les départements à l'exception du Borgou/Alibori qui a connu une baisse de 11,8%. Alors que la hausse observée est supérieure à la moyenne nationale dans l'Atacora-Donga, l'Atlantique-Littoral et l'Ouémé-Plateau, elle est inférieure à cette moyenne dans les départements du Mono-Couffo et du Zou-Collines.

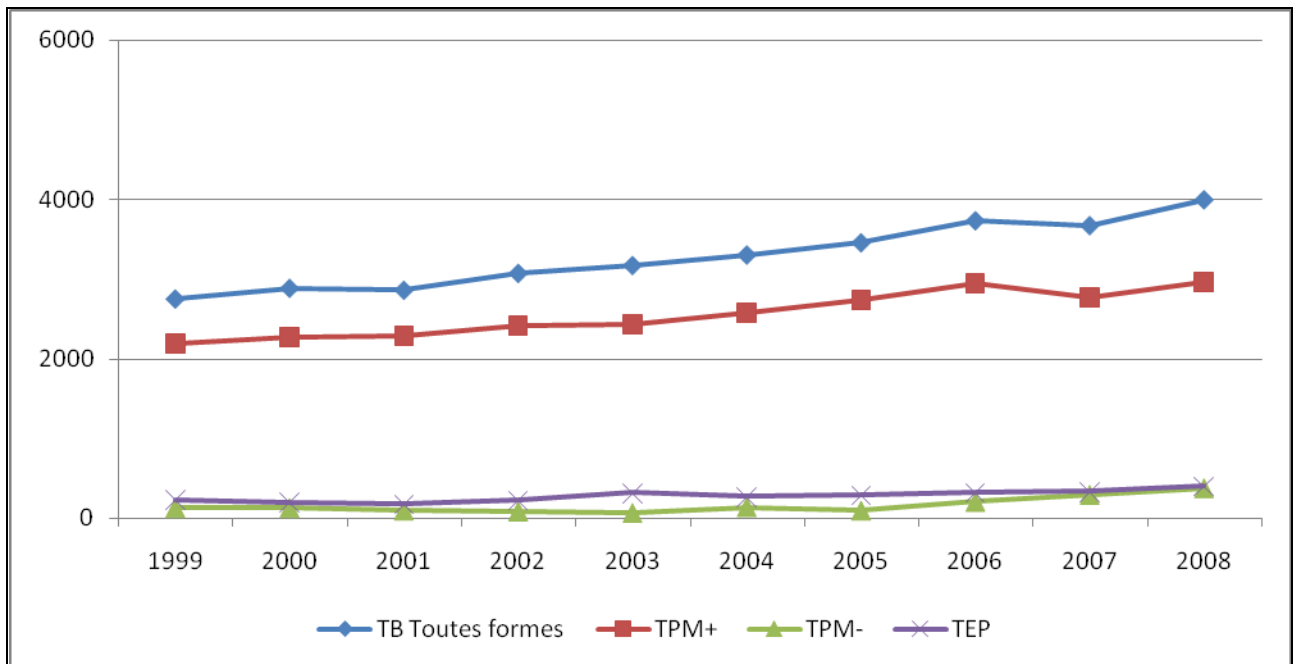
Depuis 2006, pour la détection des patients hébergeant des souches de tuberculose multirésistante (MDR), le PNT a mis en place un système basé sur le recueil systématique des échantillons de crachats provenant des patients admis pour un échec au retraitement (cas extrêmement rares) dans tous les CDT et ceux admis pour un retraitement dans les 2 plus grands CDT du Bénin (CNHPP de Cotonou et CPP Akron de Porto-Novo).

Sur les échantillons, il est réalisé au LRM, la culture des mycobactéries et en cas de positivité de cet examen, le test de sensibilité aux antituberculeux.

En 2007, 6 cas de MDR ont été dépistés. En 2008, le PNT a enregistré 4 cas de tuberculose MDR, soit 2 cas de moins qu'en 2007.

### **3.3.2- Tendances des cas de TB toutes formes y compris les MDR**

Le graphique 3 présente l'évolution du nombre de cas de tuberculose par formes de 1999 à 2008. On observe une hausse quasi linéaire des cas de tuberculose toutes formes confondues. L'évolution des cas TPM+ présentent la même allure que celle des cas de tuberculose toutes formes.



Graphique 3 : Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes de 1999 à 2008

Par ailleurs, les cas de TPM- et de TEP connaissent une hausse continue depuis 2005.

### **3.4- Données sur le traitement des nouveaux cas TPM+ et des cas de retraitement et leur tendance depuis 1999**

Le régime de traitement de tous les nouveaux cas de tuberculose est de 6 mois (2ERHZ/4RH). Depuis août 2007, des formes pédiatriques R<sub>60</sub>H<sub>30</sub>Z<sub>150</sub> et R<sub>60</sub>H<sub>30</sub> sous forme dispersible sont introduits pour faciliter le traitement des enfants.

La prise en charge standardisée des malades MDR est effective au niveau du Programme depuis 2007.

### 3.4.1- Résultats de traitement des nouveaux cas TPM+

Les résultats de traitement des nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs enregistrés en 2007 (Cohorte 2007) se présentent comme suit :

Tableau IV : Résultats de traitement en pourcentage par département des nouveaux cas TPM+ enregistrés en 2007

	Guéris	Traitement terminé	Echec	Décès	Perdus de vue	Transférés	Nombre de malades évalués
Départements							
Atacora-Donga	78	3	3	12	1	1	147
Atlantique-Littoral	74	12	2	4	6	2	1045
Borgou-Alibori	73	6	6	13	1	0	262
Mono-Couffo	86	4	3	5	0	1	455
Ouémé-Plateau	86	6	2	4	2	1	557
Zou-Collines	80	9	2	7	1	2	304
Bénin	79	8	3	6	3	1	2770

Sur 2770 nouveaux cas notifiés et mis sous traitement en 2007, le PNT a obtenu 79,0% de taux de guérison et 8,0% de taux de traitement terminé, ce qui donne un taux de succès thérapeutique de 87,0% pour l'ensemble du pays. Ce taux a gagné 1 point par rapport à la cohorte de 2006 et a rejoint le niveau de 2005. Il faut souligner que l'objectif fixé par le "Partenariat Halte à la Tuberculose" est de 85%.

Par ailleurs, le taux de perdus de vue a rejoint le niveau de 2005 qui est de 3,0% en perdant 2 points par rapport à la cohorte de 2006.

Ces différents taux varient d'un département à un autre : les taux de succès thérapeutique les plus élevés sont obtenus dans les départements de l'Ouémé-Plateau (92,0%), du Mono-Couffo (90,0%) et du Zou-Collines (89,0%).

Le taux de perdus de vue le plus élevé a été observé dans l'Atlantique-Littoral tandis que les taux de décès les plus élevés ont été obtenus dans les deux départements du septentrion.

### **3.4.2- Résultats de traitement des cas en retraitement**

Au niveau des cas en retraitement, le taux de succès thérapeutique est de 86,0%, soit une hausse de 7 points par rapport à la cohorte de 2006. Le taux d'échec est de 4,0% et le taux de perdus de 3,0% au niveau national comme illustré au tableau V.

Tableau V : Résultats de traitement en pourcentage par département des cas de retraitement enregistrés en 2007

	Guéris	Traitement terminé	Echec	Décès	Perdus de vue	Transférés	Nombre de malades évalués
Départements							
Atacora-Donga	91	9	0	0	0	0	11
Atlantique-Littoral	62	21	4	4	6	3	125
Borgou-Alibori	71	16	3	10	0	0	31
Mono-Couffo	82	6	0	12	0	0	33
Ouémé-Plateau	75	13	6	6	0	0	53
Zou-Collines	68	12	4	8	4	4	25
Bénin	70	16	4	6	3	2	278

Chez les cas de retraitement mis au traitement en 2007, les taux de succès thérapeutique les plus élevés ont été observés dans les départements de l'Atacora-Donga, et Zou-Collines avec respectivement 100% et 90%. Le taux d'échec est inférieur ou égal à 6,0% dans tous les départements tandis que le taux de perdus de vue est nul dans tous les départements sauf dans l'Atlantique-Littoral et Ouémé-Plateau où il est respectivement de 6,0% et 4,0%.

On note également que les taux de décès les plus élevés ont été observés dans les départements de Mono-Couffo, Borgou-Alibori et Zou-Collines alors qu'aucun cas de décès n'a été observé dans l'Atacora-Donga.

Il faut souligner ici l'effort important des départements du septentrion (Borgou/Alibori et Atacora/Donga) qui ont énormément contribué à l'amélioration des performances globales du PNT, grâce à la qualité actuelle de leurs prestations.

### **3.4.3- Résultats de traitement des cas MDR**

Entre 2000 et 2001 un cas isolé de MDR a été traité pendant 18 mois avec l'aide de L'Union suivant le protocole 4 KOPEZ/14 PEZ.

Depuis mars 2007, le traitement des MDR est assuré avec l'introduction des médicaments de deuxième ligne. A fin décembre 2007, six (6) malades ont été mis sous traitement de deuxième ligne suivant le protocole 4KGPEZ/8GPEZ (régime de 12 mois.).

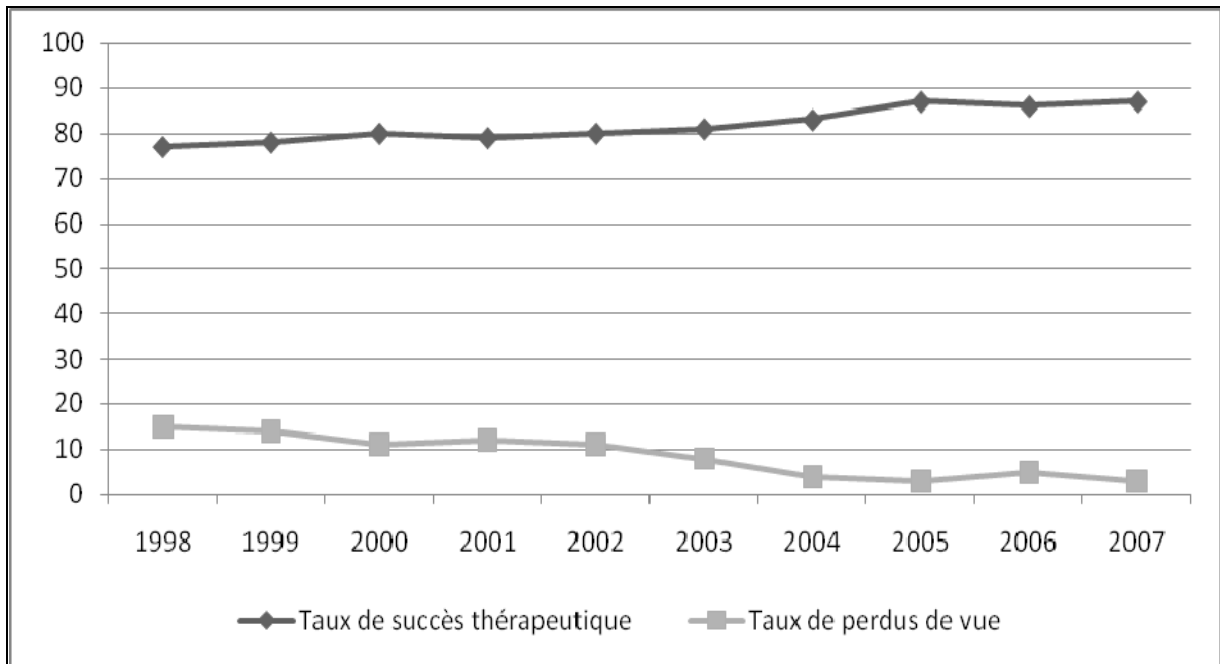
Des outils de gestion en vue d'harmoniser la prise en charge des MDR en Afrique francophone sont en voie d'élaboration et de finalisation.

Cinq malades sur les six étaient en phase de continuation à la fin du mois de décembre 2007. Actuellement, les 6 malades MDR sont tous guéris et ils sont en phase de suivi après traitement. Certains sont au 14<sup>ème</sup> mois de suivi et d'autres au 18<sup>ème</sup> mois.

Actuellement, un nouveau protocole de 12 mois est adopté par le PNT pour les MDR, suite à l'atelier organisé à cet effet par L'Union à Ouagadougou en 2008. Il s'agit du protocole 4GKPCHEZ/8GPCEZ, une variante du protocole expérimenté au Bangladesh dont la durée est prorogée de 3 mois et dont on a rajouté du prothionamide en phase de continuation par mesure de précaution. Ce protocole est administré aux patients à l'étape actuelle dans les conditions quasi expérimentales d'un essai clinique !

### **3.4.4- Tendances des résultats de traitement des cas de tuberculose**

L'évolution des taux de succès thérapeutique et de perdus de vue chez les tuberculeux à microscopie positive mis sous traitement sur la période 1998 à 2007 est présenté au graphique suivant :



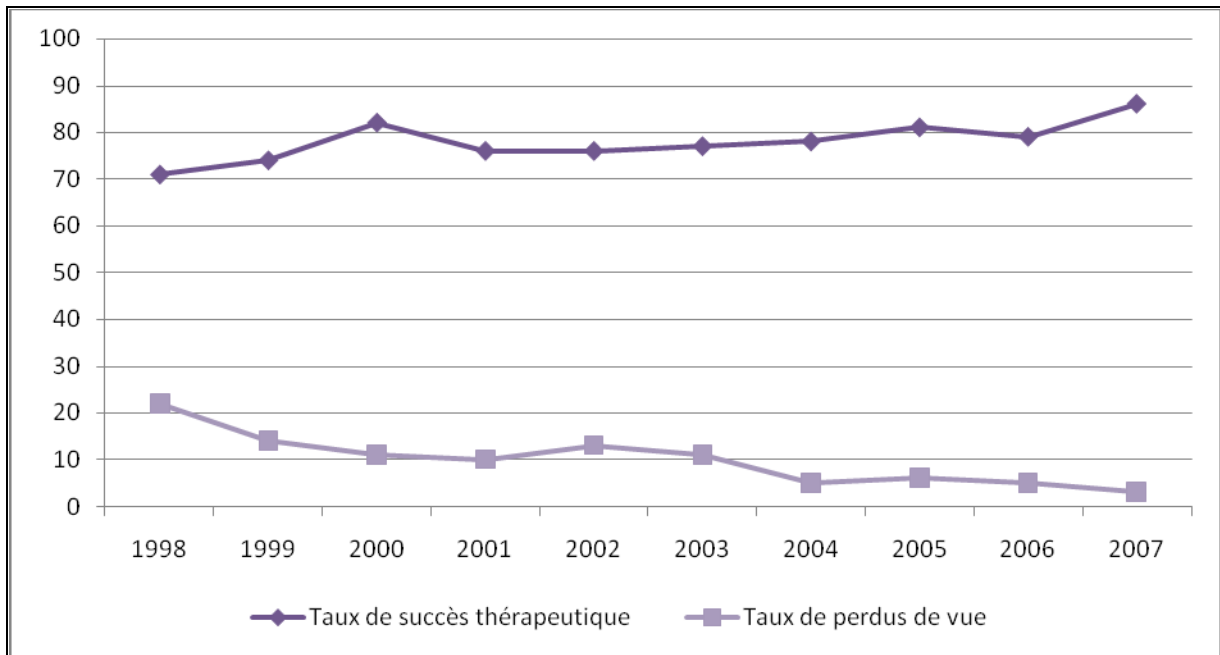
**Graphique 4 :** Evolution du taux de succès thérapeutique et du taux de perdus de vue de 1998 à 2007 chez les nouveaux cas à frottis positifs.

On remarque à partir de ce graphique que le taux de succès thérapeutique a varié de 77,0% en 1998 à 87,0% en 2007, soit une hausse de 10 points en 10 ans.

On note également que le taux de succès thérapeutique a fait un bond spectaculaire de 2004 à 2005 et se maintient.

Le taux de perdus de vue ne cesse de s'améliorer ; il est passé de 15,0% en 1998 à 3,0% en 2007. On note qu'à partir de 2003, le taux de perdus de vue est venu sous la barre des 10,0%.

Par ailleurs, le graphique 5 montre la tendance des taux de succès thérapeutique et de perdus de vue de 1998 à 2007 chez les cas de tuberculose en retraitement.



**Graphique 5 :** Evolution du taux de succès thérapeutique et du taux de perdus de vue de 1998 à 2007 chez les cas à frottis positifs en retraitement

De 71,0% en 1998, le taux de succès thérapeutique chez les cas en retraitement est passé à 86,0% en 2007, soit un gain de 15 points en 10 ans.

De même, le taux de perdus de vue a chuté de 23,0% en 1998 à 3,0% en 2007.

### **3.5- Activités de prophylaxie**

La prévention de la tuberculose relative à la vaccination au BCG est prise en compte par le Programme Elargi de Vaccination (PEV). En 2007, la proportion d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu le BCG est de 98% selon l'annuaire statistique du ministère de la santé de 2007.

## **IV- Activités des laboratoires du réseau de microscopie au Bénin**

---

Le réseau de laboratoires des CDT s'occupe du dépistage et du suivi des patients tuberculeux par la recherche des bacilles tuberculeux dans les échantillons. En plus de l'examen microscopique, la culture, les tests de sensibilité et des examens spécifiques dans le cadre de la recherche sont effectués au LRM.



#### **4.1- La recherche de BAAR chez les suspects de la tuberculose en 2008**

Au cours de l'année 2008, 19 452 suspects de tuberculose ont bénéficié de la recherche des bacilles acido-alcoololo-résistants (BAAR) dans le réseau de microscopie du PNT.

Tableau VI : Répartition du nombre de suspects enregistrés par département de 2005 à 2008.

	Nombre de suspects			
Année	2005	2006	2007	2008
Atacora-Donga	1179	1400	1206	1618
Atlantique-Littoral	5562	6550	6644	7987
Borgou-Alibori	1855	2041	2258	2429
Mono-Couffo	1670	1995	2240	2162
Ouémé-Plateau	2474	2403	2852	3157
Zou-Collines	1548	1721	1751	2099
Bénin	14288	16110	16951	19452

Depuis 2005, on observe une augmentation régulière du nombre de suspects de tuberculose enregistrés dans le réseau de microscopie qui passent de 14 288 suspects en 2005 à 19 452 suspects en 2008, soit une augmentation de 36,1% en 4 ans.

#### **4.2- Le contrôle de qualité du réseau microscopique**

Les contrôles de qualité permettent d'assurer la performance du réseau de microscopie. Deux méthodes sont utilisées au Bénin ; à savoir le contrôle par relecture et le contrôle par panel. Les résultats de relecture se présentent dans le tableau suivant :

**Tableau VII : Résultats du contrôle de qualité par relecture pour les trois premiers trimestres de 2008**

Départements	Résultats CQ trois 1 <sup>ers</sup> trimestres (%)				Erreur de Quantification (EQ)
	Haut Faux Positif (HFP)	Faible Faux Positif (FFP)	Haut Faux Négatif (HFN)	Faible Faux Négatif (FFN)	
Atacora/ Donga	1,4	2,9	0	0,3	4,3
Atlantique/ Littoral	0	3,6	4,8	2,4	3,6
Borgou/Alibori	1,3	2,7	0	1,9	2,7
Mono/Couffo	0	1,7	1,4	3,2	5
Ouémé/Plateau	1,7	0	1,1	3,3	3,4
Zou/Collines	0	4,2	0,9	2,2	2,1

Ces résultats montrent globalement une bonne performance du réseau de microscopie. De plus, le contrôle de qualité mis en place a permis d'identifier certains problèmes liés à la qualité de certaines lames et à l'état du microscope à fluorescence du LRM. Ces problèmes sont à présent résolus.

#### **4.3- La surveillance de résistance bacillaire aux antibiotiques**

Pour évaluer les taux de résistance primaire et acquise, une enquête de résistance a été faite en 1995. Le taux de résistance primaire à RH et l'INH (Rifampicine + Isoniazide) était de 0,3 % et le taux de résistance acquise de 11,0 %. Des surveillances de routine se font également autour des cas de rechute, de reprise de traitement, et d'échec.

L'organisation d'une enquête nationale de résistance a commencé en janvier 2009 pour apprécier le niveau actuel de la résistance aux antituberculeux, surtout après l'introduction du protocole de traitement de la tuberculose en six mois. Les résultats de cette enquête seront disponibles dans les prochains rapports.

## **V- Prise en charge du VIH chez les tuberculeux**

---

Depuis l'année 2006, le test de sérologie VIH est systématiquement proposé à tous les patients tuberculeux dans tous les CDT après counseling.

D'après le tableau suivant, le taux d'acceptation du test de sérologie VIH chez les patients tuberculeux toutes formes confondues enregistrés au cours de l'année 2008 est de 96,0%. Chez les TPM+ nouveaux cas, ce taux est de 97,0%.

**Tableau VIII** : Résultats de l'acceptation au test de VIH chez les malades tuberculeux en 2008

Départements	TB toutes formes			TPM+ nouveaux cas		
	Nombre dépisté	Nombre testé	Taux d'acceptation (%)	Nombre dépisté	Nombre testé	Taux d'acceptation (%)
Atacora-Donga	207	179	86	161	143	89
Atlantique-Littoral	1559	1518	97	1145	1131	99
Borgou-Alibori	393	364	93	231	224	97
Mono-Couffo	610	566	93	485	459	95
Ouémé-Plateau	775	751	97	629	609	97
Zou-Collines	433	424	98	315	310	98
Bénin	3977	3802	96	2966	2868	97

Tous les départements ont obtenu un bon taux d'acceptation du test sérologique VIH. Néanmoins, ce taux est inférieur à 90,0% dans le département de l'Atacora-Donga.

Tableau IX : Résultats de la séroprévalence VIH chez les malades tuberculeux en 2008.

Départements	TB toutes formes			TPM+ nouveaux cas		
	Nombre testé	Nombre positif	Séroprévalence (%)	Nombre testé	Nombre positif	Séroprévalence (%)
Atacora-Donga	179	35	20	143	24	17
Atlantique-Littoral	1518	332	22	1131	207	18
Borgou-Alibori	364	34	9	224	23	10
Mono-Couffo	566	106	19	459	71	15
Ouémé-Plateau	751	86	11	609	52	9
Zou-Collines	424	51	12	310	36	12
Bénin	3802	644	17	2868	412	14

Sur les 3802 malades tuberculeux toutes formes ayant fait la sérologie VIH, 644 cas de VIH positifs ont été identifiés. Le taux de séroprévalence VIH chez les tuberculeux toutes formes est donc de 17,0%.

Par rapport à 2007, le taux de séroprévalence à VIH chez les tuberculeux toutes formes a connu une hausse de 2 points. En outre, le nombre de tuberculeux toutes formes confondues positif à VIH a connu une hausse de 30,0% passant de 494 en 2007 à 644 en 2008.

Pour les cas TPM+, sur les 2868 testés au VIH en 2008, 412 sont positifs, soit un taux de séroprévalence à VIH chez les TPM+ de 14,0%. Ce taux est stationnaire depuis 2007. Néanmoins, le nombre de cas TPM+ infectés par le VIH a connu une hausse de 24,0% par rapport à 2007.

On note que le taux de séroprévalence à VIH chez les TPM+ dans les départements de l'Atlantique-Littoral (18,0%), de l'Atacora-Donga (17,0%) et du Mono-Couffo (15,0%) est supérieur au taux national.

Une fois les patients tuberculeux dépistés positifs au VIH, le programme assure la prise en charge de ces derniers en collaboration avec le PNLS.

**Tableau X** : Résultats de prise en charge médicale des malades tuberculeux infectés par le VIH.

Départements	Nombre total TB/VIH	TB/VIH sous cotrimoxazole (CTM)		TB/VIH sous antirétroviraux (ARV)	
		Nombre	%	Nombre	%
Atacora-Donga	32	30	94	12	38
Atlantique-Littoral	226	221	98	72	32
Borgou-Alibori	27	21	78	19	70
Mono-Couffo	94	89	95	47	50
Ouémé-Plateau	62	57	92	33	53
Zou-Collines	60	55	92	37	62
Bénin	501	473	94	220	44

La prévention des infections opportunistes chez les co-infectés TB/VIH est assurée systématiquement par le cotrimoxazole (CTM). Ainsi, sur 501 TB/VIH notifiés et mis sous traitement en 2007, 473 des cas, soit 94,0% ont été mis sous CTM.

Toujours en collaboration avec le PNLS, un bilan d'éligibilité aux ARV des patients TB/VIH est entrepris. Au cours de l'année 2008, la réalisation de ce bilan a été perturbée par des pannes répétées des appareils du PNLS, de ruptures de réactifs et des grèves des agents de la santé. Par ailleurs les dossiers des patients ayant bénéficiés des bilans ont fait l'objet d'étude pour une décision de mise sous antirétroviraux (ARV).

Ainsi, 220 patients tuberculeux infectés par le VIH ont bénéficié du traitement ARV, soit un taux de 44% de malades TB/VIH pris en charge au cours de l'année 2007. Ce taux représente les patients sous ARV, quel que soit le début du démarrage.

Le PNLS et le PNT doivent revoir leur politique de transfert et d'offre de soins aux patients après guérison de la tuberculose. La disponibilité des médicaments et réactifs, la formation et le suivi des agents à l'application des directives, et l'information des patients sont des points clés à revoir.

A ce propos, il faut souligner l'apport inestimable du projet IHC de l'Union, qui a contribué efficacement au renforcement de la collaboration entre le PNT et le PNLS pour la prise en charge de la co-infection TB/VIH au Bénin.

## **VII- Difficultés rencontrées**

---

- Les mutations fréquentes et parfois intempestives du personnel ainsi que la mobilité de certains agents en liaison avec la nature précaire de leurs contrats (agents dits mesure sociale ou occasionnels) désorganisent les équipes en place et remettent très souvent en cause les acquis des formations et recyclages du personnel des CDT.
- Les sollicitations fréquentes du même personnel au niveau des structures décentralisées par différents programmes de santé, acculés chacun de son côté par l'obligation de résultats, nuisent trop souvent à la réalisation des activités conformément aux chronogrammes établis. Les tentatives d'harmonisation et de coordination par les instances de régulation nationales telles que le Comité National de suivi d'Exécution et d'Evaluation des Projets et programmes du secteur de la santé (CNEEP) et le Comité de Direction (CODIR) élargi, n'ont pas fait la preuve d'une quelconque efficacité. Plus illusoire encore sont les propositions d'activités intégrées telles que les formations et les supervisions intégrées qui requièrent pour être efficaces des encadreurs bien formés et polyvalents ; ce qui est loin d'être le cas !
- L'association tuberculose et toxicomanie chez les jeunes prend non seulement de l'ampleur en milieu urbain, mais elle s'observe de plus en plus également en milieu rural. Une telle association réduit considérablement la compliance au traitement des patients trop souvent instables et violents.

## **VIII- Perspectives**

---

La requête du CNC pour la composante tuberculose au 6<sup>ème</sup> round du Fonds Mondial obtenue depuis 2006 a connu le démarrage des activités en 2007. Ainsi, le personnel additionnel recruté pour le renforcement des ressources humaines du programme est maintenu et poursuit ses activités.

Grâce à l'appui massif des partenaires au cours de ces dernières années, notamment le Fonds Mondial, le PNT a enregistré d'excellents résultats même si le taux de décès reste à améliorer. Cependant, de nombreux défis attendent encore le programme:

- Des progrès sensibles ont été enregistrés dans la prise en charge de la co-infection mais beaucoup restent à faire en ce qui concerne l'éligibilité des malades, la disponibilité constante des réactifs pour le dépistage et des médicaments ARV. Grâce à cette prise en charge beaucoup de malades co-infectés ont vu leur état de santé nettement amélioré. Une telle activité a contribué à la légère réduction du taux de décès. Malgré cela, l'objectif de réduction du taux de létalité de la maladie doit être poursuivi.
- Depuis 2006, la justification de l'appui alimentaire a fait ses preuves tout en renforçant le taux de succès thérapeutique et en diminuant le taux de perdus de vue. L'appui alimentaire doit être poursuivi et soutiendra continuellement dans une large mesure les malades co-infectés.
- Le passage au régime de 6 mois impliquant l'utilisation prolongée de la rifampicine expose à l'émergence de nouvelles sources de MDR, si ce protocole n'est pas bien encadré. En effet, tout cas avéré d'échec au régime de 6 mois et qui ne serait pas lié au fait que le patient n'a pas effectivement pris ses médicaments antituberculeux, sera d'emblée assimilé à un MDR et le protocole de retraitement risque fort d'être inopérant.
- L'objectif est atteint en ce qui concerne la prise en charge des MDR. Les six (06) malades MDR notifiés sont pris en charge pour un régime de deuxième ligne d'une durée de 12 mois. L'évaluation thérapeutique de ces malades MDR est satisfaisante car les six (06) malades sont totalement guéris. La phase de suivi se fait de commun accord avec les cliniques proches du domicile du malade et elle est supervisée par le service clinique du CNHPP point focal de la prise en charge des MDR sur toute l'étendue du territoire national.

## **Conclusion**

---

- Au plan du dépistage :
  - On note un bon taux de détection des nouveaux cas TPM+, largement au-dessus des 70% fixé par l'OMS ! Le nombre de nouveaux cas TPM+ enregistre une hausse de 7,1% en 2008 par rapport à 2007.
  - Le nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues dépistées, a connu une hausse de 8,3 % en 2008 par rapport à 2007;
  - A l'opposé, les cas de rechute et d'échecs ont enregistré en 2008 par rapport à 2007, une baisse respective de 22,9% et de 6,5%.
  
- Au plan du traitement :
  - le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+ est de 87,0% en 2007 contre 86,0% en 2006;
  - le taux de traitements terminés (8,0%) a diminué de 3 points par rapport à 2006 ;
  - une baisse du taux de perdus de vue de 2 points par rapport à 2006, passant de 5,0% à 3,0%.
  - tous les départements ont enregistré un taux de perdu de vue inférieur ou égal à 6%
  - le taux de décès (6,0%) est resté stationnaire depuis 2006.
  
- La prise en charge de la co-infection TB/VIH
  - Les taux de séroprévalence VIH en 2008 sont de 14,0% et 17,0% respectivement chez les TPM+ et les TB toutes formes;
  - La prévention des infections opportunistes par du CTM est systématique. Les dispositions pratiques mises en place, en collaboration avec le PNLS, ont facilitées la prescription et l'administration des ARV concomitamment aux antituberculeux, aux patients TB/VIH éligibles.



- Le partenariat

L'avènement du Fonds Mondial a permis d'initier et de renforcer le partenariat entre le PNT et différentes composantes de la communauté nationale : ONG ; communautés religieuses ; relais communautaires ; radios communautaires.... La nécessaire collaboration avec le PNLS s'est également vue renforcée.

A la lecture de tout ce qui précède, il est indéniable que le PNT a enregistré d'importants succès depuis l'avènement de l'appui du Fonds Mondial. Certainement les plus belles performances de l'histoire de la lutte antituberculeuse dans notre pays ! Nous voici ainsi face à un défi ; celui de ne pas baisser la garde et de poursuivre résolument l'amélioration des performances du programme.

A ce propos, une question se pose : **Pouvons-nous prendre au nom de l'ensemble des acteurs du terrain, l'engagement auprès de l'autorité ministérielle et des partenaires extérieurs, que nous ferons autant sinon mieux que les résultats actuels enregistrés par le PNT ?**

Nous réitérons notre profonde gratitude à tous les partenaires et amis du PNT : l'Union, le Fonds Mondial, l'OMS et à travers eux, tous les contribuables de la communauté internationale, qui ont bien voulu prêter mains fortes à notre pays dans la lutte contre le fléau tuberculeux. A tous, nous disons: vos soutiens et vos efforts n'ont pas été vains !