African Journal of Perinatology vol.2 issue3 de Sept-Dec 2025 P:(126-137)

FIELD REPORT

Expérience pilote de la triple élimination mère enfant du VIH, Syphilis, Hépatite B dans deux zones sanitaires du Bénin.

Moussa[1] Bachabi, René Kéké[1], Aurel Adjakidje[1], Aldric Afangnihoun[1], Éric Gbaguidi[1], Geres Ahognon[2], Jean Yaovi DAHO[2], Anne Esther Njom Nlend[2]
[1]Programme santé de lutte contre le Sida (bénin)
[2]Cabinet Taka 360
[3]Expertise France

Résumé

Contexte : En 2020, le Bénin a entrepris de mettre en œuvre un programme pilote de triple élimination du VIH, Syphilis, Hépatite B dans deux zones sanitaires que sont Savè-Ouèssè (SaO) et Comé-Bopa-Grand Popo-Houéyogbé (CBGH). A la suite de cette période de mise en œuvre et dans un but de généralisation, une évaluation formelle de cette intervention a été décidée avec pour objectifs de : (i) analyser et documenter les résultats du projet pilote, (ii) recueillir les perceptions des parties prenantes, (iii) faire une analyse des interventions.

Methode /Enquête mixte, comportant une descente sur le terrain dans les zones ciblées avec observation directe dans 25% des sites existants. Recueil des données par interviews d'environ 80% des personnes ciblées tant au niveau périphérique, intermédiaire que stratégique ;

Résultats
Au plan programmatique, les documents normatifs (plan et directives) existent et encadrent l'offre des services avec un système fiable de collecte des données.
La couverture en dépistage est supérieure à 95 % chez les femmes enceintes (FE) pour le VIH et la Syphilis dans les deux zones au cours des deux dernières années. Par contre, pour l'hépatite B, la couverture en dépistage chez les FE est en progression dans les deux zones. La mesure de la charge virale des femmes porteuses d'AgHBs est inférieure globalement à 50% et moins de 10% des femmes infectées sont mises sous traitement.
Le dépistage VIH n'est pas optimal chez les enfants exposés dans les deux zones et varie de 64% à 83% pour les enfants exposés de 6 à 8 semaines de vie dans la zone CBGH et entre 53% et 100% dans SaO. La couverture du dépistage à 18 mois varie de 20% à 69% dans SaO et entre 47,3% et 54,1% dans CBGH. Le dépistage à 9 mois des enfants exposés au VHB n'est pas effectif. A l'opposé, la couverture est excellente en dose naissance du vaccin contre l'hépatite B. La couverture antirétrovirale appréciable chez la mère et le nourrisson à près de 100% pour le VIH est insuffisante pour l'hépatite B et le traitement de la syphilis est non documenté.

Conclusion : Les données programmatiques dans l'ensemble sont meilleures pour le VIH que les autres pathologies. Toutefois la rétention à 18 mois restent largement en deçà des résultats escomptés et est à renforcer

Abstract

Background: In 2020, Benin undertook the implementation of a pilot program for the triple elimination of HIV, Syphilis, and Hepatitis B in two health zones: Savè-Ouèssè (SaO) and Comé-Bopa-Grand Popo-Houéyogbé (CBGH). Following this implementation period, and with the aim of scaling up the program, a formal evaluation of this intervention was undertaken with the following objectives: (i) to analyze and document the results of the pilot project, (ii) to gather stakeholder perceptions, and (iii) to analyze the interventions.

Method: After a mixed-methods survey, including field visits to the targeted areas with direct observation at 25% of existing sites, and data collection through interviews with approximately 80% of the target population at the peripheral, intermediate, and strategic levels, the following findings emerged:

Results: At the programmatic level, the normative documents (plan and guidelines) exist and govern the delivery of services with a reliable data collection system. • HIV and syphilis screening coverage among pregnant women (PWs) in both areas has exceeded 95% over the past two years. However, hepatitis B screening coverage among PWs is improving in both areas. Viral load measurement in women with HBsAg is generally below 50%, and fewer than 10% of infected women are receiving treatment. HIV screening is suboptimal among exposed children in both areas, ranging from 64% to 83% for children aged 6 to 8 weeks in the CBGH area and from 53% to 100% in SaO. Screening coverage at 18 months ranges from 20% to 69% in SaO and from 47.3% to 54.1% in CBGH. HBV screening at 9 months for exposed children is not currently being performed. Conversely, coverage is excellent with the birth dose of the hepatitis B vaccine. Antiretroviral coverage is appreciable in mothers and infants, reaching nearly 100% for HIV, but insufficient for hepatitis B, and syphilis treatment is not documented.

Conclusion: Overall, programmatic data are better for HIV than for other diseases. However, 18-month retention remains well below expected results and needs to be improved

Contexte

Au cours des dernières décennies, de nombreux pays à forte charge de morbidité ont accompli des progrès significatifs dans la prévention des nouvelles infections par le VIH, la Syphilis et le virus de l'hépatite B (VHB) chez les enfants. Depuis 2010, les nouvelles infections au VIH chez les enfants ont diminué de 62 %, passant de 300 000 (220 000-440 000) en 2010 à 120 000 (83 000-170 000) en 2023[1]. Des progrès en matière de réduction des nouvelles infections à VIH sont importants chez les enfants et certains pays ont atteint des taux de transmission mère-enfant (TME) du VIH inférieurs à 5 %. Ces avancées sont principalement dues à l'extension réussie des traitements antirétroviraux (TAR) pour les femmes enceintes séropositives, qui ont amélioré leur santé maternelle et leur fertilité.

Bien que les indicateurs de l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) pour le VIH et la Syphilis soient similaires, des disparités importantes subsistent dans l'épidémiologie du VHB et la mise en œuvre des interventions clés de prévention, notamment la vaccination à la naissance et la vaccination systématique des nourrissons. D'énormes lacunes subsistent toutefois en matière de diagnostic et de traitement de l'hépatite B dans la plupart des pays. Pour atteindre les objectifs de la stratégie mondiale au cours des huit prochaines années, on devra ramener le nombre annuel des nouvelles infections par les virus de l'hépatite B et C d'environ 3 millions en 2020 à 520 000 d'ici à 2030[2].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a joué un rôle clé dans la promotion de la prévention de la transmission verticale du VHB, en intégrant ce dernier à la lutte contre le VIH et la Syphilis. Cette approche, connue sous le nom de « triple élimination » et promue depuis 2021, vise à encourager les pays à traiter simultanément la TME des trois infections, tout en renforçant la prestation de services intégrés. Au Bénin, en moyenne 68.000 personnes vivaient avec le VIH en 2023[3] dont 65% de femmes. Selon l'enquête de séro-surveillance par sites sentinelles réalisée en 2023[4], les prévalences suivantes sont observées :

- VIH : 0,83 % chez les femmes enceintes ;
- Syphilis : 0,13 % ;
- VHB : 6,58 %.

En 2022, dans le cadre de la subvention NFM3 du Fonds mondial, ayant assuré la mise à l'échelle nationale de la stratégie de PTME du VIH et de la Syphilis, le Bénin a lancé une phase pilote de mise en œuvre de la triple élimination du VIH, de la Syphilis et de l'hépatite B de la mère à l'enfant dans deux zones sanitaires savoir *Savè-Ouèssè (SaO) et Comé-Bopa-Grand-Popo-Houéyogbé (CBGH)*. Ce déploiement s'étend actuellement dans trois nouvelles zones.

Intervention

La triple élimination désigne l'effort conjoint pour prévenir la transmission du VIH, de la Syphilis et de l'hépatite B de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Pour y parvenir, l'OMS recommande [5] que les programmes nationaux mettent en place quatre piliers et tenir compte des aspects transversaux de la mise en œuvre.

Les quatre piliers sont les suivants :

- **Prévention primaire de l'infection et de la transmission verticale** :
- **Passerelles et intégration en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR)** :
- **Services maternels essentiels pour l'ETME**
- **Services aux nourrissons, aux enfants et aux partenaires** :

Les aspects transversaux étant les suivants [5] :

- Renforcement du système de santé pour qu'il soit mieux à même de dispenser des soins efficaces et centrés sur la personne ;
- Collecte et analyse d'informations stratégiques ;
- Leadership, mobilisation communautaire, partenariats et coordination entre programmes ;
- Recensement et élimination des obstacles à la triple ETME du VIH, de la Syphilis et du VHB.

L'évaluation a consisté en une enquête transversale, descriptive, mixte (qualitative et quantitative) à visée évaluative. Elle s'est déroulée en avril 2025 dans les deux zones sanitaires servant d'expérience pilote : la zone sanitaire de Savè-Ouèssè (SaO) dans le département des Collines et celle de Comè-Bopa-Grand Popo-Houéyogbé (CBGH) dans le Mono. Le quart des sites a été retenu dans chacune des zones.

Tableau 1: Résumé de l'approche de sélection des sites

ENTITÉS	SITES SÉLECTIONNÉS
ZS SAO	10 sites : HZ (choix raisonné) (1) site confessionnel (choix aléatoire) (1) site privé (choix aléatoire) (7) sites publics (choix avec pas de progression parmi la liste alphabétique des formations sanitaires périphériques publiques catégorisées en sites de bonne et faible performances)
ZS CBGH	11 sites : HZ (choix raisonné) (1) site confessionnel (choix aléatoire) (1) site privé (choix aléatoire)

	(8) sites publics (choix avec pas de progression parmi la liste alphabétique des formations sanitaires périphériques publiques catégorisées en sites de bonne et faible performances)

Le tableau 2 suivant présente de manière succincte les populations à l'étude et les méthodes d'investigation utilisées pour atteindre les objectifs poursuivis.

Tableau *2*: Récapitulatif des outils et techniques utilisés en fonction des objectifs de l'évaluation

Objectifs	Cibles	Méthodes d'investigation
Analyser et documenter les résultats du projet pilote, en identifiant les écarts, insuffisances et bonnes pratiques	Les acteurs des sites et ceux programmatiques	Entretien individuel semi structuré Masque de collecte de données (outils OMS adaptés)
Recueillir les perceptions des parties prenantes et des bénéficiaires pour une meilleure compréhension des attentes et besoins	Acteurs de sites MCZS ou RSO Gestionnaires d'intrants Gestionnaires des données Membres associatifs Femmes enceinte	Entretiens
Faire une analyse approfondie des interventions existantes sur le VIH, la Syphilis et l'hépatite B, leur intégration, ainsi que les défis logistiques et programmatiques rencontrés	Les responsables programmatiques Les responsables des sites MCZS ou RSO Gestionnaires d'intrants Gestionnaires des données Acteurs de laboratoire	Revue documentaire Entretiens Registres
Identifier les difficultés rencontrées par les acteurs	Tous les acteurs	Entretiens
Formuler des recommandations concrètes et opérationnelles en vue de la conception d'une stratégie nationale de mise à l'échelle	Tous les acteurs	Entretiens

Les variables retenues ont servi à apprécier :

- le niveau d'appropriation programmatique de la triple élimination à travers (i) la mise en place de programme et services de qualité, accessibles, acceptables, abordables et appropriés, (ii) l'assurance qualité des données de laboratoire, (iii) la surveillance et l'évaluation des donnés de l'ETME et (IV) la prise en compte des droits humains et de l'égalité des sexes. Cette approche programmatique a été faite pour toutes les (3) pathologies et de manière désagrégée pour chacune puis fusionnée ;
- la mise en œuvre de la triple élimination à travers le niveau de couverture des cibles (indicateurs de processus de la triple élimination), l'appropriation des stratégies par les acteurs, les difficultés éventuelles, la gestion des intrants et l'appréciation des bénéficiaires ;
- les dimensions de la pertinence, de l'efficacité, du processus incluant les intrants, de l'effet, de la capitalisation et de la durabilité.

Résultats

1. Niveau d'appropriation programmatique de la triple élimination

Le niveau d'appropriation programmatique de la triple élimination a été évalué conformément aux quatre piliers que sont (i) la mise en place de programme et services de qualité, accessibles, acceptables, abordables et appropriés, (ii) l'assurance qualité des données de laboratoire, (iii) la surveillance et l'évaluation des données de l'ETME et (IV) la prise en compte des droits humains et de l'égalité des sexes.

La mise en place de programme et services de qualité, accessibles, acceptables, abordables et appropriés

Les acteurs au niveau stratégique, programmatique ainsi que les partenaires techniques ont participé à cette évaluation et il en ressort que :

- **Pour le volet VIH :** il existe un plan national d'élimination de la transmission mère-enfant qui cible le VIH et qui prend en compte les quatre piliers de la prévention que sont : la fourniture d'une prévention primaire du VIH, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à travers les soins et services en prénatal, per partum et en postnatal et les soins et soutien aux femmes et familles affectées. Plusieurs directives encadrant la prise en charge des mères et enfants infectés ou exposés au VIH sont disponibles. Les services de dépistage du VIH sont disponibles dans plus de 95% des établissements de santé offrant les services de consultation prénatale et sont donc facilement accessibles aux femmes enceintes ou allaitantes. Le diagnostic précoce chez les nourrissons exposés repose sur maillage du territoire avec un « *prélèvement fait dans les maternités et sites de suivi des enfants et acheminé vers les plates-formes moléculaires* ». Au cours des trois dernières années aucune rupture n'a été enregistrée aussi bien en intrants de dépistage VIH des mères et enfants qu'en ARV pour les soins aux mères et enfants.
- **Pour le volet syphilis :** le plan national d'ETME l'a intégré et des protocoles et directives sont en place pour le dépistage de la syphilis chez les femmes, le traitement des femmes positives à la Syphilis, le traitement du nouveau-né exposé à la syphilis. Les services de laboratoire pour le diagnostic de la syphilis disponibles sont accessibles. Les intrants pour le dépistage de la syphilis et le traitement des femmes atteintes n'auraient pas connu de rupture ces trois dernières années.
- **Pour le volet hépatite B :** Le plan national d'ETME a pris en compte le VHB avec notamment une extension progressive de la couverture, en commençant par deux zones pour progressivement couvrir l'ensemble du territoire. Il est mis en place une prévention primaire du VHB par la vaccination, notamment chez les nouveaux nés (dans les 24h de vie) et nourrissons (intégrés au PEV) à l'échelle nationale. Les protocoles et normes ont pris en compte le traitement de l'hépatite B par le Ténofovir (TDF) chez les femmes enceintes dépistées positives et le système de quantification et d'approvisionnement est intégré à celui des ARV pour le VIH. Les antiviraux destinés à traiter les mères positives au VHB (si nécessaire) sont inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels avec une indication pour traiter l'infection par le VHB.

L'assurance qualité des données de laboratoire

Pour l'ensemble des trois (03) pathologies ciblées par la triple élimination, il n'est mis en place de systèmes internes d'assurance qualité des données et de systèmes d'assurance qualité externe que pour les tests du VIH. Mais il importe de noter qu'il existe une réglementation nationale sur diagnostics in vitro (DIV) utilisés pour le dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B car « *tous les tests utilisés sont évalués et enregistrés auprès de l'ABMed* ».

Dans le cadre de la triple élimination, l'approvisionnement des réactifs se fait par « *Commande sur la Plate-forme Wambo* » et coordonné par le PSLS avec un plan national d'approvisionnement en réactifs de dépistage du VIH, du VHB et de la syphilis, régulièrement

actualisé. La quantification se fait annuellement. La distribution des réactifs de dépistage du VIH, du VHB et de la syphilis se fait de façon trimestrielle au niveau des zones sanitaires conformément au guide en place.

La surveillance et l'évaluation des données de l'ETME

Pour l'ensemble des trois infections ciblées par la triple élimination mère-enfant, leurs données sont intégrées au système de collecte du ministère et proviennent aussi bien du secteur public que celui privé.

Un système de contrôle de qualité est mis en place et permet d'éliminer les éventuels risques de comptage multiple. De même, des *« Ateliers de validation sont tenus trimestriellement et permettent de rattraper les données manquantes ».*

La prise en compte des droits humains et de l'égalité des sexes

Aucune des trois maladies n'est à déclaration obligatoire dans le pays.

Vu le contexte de l'infection à VIH, il est à rappeler que sa gestion est encadrée par la Loi N° 2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin. Cette loi, en cours de révision, vise à protéger les droits des personnes infectées par le VIH et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'endroit de ces dernières. Elle est complétée par le *Plan quinquennal droits humains et le VIH du Bénin (2020-2024) : « Réduire les Barrières liées aux Droits Humains pour l'Accès aux Soins VIH »*, élaboré par le CNLS-TP en 2020 et des rapports de certaines études dont les résultats sont pris en compte pour l'identification d'interventions visant à renforcer les droits humains.

Il est à noter qu'aucune obligation n'est faite en matière de dépistage en cas de refus de conseil et de dépistage du VIH pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum. De même aucun texte ne prévoit une pratique réelle de stérilisation, de contraception ou d'avortement obligatoire, forcé ou coercitif pour les femmes vivant avec le VIH.

2. Les résultats du projet pilote dans les deux zones sanitaires couvertes

Le déploiement du réactif Syphilis DUO dans les maternités a facilité le dépistage combiné du VIH et de la syphilis avec une couverture au-delà des 99% dans les deux zones.

La prise en charge des femmes séropositives au VIH par les ARV est optimale et bien documentée. Par contre celle de l'hépatite B est faible ou pas suffisamment documentée comme celle de la syphilis qui ne l'a pas été du tout.

Afin de s'assurer de l'offre effective des services dans les sites, une évaluation a été faite par observation directe et il en ressort que 20 des 21 sites offraient plus de 80% des services et donc étaient performants (voir tableau 3).

Tableau 3: Appréciation de l'offre des services de la triple élimination par site

Éléments de vérification	Nombre de sites offrant le service (n)	Fréquence (N = 21)
Fourniture des services de travail et d'accouchement	21	100%
Fourniture des services de dépistage du VIH en CPN	21	100%
Fourniture des services de dépistage de la syphilis en CPN	21	100%
Ce site fournit des services de test HBsAg en CPN	20	95,23%
Ce site fournit des services de test HBe Ag en CPN	0	0%
Fourniture de traitement contre la syphilis aux femmes enceintes	20	95,23%
Offre de thérapie antirétrovirale (TAR) aux mères positives au VIH	21	100%

Éléments de vérification	Nombre de sites offrant le service (n)	Fréquence (N = 21)
Fourniture de vaccination universelle contre l'hépatite B à la naissance aux nouveau-nés.	21	100%
Fourniture des soins post-partum aux nourrissons exposés au VIH.	21	100%
Fourniture de prophylaxie antirétrovirale contre le VIH pour les nourrissons.	21	100%
Fourniture des soins post-partum aux nourrissons exposés à la syphilis.	12	57,14%
Fourniture de trois doses de vaccin contre l'hépatite B (HepB3) à tous les nourrissons (site de vaccination).	9	42,86%
Fourniture des soins post-partum aux femmes.	21	100%
Fourniture de conseils en allaitement aux femmes.	21	100%
Site performant (offre de plus de 80% des services)	**20**	**95,23%**

3. Perceptions des parties prenantes et des bénéficiaires pour une meilleure compréhension des attentes et besoins

L'ensemble des acteurs du système de santé ont globalement une perception réaliste de la triple élimination. Toutefois, certains acteurs estiment qu'il s'agit de l'accent désormais mis sur le volet de l'hépatite B.

Toutefois, certaines perceptions minimalistes de la triple élimination la réduisant à la sensibilisation et au dépistage des femmes ont été notées surtout auprès des acteurs des sites.

Pour les bénéficiaires, 37% des répondants des femmes utilisatrices de services rencontrées sur les sites ont lié la triple élimination à la question exclusive du VIH/Sida. A peine une femme (10,20%) sur dix a abordé la question du traitement et du suivi des femmes porteuses de l'une de ces infections. Ceci impose de revoir la communication à l'endroit des utilisateurs.

4. Analyse des interventions existantes sur le VIH, la Syphilis et l'hépatite B, leur intégration, ainsi que les défis logistiques et programmatiques rencontrés

L'offre de la triple élimination est assurée au niveau des sites par des acteurs à profil varié. Plus de huit acteurs sur dix (85,29%) sont impliqués dans la triple élimination et 96,55% essentiellement dans la mise en œuvre.

L'analyse comparée des normes nationales et de ce qui est fait dans les deux zones en matière d'offre de la triple élimination VIH se résume dans les tableaux ci-après :

Tableau 4: Analyse de l'offre comparée aux normes de la triple élimination (Volet VIH)

Période	Interventions normatives (grandes lignes)	Constats	Ecarts
Pendant la grossesse	Proposition systématique du dépistage dès le premier contact Mise systématique sous ARV des gestantes séropositives	En dehors de la demande de la charge virale qui n'était pas systématique, tous les autres volets sont bien respectés	La non systématisation de la demande de charge virale

Période	Interventions normatives (grandes lignes)	Constats	Ecarts
	Dosage de la charge virale Education thérapeutique pour l'observance Conseils sur l'alimentation de l'enfant Reprise du test au dernier trimestre si antérieurement négatif		
A l'accouchement	Proposition et réalisation du dépistage pour celles retrouvées à l'accouchement et qui ne l'avait pas fait Mettre sous traitement ARV celles dépistées positives ou s'assurer de la prise effective des ARV si elle était positive connue et sous traitement Pratiquer « l'accouchement propre et sûr » Administration de la première dose d'ARV prophylactique au nouveau-né	Les pratiques sont conformes aux normes	
En post partum	Poursuite du traitement ARV chez la mère Réalisation du dépistage précoce de l'enfant (entre 6 et 8 semaines) Prophylaxie antiretriovirale de l'enfant Dépistage définitif de l'enfant à 18 mois	Les pratiques sont citées mais il est à noter que tous les enfants n'ont pu bénéficier du dépistage précoce encore moins du dépistage à 18 mois.	Les difficultés de rétention du couple mère enfant dans le continuum de soins jusqu'à la connaissance du statut définitif de l'enfant.

Tableau 5: Analyse de l'offre comparée aux normes de la triple élimination (Volet VHB)

Période	Interventions normatives (grandes lignes)	Constats	Ecarts
Pendant la grossesse	Proposition systématique du dépistage dès le premier contact Mise systématique sous TDF des gestantes séropositives à partir de la 28ème semaine d'aménorrhée Dosage de la charge virale ou à défaut faire le test d'Ag HBe	Le test est proposé mais il est à noter que toutes les femmes enceintes sur les sites n'ont pas bénéficié du test Peu de femmes positives ont bénéficié du dosage de la charge virale (rupture de réactifs et/ou méconnaissance des acteurs)	Non couverture de toutes les femmes enceintes en dépistage Non maîtrise du circuit de prise en charge des cas positifs (absence de clarté dans la délégation)

Période	Interventions normatives (grandes lignes)	Constats	Ecarts
	Proposition de la vaccination aux négatives	Des femmes positives n'ont pu être mises sous traitement sur les sites (orientation vers des prescripteurs notamment dans SaO sans assurance sur la suite) Dosage de l'Ag HBe non effectif	Insuffisance de réalisation de la charge virale
A l'accouchement	Proposition et réalisation du dépistage pour celles retrouvées à l'accouchement et qui ne l'avait pas fait Mettre sous traitement TDF celles dépistées positives ou s'assurer de la prise effective du TDF si elle était positive connue et sous traitement Pratiquer « l'accouchement propre et sûr » Administrer le vaccin contre l'hépatite au nouveau-né dans les 24h	Les pratiques sont conformes aux normes Plus 95% des enfants nés reçoivent leur dose de vaccin à la naissance	
En post partum	Poursuite du TDF chez la mère jusqu'à trois mois et l'orienter vers un site pour son suivi personnel Vaccination de l'enfant conformément au calendrier du PEV (3 doses) Dépistage de l'enfant exposé à 9 mois	55,88% ont rappelé la poursuite du traitement antiviral mais 23,52% seulement ont précisé que le traitement doit se poursuivre jusqu'à trois mois 52,94% des acteurs reconnaissent que l'enfant né de mère positive à l'hépatite B doit être dépisté à 9 mois	La non maîtrise du schéma de poursuite du traitement de l'hépatite B ainsi que de la période de dépistage de l'enfant exposé.

Tableau 6: Analyse de l'offre comparée aux normes de la triple élimination (Volet Syphilis)

Période	Interventions normatives (grandes lignes)	Constats	Ecarts
Pendant la grossesse	Proposition systématique du dépistage dès le premier contact Administration de la pénicilline G retard aux gestantes positives	Le dépistage est fait avec les tests DUO Le traitement des femmes n'est pas documenté	L'absence de documentation des cas traités

Période	Interventions normatives (grandes lignes)	Constats	Ecarts
A l'accouchement	Proposition de du test pour celles qui n'en avaient pas bénéficié Traitement des cas positifs	Les acteurs n'ont pas été précis sur la gestion des cas	
En post partum	Traitement des enfants exposés : asymptomatique : •Pénicilline G retard à la dose unique de 50.000UI/kg en IM •Symptomatique : Pénicilline G procaïne à raison de 50 mg/kg en une dose IM puis référence pour la poursuite de sa prise en charge	Seul un agent a rappelé que le *« traitement du nouveau-né est fonction du cas symptomatique ou asymptomatique »*	L'insuffisance de maitrise du protocole de prise en charge de l'enfant exposé à la syphilis et des cas de syphilis congénitale

Dans l'ensemble des sites parcourus, l'appréciation de l'offre de services a montré une bonne intégration des activités de la triple élimination dans le paquet de services offerts. L'ensemble des responsables des départements et zones sanitaires rencontrés ont unanimement reconnu et salué le niveau intégré de l'offre de ces interventions : « *Approche bien intégrée dans l'ensemble des formations sanitaires offrant la CPN* »

Les difficultés recueillies auprès des différentes parties prenantes se résume de façon suivante :

Au niveau des acteurs des sites :

- Les perdues de vue
- Les difficultés de maîtrise des différents protocoles

Au niveau des responsables des zones et départementaux

- La difficulté à réaliser la charge virale de l'hépatite B,
- L'absence de délégation formelle de la prise en charge des cas d'hépatite B chez les femmes,
- L'absence de gratuité de la vaccination chez les femmes négatives au VHB,

Au niveau programmatique :

- La difficulté de mobilisation de ressources notamment pour la lutte contre l'hépatite B et l'environnement international de plus en plus incertain.

Leçons apprises

Au terme de la présenté évaluation, il ressort qu'une réussite de l'implémentation de la triple élimination passe par :

- Une bonne appropriation programmatique avec l'adoption d'un plan intégré et la mise en place des documents normatifs
- Une bonne capacitation et un bon suivi des acteurs pour l'offre des services conformément aux directives et normes
- Une bonne gestion des intrants en assurant leur disponibilité
- L'assurance qualité des tests de laboratoires
- La mise en place d'un bon mécanisme de rétention du couple mère enfant dans le continuum de soins de la triple élimination VIH/VHB/Syphilis de la mère à l'enfant.

Recommandations [6 ,7]

Les principales recommandations issues de cette évaluation sont davantage programmatiques et il s'agit de :

A l'endroit du niveau stratégique : CNLS-TP, PSLS, ANSSP, PNLH

- Booster le pôle ETME VHB de l'intervention en l'intégrant partout au niveau de la dispensation de services par les sages-femmes et acteurs de maternités ;

- Confectionner des aides mémoires sous forme d'affiches sur les protocoles de dépistage, mise sous traitement, et le suivi.

A l'endroit du niveau opérationnel : DDS et ZS

- En matière de couverture en CPN, capturer la population de référence des FE attendues et prendre en compte la problématique des mortinaissances ;
- Renforcer le pôle communautaire pour la rétention des enfants exposés et le diagnostic définitif à 9 mois pour VHB et à 18 mois pour le VIH
- Former et recycler le personnel notamment sur le calendrier de dépistage tardif des enfants exposés
- Impliquer les partenaires et les maris modèles dans la lutte contre la stigmatisation et parvenir à la normalisation de l'infection VIH/Syphilis/HBV chez les des femmes
- Assurer la formation continue des SFE/FF (faisant fonction) des ZS sur la 3ETME (Financement communautaire) pour le continuum de soins (ZS).

Conclusion

Au terme de l'évaluation de ce projet pilote, il peut en être attesté globalement la pertinence en corrélation avec les standards et les composantes 3ETME de l'OMS. Pour l'impact, il est à retenir ici que les effets observés pour les services VIH assez bien documentés sont encourageants et devraient être superposables à ceux des services VHB et Syphilis

Conflit d'intérêt : aucun

Liste des acronymes

ARV : Antirétroviraux
ASCQ : Agent de santé communautaire qualifié
CNLS-TP : Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies.
CPN : Consultation Prénatale
CV : Charge Virale
DDS : Directeur départementale de la santé
DHZ : Directeur d'hôpital de zone
3ETME : Triple élimination de la transmission mère-enfant
FE : Femmes enceintes
MCZS : Médecin de coordonnateur de zone sanitaire
OMS : Organisation mondiale de la santé
PCR: Polymerase Chain Reaction
POC : Point of Care
PSLC /IST : Programme santé de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissible
PTME : Prevention de la transmission Mère-enfant
RC : Relais Communautaire
RSO : Responsable des soins obstétricaux
SoBAPS : Société béninoise d'approvisionnement en produit de santé
TAR : Traitement anti rétroviral
VHB : Virus de l'hépatite B
VIH : Virus de l'Immunodéficience humain
ZS : Zone sanitaire

Références

1. Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet consulté le 06/04/2025
2. Organisation mondiale de la Santé O. Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030.2022
3. Global AIDS Update 2025https://aidsinfo.unaids.org/
4. Ministère de la Santé. Enquête Nationale de sérosurveillance par sites Sentinelles du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis auprès des femmes enceintes. Bénin. Edition 2023
5. Organisation mondiale de la Santé, Organisation. "Présentation d'un cadre pour la triple élimination de la transmission

mère-enfant du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B: note de synthèse., 2024.
6. Venkatesan P. Maldives achieves triple elimination of mother-to-child disease transmission. The Lancet Microbe. 2026 Feb 1;7(2).
7. World Health Organization. Country guidance for planning triple elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus programmes: web annex A: scoping review of strategies and missed opportunities.2025