

**ETUDE SUR LA SURVEILLANCE ET LE CONTROLE DES
MALADIES TRANSMISSIBLES AU BENIN**

**Rapport de mission au Bénin
(du 03 au 13 août 2003)**

Docteur Cheick Oumar Coulibaly

Table des matières

1. Caractéristiques générales du pays	6
2. Aspects organisationnels au niveau du Ministère de la Santé	10
2.1 Inventaire de la situation actuelle	10
2.1.1 Organigramme	10
2.1.2 Mécanismes Institutionnels	10
2.1.3 Rôles et attributions des intervenants	10
2.1.4 Supports officiels des mécanismes institutionnels	10
2.2 Analyse	11
3. Système de planification	11
3.1 Inventaire de la situation actuelle	11
3.1.1 Stade de mise en œuvre de la stratégie de surveillance	11
3.1.2 Documents de Planification du ministère de la Santé	11
3.1.3 Rôles et attributions des intervenants	13
3.1.4 Processus de planification	13
3.1.5 Besoins et suggestions	13
4. Système d'information, de Surveillance et d'Alerte	13
4.1 Niveau Central	13
4.1.1 ressources Humaines	14
4.1.2 Ressources Financières	15
4.1.3 Ressources Matérielles	16
4.2 Niveau Intermédiaire et périphérique	17
4.2.1 Inventaire des ressources (Humaines, Financières, matérielles)	17
4.2.2 Forces et Faiblesses	17
4.3 Niveau Sous Régional	18
4.3.1 Inventaire des ressources (Humaines, Financières, matérielles)	18
4.3.2 Difficultés	18
4.3.3 Besoins et suggestions	18
5. Stade de Mise en Œuvre de la Stratégie de Surveillance Intégrée	19
5.1 Inventaire de la situation actuelle	19
5.1.1 Stade	19
5.1.2 Planification de démarrage	19
5.1.3 Partenaires	19
5.1.4 Budget, source de financement	19
5.2 Analyse	19
6. Expériences Vécues	20
6.1 Inventaire de la situation actuelle	20
6.2 Analyse	21
6.2.1 Acquis	21
6.2.2 Difficultés	21
6.2.3 Suggestions et remarques diverses	21
7. Organismes d'Appui Sous Régionaux	22
7.1 Identification	22
7.2 Objectifs dans la SE et ressources disponibles	22
7.3 Expérience actuelle et passée de Surveillance	23
7.4 Suggestions et Remarques Diverses	23
8. Conclusions et Propositions	24
9. Annexes	24

Liste des abréviations

ACDI	Agence Canadienne de Développement International
ARIVA	Appui au Renforcement de l'Indépendance Vaccinale en Afrique
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CATR	Cellule d'Appui Technique Régionale
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CDPC	Comité Départemental de Protection Civile
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNHP	Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtysiologie
CNPC	Comité National de Protection Civile
CNHU-HCM	Centre National Hospitalier Hubert Coutoucou Maga
COGEA	Comité de Gestion de l'Arrondissement
COGEC	Comité de Gestion de Commune
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé de Commune
CSE	Centre de Surveillance Epidémiologique
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DRH	Direction des Ressources Humaines
DTCP	Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite
EDSB	Enquête Démographique et de Santé du Bénin
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LNSP	Laboratoire National de Santé publique
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASE	Projet d'Appui à la Surveillance Epidémiologique
PBA-SSP	Projet Bénino – Allemand des Soins de Santé Primaires
PEV	Programme Elargi de vaccination
PEVG	Programme d'Eradication du Ver de Guinée
PFA	Paralyse Flasque aiguë
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLOB	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose au Bénin
PTD	Plan Triennal de Développement
RAC	Réseau Autonome de Communication
SE	Surveillance Epidémiologique
SEI	Surveillance Epidémiologique Intégrée
SESS	Service d'Epidémiologie et de Surveillance Sanitaire
SIG	Système d'Information et de Gestion
SIS	Système d'Information Sanitaire
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
SSDRO	Service Statistiques, Documentation et Recherche Opérationnelle
SSI	Système de Surveillance Intégrée
SVAC	Service de Vaccination
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance
UVS	Unité Villageoise de Santé
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine
ZS	Zone Sanitaire

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements au Ministère de la Santé Publique du Bénin pour la bonne organisation de cette étude.

Nous remercions la Cellule d'Appui Technique Régionale (CATR) basée à Ouagadougou au Burkina Faso pour son soutien pendant la préparation et le déroulement de la mission.

Nous remercions Madame la Directrice Nationale de la Protection Sanitaire du Bénin et tout son personnel pour leur bonne collaboration.

Nos remerciements s'adressent aux responsables nationaux impliqués dans la surveillance épidémiologique pour leur grande disponibilité durant cette étude.

Nous remercions le point focal de la surveillance épidémiologique du Bénin et ses collaborateurs pour leur grande disponibilité tout au long de ce travail

Nous remercions également tous les partenaires de la surveillance épidémiologique du Bénin qui ont bien voulu mettre à notre disposition des informations nécessaires à l'élaboration de ce présent rapport.

Nous sommes reconnaissant envers toutes les personnes ressources qui ont directement ou indirectement contribué à la réalisation de ce travail.

1.1 Description

Situé au Sud Est de l'Afrique Occidentale entre le 6° et le 12° de latitude nord, le Bénin est limité par le Nigéria à l'Est, le Togo à l'Ouest, le Niger au Nord Est, le Burkina Faso au Nord ouest et au sud par l'Océan Atlantique dans sa partie appelée « Golfe de Guinée ». D'une superficie de 114 763 Km², le Bénin est caractérisé par 3 zones climatiques principales qui sont:

- Au sud un climat chaud et humide;
- Au centre, un climat de type Soudano-Guinéen (climat tropical humide)
- Au Nord, un climat semi-aride.

Au plan administratif, le Bénin compte :

- 12 départements : Atacora, Donga, Atlantique, Littoral, Borgou, Alibori, Mono, Couffo, Ouémé, Plateau Zou et Collines.
- 77 Communes;
- 546 arrondissements;
- 3 557 Villages et Quartiers de ville.

Au plan sanitaire, l'organisation du système de santé est pyramidale :

- Au niveau périphérique, on distingue des Zones Sanitaires constituées des Centres de Santé d'Arrondissement (CSA), des Centres de Santé de Commune (CSC) et des hôpitaux de Zones. Les Unités Villageoises de Santé lorsqu'elles sont fonctionnelles, offrent les premiers soins à la population dans les localités où il n'y a pas de Formation Sanitaire;
- Au niveau intermédiaire, les Centres Hospitaliers Départementaux constituent les centres de références pour les formations Sanitaires périphériques. Le département de l'Atlantique/littoral ne dispose pas de CHD;
- Au niveau Central, le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert C. Maga (CNHU-HCM) est l'hôpital de référence pour le pays et un lieu de formation pour le personnel médical et paramédical. Il existe aussi des Centres Spécialisés tels que le Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron (Porto Novo), le Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie (CNHPP) d'Akpakpa (Cotonou) et le centre Neuro-psychiatrique de jacquot de Cotonou

Le secteur sanitaire privé est en plein développement. Les infrastructures privées sont représentées par les hôpitaux, les polycliniques, les cabinets dentaires, les cabinets médicaux, les cabinets de soins, les cliniques d'accouchement, les pharmacies, les officines et les dépôts pharmaceutiques.

1.2 Démographie

En 2002, la population Béninoise était estimée à 6 752 569 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 2,75%. La population est inégalement répartie sur le pays avec de vastes étendues peu habitées au Nord et des zones du Sud surpeuplées.

La répartition de la population par groupe d'âge montre que les moins de 15 ans représentent 47%, ceux qui ont entre 15 et 49 ans font 49% et les plus de 60 ans font 4%. Cette répartition révèle la jeunesse de la population Béninoise.

1.3 Indicateurs Généraux :

Le taux de natalité est de 40,7 naissances pour 1000 habitants

Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans et plus en 1999 était estimé à 61%.

Le taux de scolarisation pour l'année scolaire 1999-2000 est estimé à 80%.

L'espérance de vie à la naissance est de 53 ans (EDSB-1)

L'indice synthétique de fécondité est de 5,6 enfants par femme (EDSB-2)

Le taux brut de mortalité est de 13,2 pour 1000 habitants

L'économie Béninoise est caractérisée par la prédominance des secteurs primaire et tertiaire. Ils représentent respectivement 37,2% et 49,1% du PIB. L'économie reste dépendante de l'agriculture de substance, la production agricole (38,8%), l'industrie (12,6%), et les services (50,6%).

1.4 Les indicateurs de la santé

Le taux de mortalité infantile est de 89,1 pour mille naissances vivantes (EDSB-2)
 Le taux de mortalité maternelle est de 498 pour mille naissances vivantes (EDSB-2)
 Taux de couverture prénatale : 90% (annuaire santé 2001)
 Taux de consultation post natale : 41,7%(annuaire santé 2001)
 Pourcentage d'accouchement assisté : 66,3%(annuaire santé 2001)
 Prévalence contraceptive : 6,9%(annuaire santé 2001)

Tableau N°1 Évolution de quelques indicateurs d'utilisation des services de santé 1997-2001

Indicateurs	1997	1998	1999	2000	2001
Taux de fréquentation des Centres de Santé	34%	33%	34%	34%	36%
DTCP3	76%	81%	90%	96%	90%
VAR	74%	78%	87%	87%	85%
Planification Familiale	4%	6%	8%	11%	7%
Accouchements assistés	58%	71%	73%	74%	77%

Source : Statistiques sanitaires 1997-2001

1.5 La politique sanitaire

Au Bénin, il existe un document de Politique et Stratégies de Développement du Secteur Santé 2002-2006. La politique et les stratégies nationales de développement du secteur santé mises en œuvre concernent les principaux axes suivants :

- La décentralisation de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire;
- Le renforcement des capacités de gestion du secteur;
- L'amélioration du système et des capacités de financement du secteur;
- L'amélioration du traitement intégré des principales maladies;
- L'amélioration de la santé reproductive.

Dans ce cadre plusieurs actions et réformes ont été initiées et se poursuivent. On peut citer entre autres :

- La réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires par création des hôpitaux de Zone qui constituent des hôpitaux de première référence autour desquels gravitent les Centres de Santé Périphériques;
- L'élaboration des politiques sous sectorielles;
- L'élaboration des normes et standards en matière de Santé familiale;
- L'élaboration des protocoles de prise en charge;
- L'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale par laquelle l'état Béninois a pris progressivement en charge la totalité de l'achat des vaccins du Programme Élargi de vaccination;
- L'organisation des Journées Nationales de Vaccination dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite;
- L'organisation de la campagne nationale de vaccination contre la rougeole dans le cadre de la stratégie de contrôle de cette maladie;
- La création de la Direction des Ressources humaines (DRH) pour améliorer la gestion du personnel;
- La délégation de crédits aux niveaux intermédiaires et périphériques pour plus de responsabilité et d'autonomie de base
- L'instauration d'une ligne budgétaire dénommée «appui aux indigents» pour assurer leur prise en charge;
- Le recrutement de personnel socio-sanitaire sur mesures sociales prises par le gouvernement suite à l'augmentation des prix des produits pétroliers.

Malgré tout, la mise en œuvre de la politique et stratégies du secteur santé de 1997 à 2001 n'a pas débouché sur une amélioration remarquable de l'état de santé des populations. Toutefois, elle a balisé le terrain pour les politiques et stratégies à venir.

1.6 Le financement de la santé

La part du budget du secteur santé dans le budget national s'est améliorée pour rester depuis 1997 autour de 6%. Cet effort devra être soutenu afin d'atteindre les 10% reconnus comme norme mondiale par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le budget voté n'a jamais été consommé malgré la mise en place d'outils de planification et d'exécution que sont les plans d'actions et les chronogrammes. Les raisons résident essentiellement dans les lenteurs observées tant au niveau de la consolidation des projets qu'à celui du circuit financier.

Le système du financement communautaire et de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques, toutes catégories confondues, avait été institué afin que les recettes dégagées servent d'une part au réapprovisionnement en médicaments et d'autre part, contribuent au fonctionnement (hors salaires) des structures sanitaires.

Il est confronté actuellement à de multiples problèmes notamment la mauvaise gestion

Tableau N°2 Évolution des crédits alloués au MSP et taux de consommation de 1997 à 2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Crédits ouverts(en millions)	13 411	14 636	16 786	19 781	28 663
Crédits consommés(en millions)	10 074	11 765	15 104	15 873	26 008
Taux de consommation	75%	80%	90%	80%	91%

Source : Annuaire Statistique Sanitaire 1997- 2001

Tableau N°3 : Aides internationales

	1997	1998	1999	2000	2001
Crédits ouverts(en millions)	12 508	17 092	13 934	14 338	11 816
Crédits consommés(en millions)	5 121	5 783	10 063	11 385	10 325
Taux de consommation	41%	34%	72%	79%	87%

Source : Annuaire Statistique Sanitaire 1997- 2001

Tableau N°4 : Financement Communautaire

	1997	1998	1999	2000	2001
Crédits ouverts(en millions)	1 299	2 105	2 654	2 654	2 933
Crédits consommés(en millions)	1 292	2 122	2 407	2 541	2 713
Taux de consommation	99%	101%	90%	96%	92%

Source : Annuaire Statistique Sanitaire 1997- 2001

Tableau N°5 : Contribution des différentes sources au budget consommé du secteur de la santé

	1997	1998	1999	2000	2001
Aides internationales (%)	31	29	36	38	26
Budget national (%)	61	60	55	53	67
Financement Communautaire (%)	8	11	9	9	7
Contribution nationale (%)	69	71	64	62	74

Source : Annuaire Statistique Sanitaire 1997- 2001

On constate de façon régulière que la contribution de l'état est toujours supérieure à 60% malgré l'évolution en dents de scie des contributions des différents acteurs de la santé.

1.7 Ressources humaines existantes

Tableau N°6 : Catégories professionnelles par Formation Sanitaire au Bénin

Catégories Professionnelles	Formations Sanitaires	Nombre
Médecins	Publiques	356
	Privées	577
	Total	933
Nbre hbts/Médecin		6 612
Infirmiers	Publiques	1 369
	Privées	871
	Total	2 240
Nbre hbts/infirmier		2 754
Sage femme	Publiques	570
	Privées	361
	Total	931
Nb FAP/Sage Femme		1 544
Technicien de laboratoire	Publiques	230
	Privées	126
	Total	356
Nbre hbts/Technicien de laboratoire		17 329

Source : Annuaire Statistique Sanitaire 2001

Quatre problèmes caractérisent la gestion du personnel dans le secteur santé :

- La concentration du personnel dans les centres urbains au détriment des centres ruraux;
- L'absence de marge de manœuvre des structures intermédiaires et périphériques sur la gestion des mouvements du personnel;
- Le manque de personnel spécialisé (clinicien)
- Le vieillissement général du personnel de la fonction publique

Le rapport d'une étude initiée par le Ministère de la Santé Publique en vue de l'élaboration d'une politique de gestion opérationnelle des ressources humaines a confirmé un certain nombre de dysfonctionnements dont :

- Un déséquilibre géographique des effectifs en défaveur des localités déshéritées et éloignées;
- Une absence de maîtrise de la mobilité interne du personnel (absentéisme, mutations, détachements, sollicitations professionnelles etc.);
- Une pénurie de certaines catégories de ressources humaines (notamment les médecins spécialistes, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les anesthésistes, etc.);
- Une pléthore de personnel d'appui et de soutien.

La Direction des ressources humaines devra donc consolider ses attributions dans

- La maîtrise des mouvements du personnel;
- La formulation d'une politique de développement des ressources humaines qui devra prendre en compte les éléments relatifs à la motivation du personnel et au renforcement de ses compétences;
- La décentralisation de la gestion du personnel.

2. Aspects organisationnels des services et programmes impliqués dans la Surveillance Epidémiologique au niveau du MSP

2.1 Inventaire de la situation actuelle :

2.1.1 Organigramme :

Le décret N° 2001 – 422 du 17 octobre 2001 décrit l'organisation du Ministère de la Santé. Voir l'organigramme du MSP en annexe.

Nom des services / programmes / projets (*)	Routine	Alerte précoce	Riposte
SESS		X	X
SSDRO	X		
Labo National		X	
SVAC		X	X
Programmes Verticaux	X (sites sentinelles)		

2.1.2 Mécanismes institutionnels de coordination entre les différents services impliqués dans la Surveillance Epidémiologique

Au niveau du MSP au Bénin, il n'y a pas un texte officiel définissant les attributions des services impliqués dans la surveillance épidémiologique. Ils recueillent les informations à travers les supports de collecte de données qu'ils mettent en place. Il n'existe pas une structure de coordination de la gestion de l'information pour les services impliqués dans la surveillance épidémiologique.

Il n'existe pas un schéma directeur du SNIS définissant le rôle et les attributions des services impliqués dans la surveillance épidémiologique.

2.1.3 Rôles et attributions des intervenants

Comme nous l'avons annoncé ci dessus, le rôle et les attributions des différents intervenants dans la surveillance épidémiologique ne sont pas précis par le fait qu'à ce jour, il n'existe pas un schéma directeur du SNIS déterminant le rôle et les attributions des différents acteurs de la surveillance épidémiologique au Bénin. Les services impliqués dans la surveillance épidémiologique interviennent de façon indépendante sans une structure de coordination véritable de la surveillance épidémiologique.

2.1.4 Support officiel des mécanismes décisionnels

Les supports officiels des mécanismes décisionnels existent pour certaines structures mais les textes en vigueur rencontrent des difficultés dans l'application. Par exemple il existe un arrêté ministériel créant le réseau de laboratoires au Bénin, mais à ce jour, ce réseau n'est pas fonctionnel. De même, il existe un comité de gestion des épidémies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, mais il n'existe pas une ligne budgétaire pour la gestion des épidémies.

2.2 Analyse

2.2.1 Forces et faiblesses

- Toutes les maladies font l'objet de surveillance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- Il existe des définitions de cas pour les maladies prioritaires;
- Les données de surveillance sont traitées et analysées au niveau central;
- Le niveau national dispose d'un plan écrit pour la préparation et la réponse aux épidémies et d'une équipe d'intervention rapide pour la lutte contre les épidémies ;
- Il existe un stock pré positionné de médicaments et vaccins au niveau opérationnel en 2002;
- Il existe un Réseau National de Laboratoire pour la surveillance et la lutte contre les épidémies et une Politique Nationale de Laboratoire;
- Il existe une politique d'exonération des taxes et droits de douanes sur le matériel, les réactifs et consommables de laboratoire.
- On note une absence de coordination du système de surveillance épidémiologique;
- Il n'existe pas d'intégration des programmes de lutte contre la maladie;
- Le personnel de laboratoire est qualitativement et quantitativement insuffisant et mal réparti;
- Les laboratoires ne sont pas suffisamment impliqués dans la surveillance et l'investigation des épidémies;
- Le réseau de laboratoire n'est pas fonctionnel;
- Les fièvres hémorragiques et la poliomyélite ne sont confirmées qu'au niveau sous-régional.

2.2.2 Besoins et suggestions

- Mettre en place une structure de coordination de la surveillance épidémiologique ;
- Former le personnel en quantité et en qualité pour les laboratoires ;
- Equiper les laboratoires ;

-Rendre fonctionnel le réseau de laboratoire

.

3.- Système de planification

3.1 Inventaire de la situation actuelle

3.1.1 Stade de mise en œuvre de la stratégie de surveillance

Après la sensibilisation des responsables du MSP, le plaidoyer auprès des partenaires et l'évaluation du système actuel de surveillance épidémiologique, le Bénin s'est doté d'un plan stratégique de la SIMR. Ce plan a été élaboré au cours d'un atelier qui s'est tenu à Porto Novo du 24 au 28 juin 2002.

Les supports de collecte ont été élaborés, mais à ce jour seul le PEV les utilise.

3.1.2 Documents de planification du MSP

Ce sont les documents suivants :

3.1.2.1 Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006

Ce document est conçu comme un guide de synergie des différentes stratégies sous sectorielles. Il est le cadre d'orientation des interventions des différents acteurs du secteur. Il se divise en cinq axes d'intervention :

Axe d'intervention N° 1 : Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire;

Axe d'intervention N° 2 : Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources;

Axe d'intervention N° 3 : Prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins;

Axe d'intervention N° 4 : Prévention et lutte contre les maladies prioritaires;

Axe d'intervention n° 5 : Promotion de la Santé Familiale.

3.1.2.2 Le plan Triennal de Développement (PTD) représente le premier pas dans l'opérationnalisation des stratégies générales définies dans les politiques et stratégies sanitaires. C'est un document de planification de la stratégie sectorielle et de budgétisation des actions sur trois ans, Il regroupe les interventions de l'Etat et des différents bailleurs de fonds et reprend de façon globale les programmes et

activités inscrits dans les politiques et stratégies sanitaires et leur financement, les résultats attendus ainsi que les indicateurs de suivi.

3.1.2.3 Le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) représente le deuxième pas dans l'opérationnalisation des stratégies générales définies dans les politiques et stratégies sanitaires. Il constitue l'outil de cadrage macro-économique et macro financier dans lequel s'inscrit le budget programme.

3.1.2.4 Le budget programme se définit comme un budget qui présente les objectifs et les buts pour lesquels les crédits sont demandés, les coûts des programmes proposés pour atteindre ses objectifs ainsi que des données quantitatives sur les réalisations et les travaux à accomplir au titre de chaque programme.

3.1.2.5 Plan Stratégique National de Surveillance Épidémiologique intégré des Maladies Transmissibles, de préparation et réponse aux épidémies au Bénin 2003 – 2007

Au Bénin, la plupart des programmes ont leur propre système de surveillance épidémiologique, entraînant ainsi des difficultés de coordination des interventions des différents partenaires tant nationaux qu'internationaux. Ce qui rend indispensable la mise en place d'un système intégré de surveillance épidémiologique et de préparation et réponse aux épidémies.

L'analyse de la situation a concerné les sept domaines suivants :

- la détection et l'enregistrement des cas;
- la confirmation des cas;
- la notification, la communication et la rétro information;
- l'analyse et l'interprétation des données;
- la préparation et réponses aux épidémies;
- la formation et supervision;
- l'administration, la coordination et la mobilisation des ressources, le suivi et l'évaluation.

Le consensus a été fait sur vingt et une maladies prioritaires devant faire l'objet d'une surveillance :

- maladies à éradiquer/éliminer : poliomyélite, ver de guinée, tétanos maternel et néonatal, lèpre, filariose lymphatique;
- maladie à potentiel épidémique élevé : méningite, choléra, rougeole, dysenterie bacillaire, fièvre jaune et fièvres hémorragiques virales;
- maladies constituant des problèmes majeurs de santé publique : paludisme, VIH/SIDA, IST, tuberculose, IRA chez les moins de cinq ans, diarrhées aiguës chez les moins de cinq ans, trypanosomiase humaine africaine, onchocercose, ulcère de Buruli et schistosomiase urinaire.

3.1.2.6 Le Pan National de lutte contre les épidémies 2001-2003

Les résultats attendus de la mise en œuvre de ce plan sont :

- La détection précoce et la réponse rapide aux épidémies sont assurées au niveau des formations sanitaires périphériques;
- La confirmation rapide de l'agent causal est assurée par le réseau des laboratoires nationaux et internationaux;
- Les protocoles standard de prise en charge des cas des maladies à potentiel épidémique sont correctement appliqués;
- Les stocks des médicaments sont disponibles pour assurer une gratuité de la prise en charge des cas;
- Les stratégies de vaccination de masse pendant les épidémies sont correctement appliquées au niveau des formations Sanitaires;
- Les stocks de vaccins et consommables sont disponibles pour assurer la gratuité de la campagne de vaccination de masse;
- Les populations des zones à risque d'épidémie de fièvre jaune sont correctement vaccinées;
- Les activités de lutte contre les maladies à potentiel épidémique sont correctement coordonnées;
- Les populations sont informées des risques liés aux maladies à potentiel épidémique;

- Un cadre de coopération pour la lutte contre les épidémies aux frontières est établi par les pays limitrophes.

3.1.3 Rôles et attributions des intervenants

Des concertations doivent être engagées avec les différents acteurs de développement sanitaire pour assurer dans la mesure du possible une efficacité dans la mise en œuvre. Des paramètres pertinents doivent être définis pour permettre au mieux une orientation des ressources par axe d'intervention et par programme.

3.1.4 Processus de planification

- Après la sensibilisation des responsables du MSP, le plaidoyer auprès des partenaires et l'évaluation du système actuel de surveillance, le Bénin s'est doté d'un plan stratégique quinquennal de la SIMR. Ce plan a été élaboré au cours d'un atelier qui s'est tenu à Porto-Novo du 24 au 28 juin 2002.

3.1.4.1 Analyse de la situation et de la réponse aux épidémies :

Au cours de l'analyse de la situation et de la réponse aux épidémies, sept domaines ont été identifiés pour l'analyse :

- La détection et l'enregistrement des cas;
- La confirmation des cas;
- La notification, la communication et la retro information;
- L'analyse et l'interprétation des données;
- La préparation et la réponse aux épidémies;
- La formation et la supervision;
- L'administration, la coordination et la mobilisation des ressources, suivi et évaluation.

Toutes ces étapes ont permis de définir par domaine les objectifs, les stratégies, les résultats attendus, les activités en vue de leur budgétisation.

3.1.4.2 Forces

- Il existe pour l'ensemble des maladies retenues comme prioritaires, un programme en cours d'exécution ou d'élaboration avec un système clair de surveillance épidémiologique défini même s'il reste à parfaire ;
- Des ressources (humaines, matérielles et financières) facilement mobilisables.

3.1.4.3 Faiblesses

- La multiplicité des supports de collecte des données sur le terrain, rend difficile le travail des agents de santé, ce qui influe nécessairement sur la complétude, la promptitude ; cela joue un rôle important dans la préparation et la réponse aux situations épidémiques dans le pays ;
- Il est à noter cependant le manque de disponibilité des responsables des programmes nationaux lors de l'atelier de planification de la SIMR.

3.1.5 Besoins et suggestions

Il faut mettre en place un support qui prend en compte les préoccupations de plusieurs services impliqués dans la surveillance épidémiologique pour éviter la multiplicité des supports de collecte de données sur le terrain;

Il faut une implication effective de tous les intervenants ;

Il faut réunir les données nécessaires pour permettre une analyse poussée gage d'une bonne planification.

4. Système d'information, de surveillance de routine et d'alerte

4.1 Niveau Central

4.1.1 Ressources humaines

4.1.1.1 Inventaires (effectifs, gestion)

Qualification	Existant					Financement du salaire	Besoins					Ecart					
	SESS	SSDRO	SVAC	LN	SP		Ttl	SESS	SSDRO	SVAC	LN	SP	Ttl	SESS	SSDRO	SVAC	LN
Médecin SP	1	0	1	0	2	Etat	1	1	1	1	4	0	1	0	1	2	
Médecin Epidémio	1	0	0	0	1	Etat	1	0	1	1	3	0	0	1	1	2	
Médecin Généraliste	0	0	0	0	0	Etat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Microbiologiste	0	0	0	1	1	Etat	0	0	0	3	3	0	0	0	2	2	
Biochimiste	0	0	0	0	0	Etat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Statisticien	1	3	0	0	4	Etat	1	3	1	1	5	0	0	1	1	1	
Tech. Labo	0	0	0	5	5	Etat	0	0	0	10	10	0	0	0	5	5	
Informaticien	0	2	0	0	2	Etat	2	3	1	1	7	2	1	1	1	5	
Opérateurs de saisie	0	0	0	0	0	-	2	2	1	2	7	2	2	1	2	7	
Administrateur santé	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Logisticien	0	0	0	0	0	-	1	0	1	1	3	1	0	1	1	3	
Techn. Epidemio	0	0	0	0	0	Etat	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	
Gestionnaire de données	1	0	0	0	1	Etat	1	1	1	1	4	0	1	1	1	3	
Economiste	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
AT international	1	0	1	0	2	PASE	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	
Consultant national	3	0	0	0	3	-	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	
Sociologue	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Démographe	0	1	0	0	1	-	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
Technicien de telecom/radio/VHS	0	0	0	0	0	-	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	
Secrétaire	1	1	1	1	4	OMS	1	1	2	2	6	0	0	1	1	2	
Chauffeur	1	1	1	1	4	OMS	2	1	2	1	6	1	0	1	0	2	
Gardien	0	1	1	1	3	-	0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	
Planton	0	0	0	0	0	-	1	1	1	0	3	1	1	1	0	3	
total	10	9	5	9	33		19	16	15	26	76	9	7	11	17	43	

Il ne s'agit pas ici de personnel travaillant uniquement dans le domaine de la surveillance épidémiologique. L'estimation des besoins en personnel a été faite en se basant sur les ressources humaines nécessaires à la conception et à la mise en œuvre des activités de surveillance épidémiologique tout en assurant la continuité des autres activités de santé.

4.1.1.2 Forces et faiblesses

Le Plan Stratégique National de Surveillance Épidémiologique a été élaboré mais il y a un besoin en ressources humaines malgré l'appui de l'OMS qui a pris en charge les salaires d'une secrétaire et d'un chauffeur pour le niveau national et de deux médecins d'appui au niveau intermédiaire pour la surveillance épidémiologique.

4.1.1.3 Besoins (nombre, formation..) etc. suggestions

Les besoins spécifiques en logiciels (investigation, traitement et analyse des données) sont les suivants.

Qualification	Nombre de personnels concernés	Types de logiciels	Coûts totaux estimatifs En USD	Observations
Médecin Santé Publique	3	EPIINFO	Nd	
Médecin Epidémiologiste	4	EPIINFO Access, Excel, logiciel de planification	Nd	
Statisticien	4	EPIINFO	Nd	
Informaticien	8	EPIMAP (cartographie)	Nd	
Opérateurs de saisie	4	EPIINFO	Nd	
Techn. Epidemio	2	EPIINFO	Nd	
Gestionnaire de données	4	EPIINFO	Nd	

Les autres besoins de formation pour le niveau central sont les suivants :

Qualification	Nombre de personnels concernés	Nature de la formation	Coûts totaux estimatifs En USD	Observations
Tech. Labo	5	Formation à la confirmation de MAPE	Nd	
Infirmier	2	Epidémiologie	Nd	
Démographe	1	Epidémiologie	Nd	
Gestionnaire des données	4	Epidémiologie	Nd	

4.1.2 Ressources financières

-Le coût global du budget du Plan Stratégique National de la surveillance intégrée des maladies transmissibles, de la préparation et de la réponse s'élève à 2 028 920 000 FCFA mais n'a pas encore trouvé un financement. Ce qui expliquerait les difficultés de mise en œuvre du plan. Il est urgent donc d'organiser une table ronde des partenaires en vue de trouver un financement.

La surveillance épidémiologique bénéficie du financement de l'OMS et le montant est de 223 000 Dollars US pour la période 2000-2001 et de 210 000 Dollars US pour la période 2002-2003;

Au cours de la période 1999-2002, la surveillance épidémiologique du Bénin a bénéficié du financement de l'ACDI à travers le projet PASE pour un montant de 460 000 Dollars Canadiens. Ce montant a été utilisé pour la mise en place de 15 Centres de Surveillance Epidémiologique(CSE) en formant le personnel infirmier en informatique et en épidémiologie et en les dotant d'outils informatiques

4.1.3 Ressources matérielles :

4.1.3.1 Inventaire du matériel logistique

Matériel et logistique	Existant (<i>nombre + nom pour les logiciels</i>)	Etat de fonctionnement (<i>F ou NF</i>)	Financement du matériel neuf (<i>Etat ou partenaires</i>)	Financement des frais de fonctionnement et de la maintenance (<i>Etat ou partenaires</i>)	Enveloppes de frais de fonctionnement et maintenance suffisantes (<i>oui/non</i>)	Besoins (<i>nombre + nom pour les logiciels</i>)	Ecart
Laptop	4	F	E et P	E et P	Non	14	10
Logiciel spécialisés en SIS/SIG, SE et labo	Epi 6 ; Epi 2001 ; HMAP ; MAPINFO	F	E	E	Non	SPSS ACCESS Arcview Visual Basic	4
Imprimante	8	F	P	P		16	8
Photocopieuse	1					5	4
Ecran	0					4	4
Rétroprojecteur	0					4	4
Data show	0					4	4
Desktop	4	F	P	P	Non	10	6
Véhicule	2	F	E	E	Non	8	6
Moto	1	F	E	E	Non	10	9
Tél. intnal	1	F	E	E	Oui	4	3
Fax	3	F	P	P	Oui	4	1
Radio VHS	0					1	1
Internet	4	F	E	E	Oui	4	0
Bureau*	3					7	4

(*) Le personnel du Service d'Epidémiologie et de surveillance est à l'étroit (3 cadres dans un seul bureau)

4.1.3.2 Maintenance du matériel logistique et équipement de laboratoire

Concernant la maintenance du matériel logistique et l'équipement, au niveau national il y a la Direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance qui est l'organe responsable des activités de génie civil, de l'entretien des infrastructures sanitaires, de l'acquisition et de la maintenance des équipements médico-techniques. Mais cette structure n'a pas la compétence technique par rapport à ses missions, d'où la nécessité de former le personnel de cette structure pour jouer pleinement son rôle. Pour l'instant, Chaque service du ministère

de la Santé fait la maintenance de son matériel médico- technique avec des particuliers qui n'ont souvent pas la compétence requise pour faire le travail demandé.

4.1.3.3 Gestion des médicaments, réactifs et consommables

Un stock de sécurité en médicaments, vaccins et réactifs est disponible pour faire face aux situations d'urgence aux niveaux central et intermédiaire. Au niveau périphérique, 63% des CCS disposent de médicaments d'urgence et de vaccins et seulement 38% ont des réactifs essentiels.

4.1.3.4 Cas particuliers du secteur privé (ressources, formation)

Au Bénin, on note une faible implication du secteur privé dans les activités de surveillance épidémiologique. Il y a lieu donc d'approcher le secteur privé pour les faire participer aux activités de surveillance épidémiologique intégrée.

4.2 Niveau intermédiaire (Département)

4.2.1 Inventaire des ressources (humaines,)

Qualification	Existant	Financement du salaire (Etat ou partenaires)	Besoins	Ecart
Médecin	6	Etat	12	6
Pharmacien	3	-	12	9
Informaticiens	2	-	10	12
Tech. Labo	54	-	0	0
Biologiste	0	-	12	12
Technicien de Télécom/radio/VHS	0	-	12	12
Infirmier	18	Etat	24	6

Ici, il ne s'agit pas de personnel travaillant uniquement dans le cadre de la surveillance épidémiologique au niveau Départemental. L'estimation des besoins de personnel a été faite en se basant qu'il faut au moins deux personnes par catégories de personnel impliquées dans la surveillance épidémiologique pour que au moment où lorsqu'une personne s'occupe de la surveillance épidémiologique, ou de la gestion d'une épidémie, l'autre travaille à assurer la continuité des services de santé.

On constate qu'il y a une insuffisance en ressources humaines au niveau intermédiaire pour mener à bien les activités de lutte contre les maladies à potentiel épidémique.

4.2.2 Inventaire des ressources matérielles

Matériels	Existant (nombre + nom pour les logiciels)	Etat de fonctionnement (F ou NF)	Financement du matériel neuf (Etat ou partenaires)	Financement des frais de fonctionnement et de la maintenance (Etat ou partenaires)	Enveloppes de frais de fonctionnement et maintenance suffisantes (oui/non)	Besoins (nombre + nom pour les logiciels)	Ecart
Laptop	6	F	E et P	E et P	Non	12	6
Logiciel spécialisés en SIS/SIG, SE et labo	Epi 6 ; Epi 2001 ; HMAP ; MAPINFO	F	E	E	Non	SPSS ACCESS Arcview Visual Basic	6
Véhicule	25	F	E	E	Non	35	10
Moto	15	F	E	E	Non	30	15

Tél.	6	F	E	E	Oui	12	6
Fax	5	F	P	P	Oui	12	7
Radio VHS	1					12	11
Internet	5	F	E	E	Oui	12	7

4.3 Niveau périphérique

4.3.1 Ressources Humaines

Qualification	Existant	Financement du salaire (Etat ou partenaires)	Besoins	Ecart
Médecin	40	Etat	77	37
Pharmacien	3	-	12	9
Informaticiens	2	-	10	12
Tech. Labo	54	-	0	0
Biologiste	0	-	12	12
Technicien de télécom/radio/VHS	4	-	77	73
Infirmier	60	Etat	77	17

Ici, il ne s'agit pas de personnel travaillant uniquement dans le cadre de la surveillance épidémiologique au niveau périphérique. L'estimation des besoins de personnel a été faite en se basant qu'il faut au moins deux personnes par catégories de personnel impliquées dans la surveillance épidémiologique pour que au moment où lorsqu'une personne s'occupe de la surveillance épidémiologique, ou de la gestion des épidémies, l'autre travaille à assurer la continuité des services de santé.

4.3.2 Ressources matérielles

Matériels	Existant (nombre + nom pour les logiciels)	Etat de fonctionnement (F ou NF)	Financement du matériel neuf (Etat ou partenaires)	Financement des frais de fonctionnement et de la maintenance (Etat ou partenaires)	Enveloppes de frais de fonctionnement et maintenance suffisantes (oui/non)	Besoins (nombre + nom pour les logiciels)	Ecart
Laptop	15	F	E et P	E et P	Non	77	62
Logiciel spécialisés en SIS/SIG, SE et labo	Epi 15 ; Epi 2001 ; HMAP ; MAPINFO	F	E	E	Non	SPSS ACCESS Arcview Visual Basic	62
Véhicule	40	F	E	E	Non	77	37
Moto	70	F	E	E	Non	77	7
Tél.	65	F	E	E	Oui	77	12
Fax	5	F	P	P	Oui	12	7
Radio VHS	0					77	77

4.4 Niveau Sous Régional

4.4.1 Inventaire des ressources (humaines, financière, matérielles, médicaments)

Au Bénin, nous avons l'OMS, le PASE et Médecins Sans Frontières entre autres apportent l'appui technique et financier à la surveillance épidémiologique.

Mais au niveau sous régional, il n'existe pas de mécanismes de coordination des activités de surveillance. Les différents partenaires appuient les pays essentiellement de façon bilatérale.

4.4.2 Faiblesses

Absence de structure de coordination de la surveillance épidémiologique au niveau régional;
Insuffisance de concertation dans le domaine du partenariat;
Absence d'un fonds spécial pour la lutte contre les épidémies au niveau régional.

4.4.3 Besoins et suggestions

Pour gagner en efficacité, il faudrait envisager un appui sous régional avec une véritable structure de coordination des différentes interventions;
Mettre en place un fonds spécial facilement mobilisable pour les épidémies;
Rendre les médicaments et le carburant disponible sur le marché.

5. Stade de mise en œuvre de la stratégie de surveillance intégrée

5.1 Inventaire de la situation actuelle

5.1.1 Stade

Au Bénin, l'étude d'évaluation initiale du système de surveillance épidémiologique a été faite; le plan stratégique du Système de Surveillance Intégrée des maladies a été élaboré, il reste la mise en œuvre qui n'a jusqu'ici pas trouvé de financement.

Le Bénin se trouve donc au stade 2 puisque la mise en œuvre du plan stratégique de Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte n'a pas encore débuté.

5.1.2 Planification de démarrage

Pour la planification de démarrage, le plan d'action 2003-2005 a été élaboré mais n'a pas commencé sa mise en œuvre par manque de financement

5.1.3 Partenaires

Les principaux partenaires de la Surveillance épidémiologique au Bénin sont : **l'OMS, le PASE, MSF, la CROIX ROUGE, le ROTARY INTERNATIONAL, l'UNICEF, et le FNUAP.**

Il devient alors urgent de réunir les partenaires pour qu'ils se prononcent sur les volets de financement de manière à avoir un budget consolidé.

5.1.4 Budget, source de financement

Le budget du Plan Stratégique de Surveillance Intégrée du Bénin 2003-2007 s'élève à : 2 028 920 000 FCFA et sera financé par l'état Béninois et les partenaires.

5.2 Analyse :

Pour améliorer la performance du système de surveillance épidémiologique et ce, dans le cadre de la surveillance intégrée, il serait souhaitable de procéder à :

- La mise en place d'un cadre de partage des données au niveau central et intermédiaire appelé Unité ou Cellule de Surveillance;
- L'envoi des données/échantillons des maladies à réaction immédiate directement au niveau central avec copie au niveau hiérarchique supérieur;
- Le renforcement de la rétro information à tous les niveaux.

5.2.1 Forces et faiblesses

Les partenaires sont impliqués dans :

- La formation du personnel de santé et l'allocation des ressources devant assurer la surveillance épidémiologique;
- La promotion de la santé des populations;
- La lutte contre certaines maladies spécifiques posant un problème de développement;
- Tous les partenaires ont manifesté leur engagement à accompagner le Ministère de la Santé dans sa démarche vers la mise en œuvre effective de la stratégie de surveillance intégrée.

5.2.2 Besoins et suggestions

Le ministère de la santé doit :

- Jouer son rôle de leadership dans le processus engagé;
- Assurer la coordination des interventions dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de surveillance intégrée des maladies;
- Assurer la participation de tous les acteurs au processus;
- Assurer la stabilité du personnel chargé de la mise en œuvre de la surveillance intégrée;
- Tenir compte des suggestions et observations formulées par les partenaires.

6. Expériences vécues

6.1 Inventaire de la situation actuelle

Il y a un pool d'experts disponibles dans le pays que l'on peut mobiliser en cas de besoin.

Pool d'experts disponibles dans le pays

Profil	Nombre
Épidémiologiste	21
Médecin biologiste	4
Médecin entomologiste	2
Médecin santé Publique	71
Infirmiers PASEI	15
Pharmaciens biologistes	3
Ingénieurs en biologie médicale	3
Statisticien	13

Source : Profil épidémiologique au Bénin

- Existence d'un comité national fonctionnel de lutte contre les épidémies ;
- Existence d'un comité de gestion des épidémies fonctionnel au niveau départemental,
- Existence de structures de surveillance épidémiologique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Enregistrement, compilation, analyse des données au niveau central, régional et district ; Centre de Santé de Commune et Centre de Santé d'Arrondissement ;
- Existence dans les régions et districts sanitaires des Centres de Surveillance Epidémiologique (CSE) dont l'agent a reçu une formation en épidémiologie et en informatique ;
- Disponibilité du téléphone ou du RAC dans certaines formations sanitaires ;
- Les laboratoires de références sont fonctionnels ;
- Tous les hôpitaux de districts sont dotés de laboratoire ;
- Disponibilité et large utilisation du protocole thérapeutique ;
- Disponibilité et utilisation des canaux de mobilisation sociale ;
- Elaboration de messages éducatifs et information sur l'épidémie en direction des communautés ;

6.1.1 Description des capacités nationales d'alerte et réponse précoce

Au Bénin, en cas d'épidémie, le budget national intervient pour l'achat de vaccins anti méningococcique , anti-typhoïde et des médicaments.

En 2001, la gestion de l'épidémie de méningite a coûté plus de 1 milliard 200 millions au gouvernement Béninois.

En cas d'urgence épidémiologique, les partenaires ci-après : Coopération Française, OMS, PBA-SSP, UNICEF, Médecin Sans Frontière, Croix Rouge, Rotary Club, Lion's Club, certaines ONG et associations apportent des appuis non négligeables pour l'approvisionnement en vaccins et médicaments d'urgence.

Actuellement, le Bénin cherche un financement pour la mise en œuvre de son plan de lutte contre les épidémies. Les organes de gestion fonctionnels des épidémies sont décentralisés à tous les échelons de la pyramide sanitaire. Ces différents organes sont :

- Les équipes techniques d'intervention rapide et de réponse aux épidémies composées exclusivement de techniciens de la santé;
- Les Comités de gestion des épidémies qui sont des organes multisectoriels interviennent au niveau national, départemental, des Communes et des Arrondissement. Ils jouent un rôle majeur dans la mobilisation sociale et la mobilisation des ressources dans la gestion des épidémies.

6.1.2 Partenariat avec les pays limitrophes

Dans ce cadre, il est à souligner les acquis ci-après :

-La signature et la mise en œuvre de plusieurs protocoles de coopération inter pays (Bénin-Niger, Bénin-Togo, Bénin-Burkina Faso) pour la lutte contre les épidémies, mettant l'accent sur le renforcement de la surveillance épidémiologique;

-La participation du Bénin à la réunion des Ministres de la Santé et de l'intérieur pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, l'Algérie et le Tchad (Ouagadougou 1996).

6.1.3 Appui d'institution supra nationale, internationale ou régionale

L'Organisation Mondiale de la Santé est une agence spécialisée des Nations Unies en matière de santé qui apporte son soutien au Bénin dans la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles sous forme d'appui technique, financier, de conseil et de plaidoyer pour le financement des activités.

6.1.4 Budget, source de financement

Les sources de financement de l'OMS sont : les cotisations des états, la mobilisation des ressources auprès d'autres organismes.

Le financement de l'OMS au cours du biennium 2000-2001 s'élevait à 223 000 Dollars US. Pour le biennium 2002-2003, le montant s'élève à 210 000 Dollars US.

L'OMS a aussi financé l'évaluation initiale de la surveillance Épidémiologique au Bénin en 2002 pour un coût total de 13 000 Dollars US

6.2 Analyse

L'objectif de l'OMS en matière de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles est :

- La détection précoce des épidémies;
- Connaître la tendance des maladies à potentiel épidémique;
- Aider les pays à endiguer les épidémies;
- Faciliter la collaboration inter pays dans la lutte contre les épidémies.

6.2.1 Acquis

- Il y a la volonté politique du gouvernement;
- Les compétences sont disponibles au niveau du MSP et de l'OMS

6.2.2 Difficultés

Pour les difficultés on note :

- L'absence de structure de coordination de la SE à tous les niveaux;
- L'insuffisance de l'analyse des données;
- Rupture de stocks des médicaments et vaccins au niveau décentralisé;
- L'insuffisance de la supervision et du monitoring des activités;
- L'insuffisance de moyens de déplacements pour les activités;
- Non implication du secteur privé dans la prévention des maladies;

6.2.3 Suggestions et remarques diverses

- Former le personnel dans la détection et l'investigation des épidémies;
- Renforcer les moyens de déplacements pour les activités de surveillance;
- Renforcer le système de communication;
- Impliquer le secteur privé dans la surveillance épidémiologique

7. Organismes d'Appui Sous Régionaux

7.1 Identification

7.1.1 Nom, date de création et d'implantation dans la région, et domaine d'intervention

Le PASÉ : Projet d'Appui à la Surveillance Épidémiologique est une Organisation Non Gouvernementale financée par l'Agence et basée au Canada et qui envoie des consultants indépendants dans chaque pays d'intervention. Il a été mis en place en 1992 et intervient dans la formation du personnel de santé en surveillance épidémiologique puis les installe dans les Centres de Surveillance Épidémiologique pour une détection rapide des phénomènes épidémiologiques en vue d'organiser vite la riposte.

7.1.2 Pays couverts par l'organisme et type d'appui en fonction des pays

Le PASÉ couvre 6 pays qui sont : La Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, le Niger, le Bénin, le Mali et la Guinée Conakry. Le type d'appui est le même dans tous les pays : appui technique par la formation du personnel de santé en épidémiologie et financier par l'équipement informatique des CSE pour la surveillance épidémiologique.

7.1.3 Mandat, instances de décision, et arbre décisionnel

L'équipe composée par le consultant et les nationaux élabore le plan d'action;
Le comité conjoint approuve le plan d'action;
Le Comité technique est chargé du suivi et de l'exécution les activités.

7.2 Objectifs de la Surveillance Épidémiologique et personnes responsable

7.2.1 Objectif de l'organigramme dans le cadre de la Surveillance Épidémiologique

Il y a un consultant, médecin de santé publique qui appuie le niveau national dans le cadre de la surveillance épidémiologique, donc membre de l'équipe nationale.

7.2.2 Ressources humaines

Le PASÉ a donc un médecin de santé publique, une secrétaire et un chauffeur pour appuyer l'équipe de surveillance épidémiologique au niveau national

7.2.3 Ressources financières

Pour la période 1999 – 2002, le montant des contributions du PASÉ s'élève à 792 000 Dollars Canadien dont 460 000 Dollars financés par l'ACDI et 332 000 Dollars par le gouvernement Béninois en nature.

7.2.4 Ressources matérielles

Il y a 15 ordinateurs portables au niveau des CSÉ qui ont été payés par le PASÉ.

7.2.6 Insuffisance et besoins de ressources

La phase I du PASÉ est terminée en 2002, maintenant la phase II est entrain de se mettre en place.

7.3 Expérience actuelle et passée de surveillance

7.3.1 Description Épidémie nationale ou transfrontalière, année, pays concerné et type d'intervention

En août 2002, à la faveur de la saison des pluies, une épidémie de choléra est apparue à la frontière Bénin – Niger. L'OMS et les autres partenaires ont appuyé le gouvernement Béninois par la mise à disposition de médicaments et d'appui technique.

7.3.2 Partenariat sous régional

Dans ce cadre des accords existent entre certains pays pour l'entraide dans la lutte contre les épidémies qui surgissent aux frontières. Des rencontres régulières des ministres de la santé et de celui de l'intérieur se tiennent en présence des partenaires dans le cadre de la prévention et la lutte contre les épidémies.

7.3.3 Insuffisances de l'organisme, difficultés rencontrées et résultats (échecs ou succès)

La non disponibilité des médicaments sur le marché du pays;
La pénurie de carburants dans les stations d'essence;
Les difficultés des moyens de communication.

7.4 Suggestions et remarques diverses

- Mettre en œuvre le Système intégré de surveillance dans toutes ses composantes;
- Au niveau central, redynamiser la cellule nationale de coordination pour la concertation, la validation et le partage de l'information
- Former le personnel chargé de la surveillance en épidémiologie et en gestion des données;
- Recueillir les données au niveau des Communes pour faire la cartographie des pathologies par Zone Sanitaire (District Sanitaire);
- Impliquer plus étroitement le secteur privé dans la surveillance épidémiologique;
- Equiper les laboratoires en matériels, réactifs et consommables;
- Mettre en place un fonds spécial pour la gestion des épidémies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- Faire la supervision à tous les niveaux;
- Faire la rétro information à tous les niveaux;

8. Conclusions et propositions

Les résultats de cette étude viennent corroborer avec ceux entrepris par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui technique et financier de l'OMS.

Le Bénin a déjà élaboré son Plan Stratégique National de Surveillance Epidémiologique intégrée des maladies transmissibles, de préparation et réponses aux épidémies pour la période 2003-2007, mais ce plan n'a pas encore obtenu de financement. Il devient donc urgent d'organiser une table ronde des bailleurs de fonds en vue d'obtenir un financement pour mettre en œuvre le plan.

9. Annexes

Annexe 1 Liste des personnes interviewées

Type d'institution	Nom de l'institution	Nom de la personne interviewée	Profession	Fonction	Adresse
National	Service de l'épidémiologie et de la surveillance sanitaires des Frontières, Ports et Aéroports	Laurent Assogba	Médecin	Chef de Service	06 BP 2265 Tel/fax :33 01 28 E mail : laurassog@yahoo.fr Cell : 45 49 66
National	Service de l'épidémiologie et de la surveillance sanitaires des Frontières, Ports et Aéroports	Roger Laly	Médecin	Adjoint au chef de Service	06 BP 2265 Tel/fax :33 01 28 E mail : lalyroger@yahoo.fr Cell :91 56 56
National	Service Statistique, Documentation, Recherche Opérationnelle	Rafatou Bachabi Houndekon	Ingénieur Statisticien Démographe	Directeur	06 BP 1158 Tel/fax : 33 01 28 E mail : rafatoub@yahoo.fr
National	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose et d'Élimination de la Filariose Lymphatique	Julius Ekué Gaba	Médecin	Coordonnateur National	BP 882 Tel/Fax : 33 87 17 E mail : pnlob@intnet.bj
National	Service de la réglementation des soins	Jean Gandji	Infirmier diplômé d'État	Chef de service	01 BP : 882 Tel : 334458 Cell : 969244
National	Programme Éradication Ver de Guinée et lutte contre Schistosomiase	Paraïbo Aristide Chakirou	Médecin	Coordonnateur National	BP 882 Tel/Fax : 33 81 45 E mail : pevg-bz @leland.bj Cell : 01 42 79
National	Programme National de Lutte contre le SIDA	Medegan Fagla Kiki Valentine	Médecin	Coordinatrice Adjointe	06 BP 2586 Tel :92 38 79 ou 31 54 88; Fax :33 92 26 E mail :mvkiki@yahoo.fr
National	Laboratoire National de la Santé	Mme Hononta Marie	Ingénieur de Biologie	Chef Division Laboratoire Central	01 BP 418 Tel : 33 08 42 ou 33 08 98 Cell : 03 75 61

					E mail :Insp@intnet.bj
National	Service de vaccination	Dr Chitou Abdou	Médecin	Responsable PEV	06 BP 1784 Tel : (229) 31 61 54 Cell : (229) 90 83 05 E mail : mchitou@intnet.bj

Annexe 2 : Liste des organismes/institutions visités

Orqanismes /institutions visités	Adresse des personnalités rencontrées
Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	Dr Edouard Comlam Comlavi Conseiller Prévention et Lutte contre la Maladie BP 918 Tel : 30 19 07/30 17 53 Fax : 30 42 08 E mail : omsben@bow.intnet.bj
Union européenne	Mme Stéphanie Baud chargée de Programme secteur Social, 01 BP 910 Tel : 31 26 17/31 26 84, Fax : 31 53 28, E mail : stephanie.baud@cec.eu.int
Bureau de la Coopération Canadienne au Bénin	Mme Elvire Ahounou Houénassou spécialiste GED et Développement social 04 BP 1124, Tel : 30 24 79, Fax : 30 05 32, E mail : elvirch@internetbec.com
Médecins Sans Frontières	Christophe Dupont Chef Mission Médecins Sans frontières 01 BP 3943 Tel : 30 77 98 Fax : 30 65 43; E mail : msfbenin@firsnet.bj
Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires	Jacques Philippe F. X. Tossou 01 BP 298, Cell : 95 61 08, E mail : pevben@leland.bj
Projet PASE 2 Bénin	Dr Rose Djiplo N'Guessan Conseillère résidente du CCISD et chef du projet PASE 2 Bénin 06 BP 2265 Tel/fax :33 01 28

Annexe 3 : Calendrier de la mission

Rencontres/Programmes	Adresse	Jour de la rencontre	Heure de la rencontre	Objet de la rencontre
Départ pour Cotonou		03/08/2003	18h50	
Dr Moussa Yaro	Directeur de cabinet MSP Tel : 33 65 78; Cell : 01 81 73	04/08/2003	9h-9h 20	Visite de courtoisie
Dr Dorothee Yevide	Directrice de la Protection Sanitaire Tel : 33 66 79; Cell : 94 59 91	04/08/2003	9h30-10h	Briefing sur l'étude de la SE au Bénin
Dr Laurent Assogba	Chef Service Epidémiologie et surveillance aux frontières : Ports et aéroports	04/08/2003	10h 30-12H30 et de 15-18H	Administration Questionnaire MSP
Réunion de lancement de l'étude su la SE	06 BP 2265 Tel/fax :33 01 28 E mail : dnpssess@intnet.bj	05/08/2003	9h-12h30	Réunion de lancement
Rencontre avec l'équipe de la SE	06 BP 2265 Tel/fax :33 01 28 E mail : dnpssess@intnet.bj	05/08/2003	15H-18h 30	Remplissage questionnaire MSP
Mr Christophe Dupont	Chef Mission Médecins Sans frontières 01 BP 3943 Tel : 30 77 98 Fax : 30 65 43; E mail :	06/08/2003	8h-11h	Remplissage questionnaire organisme

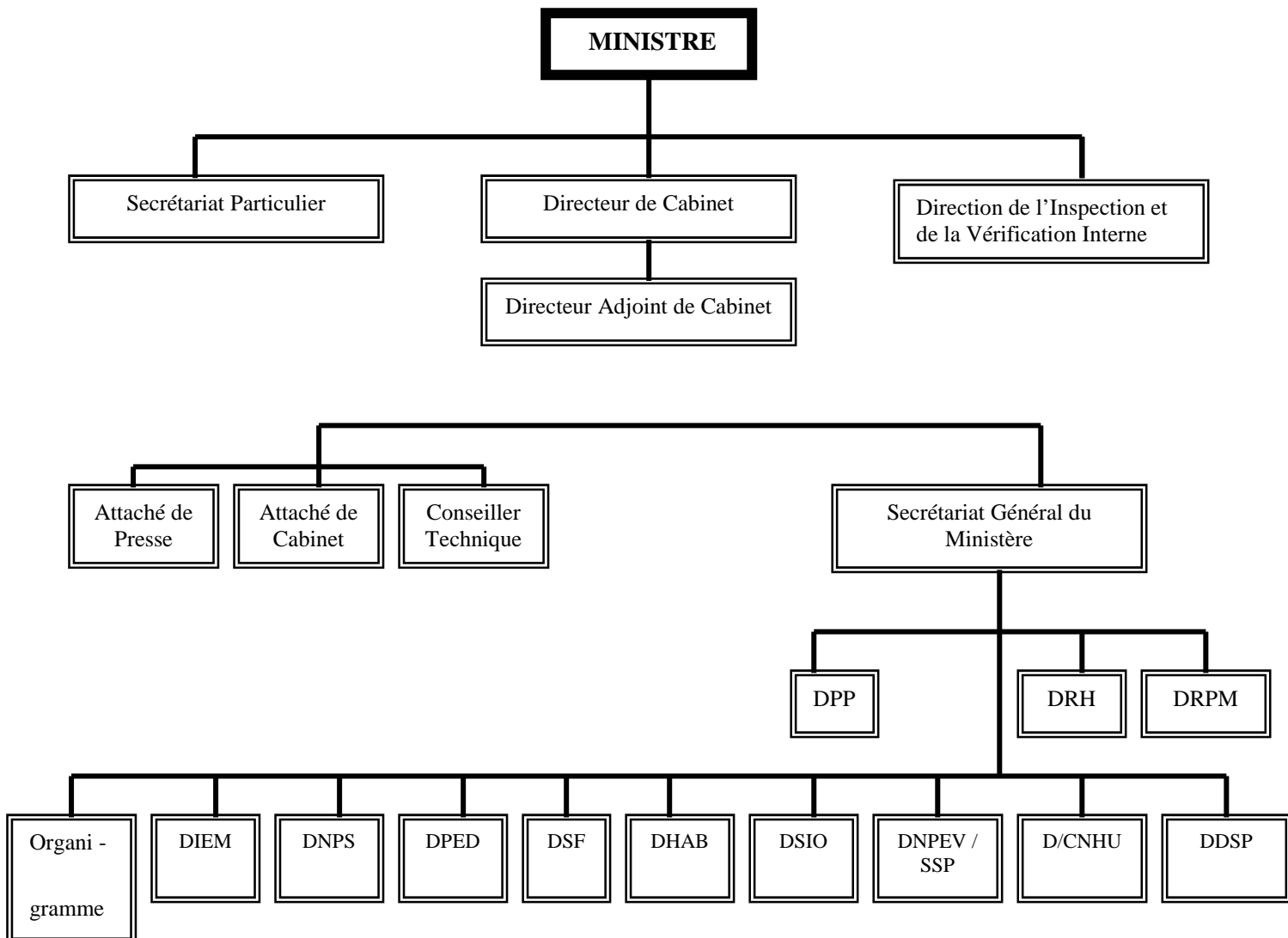
	msfbenin@firsnet.bj			
Dr Paraïso Aristide Chakirou	Coordonnateur programme Eradication ver de Guinée et lutte contre la Schistosomiase	06/08/2003	11H30-14h	Remplissage questionnaire MSP
Dr Edouard Comlan Comlanvi	Conseiller Prévention et Lutte contre la Maladie BP 918 Tel : 30 19 07/30 17 53 Fax : 30 42 08 E mail : omsben@bow.intnet.bj	07/08/2003	9h-11H	Remplissage questionnaire organisme
Mr Jean Gandji	Chef Service Réglementation des Soins 01 BP 882 Tel : 33 44 58; Cell : 96 92 44	07/08/2003	11h30-13h30	Remplissage questionnaire MSP
Dr Juluis Ekué Gaba	Coordonnateur National Programme lutte contre Onchocercose et d'Elimination de la filariose lymphatique BP 882 Tel/Fax : 33 87 17 E mail : pnlob@intnet.bj	08/08/2003	8h 30-11h30	Remplissage questionnaire MSP
Mme Rafatou Bachabi Houndekon	Directeur Statistiques, Documentation, Recherche Opérationnelle 06 BP 1158 Tel : 33 O1 28, E mail rafatoub@yahoo.fr	08/08/2003	17H-18h30	Remplissage questionnaire MSP
Mme Marie Hononta	Chef Division Laboratoire Central Tel : 33 08 42 E mail : Insp@intnet.bj	11/08/2003	8h30-11h30	Remplissage questionnaire MSP
Dr Medegan Fagla Kiki Valentine	Coordonnatrice adjointe Programme National de Lutte contre le Sida, 06 BP 2586, Tel : 92 28 79/31 54 88, Fax : 33 92 26, E mail : mvkiki@yahoo.fr	11/08/2003	17H-19h30	Remplissage questionnaire MSP
Dr Chittou Abdou	Chef Service Vaccination, 06 BP 1784, Tel : 31 61 54, Cell : 90 33 05, E mail : mchitou@intnet.bj	12/08/2003	9h-11h30	Remplissage questionnaire MSP
Réunion de Restitution		13/08/2003	9h-13H	
Mr le chef de la Délégation de l'Union Européenne à Cotonou		13/08/2003	15H-15h 30	Visite de courtoisie
Départ pour Ouagadougou		13/08/2003	19H50	

Annexe 4 : Bibliographie

1. Annuaires Statistiques Sanitaires de 1997 à 2001, Ministère de la Santé Publique
2. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté au Bénin 2003 – 2005. Secrétariat Permanent de la Commission Nationale Pour le Développement et la Lutte contre la Pauvreté Décembre 2002; 77 pages;
3. Document sur le Profil Épidémiologique Pays; Ministère de la Santé Publique du Bénin; janvier 2002; 61 pages;

4. Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Bénin 2001 389 pages;
5. Évaluation du système de Surveillance, de Préparation et de Réponse aux Épidémies du Bénin. Organisation Mondiale de la Santé; Mai 2002; 45 pages;
6. Guide technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte dans la Région africaine. Organisation Mondiale de la Santé; Juillet 2001; 239 pages;
7. Plan National de lutte contre les épidémies, Ministère de la santé du Bénin, Mai 2000, 46 pages,
8. Plan Stratégique National de Surveillance Epidémiologique intégrée des maladies transmissibles, de préparation et réponse aux épidémies aux Bénin 2003-2007, Ministère de la Santé Publique du Bénin, Juillet 2002 , 70 pages
9. Politique et Stratégies de Développement du Secteur Santé 2002-2006. Ministère de la Santé du Bénin, Juillet 2001, 42 pages.

Annexe 5 : Organigramme du Ministère de la Santé Publique du Bénin en 2001



DRFM : Direction des Ressources Financières et du Matériel. Elle est l'organe de conception, d'application et de contrôle es règlements et normes en matière de gestion des ressources, budgétaires, financières et matérielles du Ministère de la Santé Publique.

DRH : Direction des Ressources Humaines. C'est l'organe d'exécution et de contrôle des tâches administratives et de celles relatives à la gestion des carrières des personnels de toutes catégorie gérés par le Ministère, en liaison avec les Directions Techniques, les Directions Départementales et les autres Ministères.

DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective. C'est l'organe de conception et de coordination du processus de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi des programmes du secteur de la santé.

DNPS : Direction Nationale de la Protection Sanitaire. Elle est l'organe de mise en œuvre de la politique sanitaire en matière de santé communautaire, de soins hospitaliers, de l'information, éducation, communication, de l'épidémiologie et de la surveillance sanitaire des frontières, ports et aéroports.

DSF : Direction de la Santé Familiale. C'est l'organe de coordination des activités liées à la santé maternelle et infantile et à la Planification familiale.

DIEM : Direction des Infrastructures, des Equipements et de la maintenance. Elle est l'organe responsable des activités de génie civil, de l'entretien des infrastructures sanitaires, de l'acquisition et de la maintenance des équipements médico – techniques.

DHAB : Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base. C'est l'organe d'application de la politique sanitaire nationale en matière d'Hygiène et d'Assainissement de Base.

DPED : Direction des Pharmacies et des Explorations Diagnostiques. Elle est l'organe d'application de la politique sanitaire en matière de pharmacie, de médicaments et d'Explorations Diagnostiques.

DSIO : Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux. C'est l'organe de conception, de suivi et d'évaluation de l'application des Normes et Standards en matière de prestation de soins infirmiers et de soins obstétricaux.

DNPEV/SSP : Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires.

D/CNHU : Direction du Centre National Hospitalier et Universitaire.

DDSP : Direction Départementale de la Santé Publique.

DIVI : Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne.