



RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014



Mars 2014



TABLE DES MATIERES	
TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES.....	4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	5
I. APERÇU DE LA SITUATION.....	7
1.1. Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport	7
1.2. Situation actuelle de l'épidémie.....	8
1.3. Riposte au plan politique et programmatique.....	9
1.4. Récapitulatif des indicateurs	10
II. APERÇU DE L'EPIDEMIE DU VIH ET DU SIDA.....	20
2.1. Prévalence de l'infection à VIH	21
2.1.1 Chez les femmes enceintes.....	21
2.1.2 Dans la population générale.....	22
2.1.3 Au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection	22
2.1.4 Au sein des groupes spécifiques.....	23
2.1.5 Evolution de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes au Bénin.....	25
2.2. Estimations et projections des indicateurs de 2013 à 2020.....	25
III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU VIH ET DU SIDA	29
3.1. Coordination de la réponse nationale	29
3.2. Etat d'avancement de la mise en œuvre des aspects de l'accès universel.....	29
3.2.1 Réduction de la transmission par voie sexuelle	30
3.2.2. Appui aux OEV et PVVIH	34
3.3. Elimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduction sensible du nombre de décès maternels liés au sida	37
3.4. Interventions de la lutte contre le sida en milieu de travail	38
3.4.1 Au niveau du secteur public.....	38
3.4.2 Au niveau du secteur privé	39
3.5 Soins et traitement.....	42
3.5.1. Traitement par les ARV	42
3.5.2. Prise en charge des Infections Opportunistes.....	42
3.5.3. Prise en charge psychosociale et nutritionnelle	43
3.6. Financement de la réponse.....	46
3.7. Intégration des services	48
3.8. Elimination des inégalités entre les sexes	49

IV. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES.....	52
4.1. Progrès réalisés.....	52
4.2. Obstacles ayant entravé la riposte nationale	52
4.3. Mesures correctives	53
V. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	55
5.1. Appui financier.....	55
5.2. Appui technique.....	56
VI. SUIVI ET EVALUATION	57
6.1. Aperçu de l'état du Système Unique de Suivi et Evaluation (SUSE).....	57
6.2. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du SUSE	62
6.2.1 Difficultés liées à la gouvernance	62
6.2.2 Difficultés liées à la qualité des ressources humaines	62
6.2.3 Difficultés liées au renseignement des indicateurs	62
6.3. Mesures correctives pour surmonter ces difficultés	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs de suivi de la Déclaration de Politique sur le VIH.....	10
Tableau 2 : Prévalence de l'infection à VIH par département et selon le milieu de résidence	21
Tableau 3 : Taux d'acceptation du test VIH et de séroprévalence chez les tuberculeux, toutes formes confondues par département en 2013.....	24
Tableau 4 : Taux d'acceptation au test VIH et de séroprévalence chez les nouveaux cas TPM+ en 2013	24
Tableau 5 : Projection pour les adultes (15-49 ans)	25
Tableau 6 : Projection pour les personnes de 15 ans et plus	27
Tableau 7 : Projection pour les jeunes de 15 à 24 ans	27
Tableau 8 : Projection pour les enfants de 0 à 14 ans.....	27
Tableau 9 : Projection pour les enfants de 0 à 1 an.....	27
Tableau 10 : Projection pour les orphelins et enfants vulnérables (en milliers).....	28
Tableau 11 : Répartition des différents appuis aux OEV en 2013	35
Source : Plan Bénin, Caritas, CeRADIS	35
Tableau 12 : Répartition des différents appuis aux PVVIH en 2013.....	36
Tableau 13 : comparaison de l'utilisation de la monothérapie et de la tri prophylaxie / tri thérapie sur les cinq dernières années.....	38
Tableau 14 : Acteurs formés à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de politiques et programmes de prévention du VIH sur les lieux de travail	41
Tableau 15 : Evolution du nombre de PVVIH recevant les ARV de 2008 à 2012 (effectif cumulé).....	42
Tableau 16 : Décomposition des différentes sources de financement en 2012	47
Tableau 17 : Analyse situationnelle du système unique de Suivi et Evaluation au Bénin	57

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Prévalence du VIH selon les départements du Bénin	20
Figure 2 : Tendances de l'infection à VIH de 2002 à 2013 chez les femmes enceintes selon les milieux de résidence.....	25
Figure 3 : Besoins en traitement ARV de 2013 à 2020	28
Figure 4 : Evolution des dépenses totales liées à la riposte au VIH/sida de 2011 à 2012.....	46
Figure 5 : Décomposition des dépenses par sources de financement en 2012.....	46

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

ABDD	: Association Béninoise de Droit de Développement
AGR	: Association Génératrice de Revenus
ARV	: Anti Rétro Viraux
BAD	: Banque Africaine de Développement
BM	: Banque Mondiale
CALS	: Comité d'Arrondissement de Lutte contre le Sida
CAP	: Connaissances Attitudes Pratiques
CCLS	: Comité Communal de Lutte contre le Sida
CDLS	: Comité Départemental de Lutte contre le Sida
CDI	: Consommateurs de Drogues Injectables
CEBAC-STP	: Coalition des Entreprises Béninoises et Associations privées pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
CIPEC	: Centre d'Informations, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CRIS	: Country Response Information System
CVLS	: Comité Villageois de Lutte contre le SIDA
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ESDG	: Enquête de Surveillance de Deuxième Génération
ETME	: Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
FM	: Fonds Mondial
HAAR	: Hôpital Auberge de l'Amour Rédempteur de Dangbo
HSH/ MSM	: Homme ayant des rapports sexuels avec des Hommes / Men having Sex with Men
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JMS	: Journée Mondiale de lutte contre le Sida
MCAT	: Ministère de la Culture, de l'Artisanat et du Tourisme
MOT	: Modes of transmission
MPDEAP	: Ministère de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique
MS	: Ministère de la Santé
ND	: Non Disponible
NA	: Non Applicable
OCAL	: Organisation du Corridor Abidjan Lagos

OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida
OSC	: Organisation de la Société Civile
PALS/BAD	: Projet d'Appui à la Lutte contre le VIH/Sida/Banque Africaine de Développement
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PARL/Sida	: Projet d'Appui au Renforcement de le Lutte contre le Sida
PMLS	: Projet Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSI	: Population Services International
PSN	: Plan Stratégique National
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RABeJ/SD	: Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagés dans la Santé et le Développement
REMASTP	: Réseau des Médias Africains engagés pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
RéBAP+	: Réseau Béninois des Associations de Personnes vivant avec le VIH
ROAFEM	: Réseau des Organisations et Associations de Femmes contre la féminisation de l'épidémie
ROBS	: Réseau des ONG Béninoises de Santé
SE	: Suivi –Évaluation
SEIB	: Société d'Electricité Industrielle du Bénin
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SP	: Secrétariat Permanent
SP/CNLS	: Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida
TS	: Travailleuse de Sexe
UGFM	: Unité de Gestion du Fonds Mondial
UFLS	: Unité Focale de Lutte contre le Sida
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United State Agency for International Development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. APERÇU DE LA SITUATION

1.1. Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

Pour une participation large et multisectorielle, le processus d'élaboration du présent rapport, sous les auspices du SP/CNLS, a impliqué différents acteurs :

- le secteur public (Ministère de la Santé à travers le Programme National de Lutte contre le Sida, les Unités Focales de Lutte contre le SIDA des Ministères, de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs, de l'Agriculture de l'Elevage et de la Pêche ; des trois ordres d'enseignement ; du Développement et de la Prospective ; de la Défense Nationale, des Finances et de l'Economie ; de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et les Personnes de Troisième Age et les structures décentralisées du CNLS;
- le secteur privé (UGFM SEIB.sa, CEBAC STP...)
- la société civile (ROBS, REBAP+, RABEJ/SD, REMASTP, ABDD/IDLO, CERADIS, ROAFEM ...);
- les Projets et Programmes (PNLS, OCAL, Plan Bénin, GIP ESTHER, PSI, ABPF,....)
- Les partenaires au développement (ONUSIDA, UNICEF, OMS, BIT/SIDA, FNUAP).

Plusieurs étapes ont été suivies:

- la prise de contact avec l'ONUSIDA, le PNLS, OMS et d'autres acteurs pour la validation du processus d'élaboration du rapport ;
- la création d'une équipe pilote pour conduire les travaux d'élaboration du rapport et de sa soumission en ligne ;
- la détermination des sources d'informations, la collecte des données et leurs analyses ;
- la soumission du rapport et des formulaires à l'ONUSIDA à Genève (AIDSreporting@unaids.org).

Les différentes sources d'informations utilisées dans le cadre du processus sont :

- le rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH et le Sida 2012 ;
- le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2012 – 2016 ;
- le document d'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale face au VIH et le Sida (2011);
- le rapport de l'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/Sida au Bénin 2012 (TS et serveuses ; camionneurs et clients TS ; Adolescents et jeunes de 15 à 24 ans) ;
- le Plan National d'Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (2012-2015) ;
- le document de Stratégie Nationale de Passage à l'Echelle PTME 2011;
- le rapport de l'Enquête CAP sur le VIH et les déterminants des comportements à risque dans les entreprises du secteur privé du Bénin (2011) ;
- le rapport de l'évaluation de l'accès universel à la prévention, traitement, aux soins et soutien ;
- le rapport de l'Enquête de surveillance de deuxième génération relative aux IST, VIH et Sida, dans les ports d'Apapa, de Cotonou, de Lomé, de Tema et d'Abidjan, 2013 (camionneurs et professionnelles du sexe) ;

- le rapport de monitoring des données du PNLS, 2013 ;
- le rapport de progrès de l'UGFM SEIB sa ;
- le rapport annuel 2013 de l'ABPF ;
- le rapport de la cartographie et de l'estimation des tailles des populations clés les plus exposées au risque de transmission du VIH : PS, HSH le long du Corridor, août 2012 ;
- le Plan stratégique régional de riposte aux IST au VIH et au Sida le long du Corridor 2012-2016 ;
- le rapport de l'Enquête Nationale de Sérosurveillance Sentinelle du VIH et de la Syphilis auprès des femmes enceintes ;

1.2. Situation actuelle de l'épidémie

Sur le plan épidémiologique, le Bénin à l'instar des autres pays de la sous-région, est un pays à épidémie mixte. Depuis 2002, la prévalence du VIH s'est stabilisée à 1,2% dans la population générale. Malgré cette tendance à la stabilisation, il existe des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations clés plus exposées aux risques d'infection, notamment les Travailleuses de sexe (TS), leurs partenaires, les prisonniers, les HSH et les UDI.

Trois études contribuent à renseigner les données épidémiologiques de l'infection au Bénin. IL s'agit de:

- l'Enquête de Surveillance Sentinelle auprès des femmes enceintes admises en consultation prénatale ;
- l'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection et des sous-populations spécifiques (ESDG) ;
- l'Enquête Démographique et de Santé associée à la biologie du VIH et des IST (EDS+).

Elles ont permis d'obtenir les résultats suivants :

- La prévalence pondérée de l'infection à VIH est estimée respectivement à 1,7% 1,9% et 1,89% au cours des années 2010, 2011 et 2012. Le stéréotype de VIH isolé est essentiellement le VIH1.
- Au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection, la prévalence de l'infection par le VIH est estimée respectivement chez les TS et leurs clients en 2012¹ à 20,9%, et 2,3%.
- La prévalence de l'infection à VIH dans les groupes spécifiques est estimée à : 3,2% en 2012 chez les camionneurs, 16,0%² en 2012 chez les tuberculeux toutes formes confondues, 2,9% chez les prisonniers en milieu carcéral (2009), 6,7%³ chez les UDI et 12,6%⁴ chez les HSH.
- Le Bénin en 2011-2012, a organisé une Enquête Démographique et de Santé associée à la biologie du VIH et des IST qui a permis d'estimer une prévalence de 1,2% avec 1,4% pour les femmes et 1,0% pour les hommes au sein de la population générale⁵.

¹ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération (ESDB IV-Bénin, 2011-2012)

² Rapports d'activités PNT 2012

³ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération du VIH et des IST auprès des utilisateurs de drogues injectables au Bénin, 2013

⁴ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération du VIH et des IST auprès des HSH au Bénin, 2013

1.3. Riposte au plan politique et programmatique

Plusieurs actions ont été menées dans le cadre de la riposte aux plans national et international.

➤ Au niveau national

- Sur le plan politique :
 - L'organisation du forum sur l'Élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH sous le leadership du Ministre de la santé en 2013 qui a permis de faire l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du plan de l'ETME ;
 - L'engagement du Gouvernement à travers l'augmentation des ressources financières et matérielles en 2013 (contribution à l'achat des ARV, réactifs et consommables médicaux), et humaines (mise à disposition du personnel SP/CNLS ; PNLs CIPEC, ZS etc.) pour la lutte contre le VIH/Sida.

- Sur le plan programmatique :
 - Enquête de surveillance de deuxième génération relative aux IST, VIH et Sida, dans les ports d'Apapa, de Cotonou, de Lomé, de Tema et d'Abidjan, 2013 (camionneurs et professionnelles du sexe) ;
 - Rapport de monitoring des données du PNLs, 2013 ;
 - Rapport de progrès de l'UGFM SEIB sa ;
 - Rapport annuel 2013 de l'ABPF ;
 - Enquête Nationale de Sérosurveillance Sentinelle du VIH et de la Syphilis auprès des femmes enceintes
 - Joint Program Monitoring System (JPMS) guidance for 2012-2013 reporting

➤ Au niveau international

- Organisation, en Septembre 2012 à New York, en marge des travaux de l'Assemblée Générale des Nations Unies, d'une session spéciale sur la Responsabilité Partagée et la Solidarité Mondiale, session à laquelle ont participé de nombreux Chefs d'Etats et de gouvernements, le Directeur Exécutif de l'ONUSIDA, la Secrétaire d'Etat américaine, Hilary Clinton, ainsi que d'autres imminentes personnalités philanthropiques et de la société civile ;
- Participation du Bénin aux différentes rencontres de la commission ONUSIDA- Lancet
- Participation du Bénin à la rencontre d'Abuja
- Organisation d'une session spéciale sur la Responsabilité Partagée lors du XIVème Sommet de la Francophonie à Kinshasa en Octobre 2012 ;
- Adoption par les Chefs d'Etats et gouvernements africains de la feuille de route sur la Responsabilité Partagée et la Solidarité Mondiale pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ;
- Revitalisation de l'Observatoire du Sida en Afrique (Aids Watch Africa, AWA)

⁵ EDS IV Bénin 2011-2012.

1.4. Récapitulatif des indicateurs

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs de suivi de la Déclaration de Politique sur le VIH

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
Population générale												
1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	Nombre des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions.	F	15-19	741	Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	F	15-19	2907	25.50	EDS 2012	INSAE
				20-24	680			20-24	2893	23.50		
			M	15-19	264		M	15-19	976	27.10		
				20-24	241		M	20-24	654	36.90		
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	F	15-19	346	Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans	F	15-19	2907	11.90	EDS 2012	INSAE
				20-24	338			20-24	2893	11.70		
			M	15-19	164		M	15-19	976	16.80		
				20-24	99		M	20-24	654	15.20		
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.	F	15-19	61	Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans	F	15-19	2907	2.10	EDS 2012	INSAE
				20-24	69			20-24	2893	2.40		
				25-49	90			25-49	10799	0.83		
			M	15-19	75		M	15-19	976	7.70		
				20-24	136		M	20-24	654	20.80		
				25-49	727		M	25-49	2803	25.94		
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent	Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel	F	15-19	20	Nombre de personnes interrogées de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un	F	15-19	60	33.00	EDS 2012	INSAE
				20-24	24			20-24	68	36.00		
				25-49	21			25-49	89	23.60		
			M	15-19	30		M	15-19	75	40.30		
				20-24	62		M	20-24	136	45.80		

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
	avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.		25-49	114	partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.		25-49	727	15.68		
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Nombre de répondants âgés de 15 à 49 ans ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	F	15-19	273	Nombre total des répondants âgés de 15 à 49 ans. Le dénominateur inclut les répondants qui n'ont jamais entendu parler du VIH ou du sida.	F	15-19	2907	9.40	EDS 2012	INSAE
				20-24	521			20-24	2893	18.00		
				25-49	1622			25-49	10799	15.02		
			M	15-19	37		M	15-19	976	3.80		
				20-24	50			20-24	654	7.60		
				25-49	143			25-49	2803	5.10		
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives	F		718	Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH	F	101455	0.71	Rapports de monitoring (S1 et S2) 2013	PNLS	
Professionnel(le)s du sexe												
1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » aux deux questions	F	<25	194	Nombre total de professionnel(le)s du sexe ayant été interrogé(e)s.	F	<25	219	88.58	ESDG TS 2012	PNLS
				25+	445			25+	485	91.75		
			M	<25	ND		M	<25	ND			
				25+	ND			25+	ND			
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.	F	<25	221	Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels tarifés au cours des 12 derniers mois.	F	<25	277	79.78	ESDG TS 2012	PNLS
				25+	590			25+	675	87.41		
			M	<25	ND		M	<25	ND			
				25+	ND			25+	ND			
1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du	Nombre de professionnel(le)s	F	<25	163	Nombre de professionnel(le)s	F	<25	178	91.57	ESDG TS 2012	PNLS
				25+	495			25+	527	93.93		

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
	sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<i>du sexe ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.</i>	M	<25	ND	<i>du sexe inclus dans l'échantillon.</i>	M	<25	ND			
				25+	ND			25+	ND			
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif.</i>	F	<25	40	<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de dépistage.</i>	F	<25	302	13.25	ESDG TS 2012	PNLS
				25+	172			25+	709	24.26		
			M	<25	ND		M	<25	ND			
				25+	ND			25+	ND			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes												
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	<i>Nombre de HSH ayant répondu « oui » aux deux questions.</i>	M	<25	187	<i>Nombre total de HSH ayant été interrogés.</i>	M	<25	190	98.42	ESDG HSH 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	99			25+	101	98.02		
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal.</i>	M	<25	151	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois.</i>	M	<25	184	82.07	ESDG HSH 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	81			25+	98	82.65		
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH</i>	M	<25	94	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes inclus dans</i>	M	<25	190	49.47	ESDG HSH 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	61			25+	101	60.40		

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
	mois et qui en connaissent le résultat	<i>au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.</i>				<i>l'échantillon.</i>						
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif.</i>	M	<25	12	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage.</i>	M	<25	143	8.39	ESDG HSH 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	13			25+	63	20.63		
Utilisateurs de Drogues Injectables												
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	<i>Nombre de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois par les Programmes de distributions d'Aiguilles et de Seringues (PAS).</i>	ND			<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays</i>	ND			ND		
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel</i>	M	<25	12	<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent</i>		<25	22	54.55	ESDG UDI 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	49			25+	127	38.58		
			F	<25								
				25+	3				4	75.00		
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'elles se sont</i>	M	<25	11	<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant déclaré s'être injecté de la drogue au cours du mois dernier.</i>		<25	18	61.11	ESDG UDI 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	83			25+	96	86.46		

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur		Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable	
			<25	25+		<25	25+					
		<i>injectés de la drogue.</i>	F	<25								
				25+	3		3	100.00				
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<i>Nombre de consommateurs de drogues interrogés ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.</i>	M	<25	7	<i>Nombre de consommateurs de drogues inclus dans l'échantillon.</i>	<25	8	87.50	ESDG UDI 2014	SP/CNLS, Plan Bénin	
				25+	42		25+	45	93.33			
			F	<25								
				25+	1			1	100.00			
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif.</i>	M	<25	1	<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage.</i>	<25	17	5.88	ESDG UDI 2014	SP/CNLS, Plan Bénin	
				25+	7		25+	99	7.07			
			F	<25								
				25+	0			3	0.00			
Prévention de la Transmission Mère Enfant												
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant</i>	a) Thérapie antirétrovirale pour les femmes enceintes séropositives au VIH qui sont éligibles pour le traitement	915	<i>Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois</i>	3428			26.69	Rapport de monitoring (S1 et S2) 2013, Estimations du Spectrum	PNLS	
			b) Prophylaxie pour les mères basée sur la trithérapie antirétrovirale	613					17.88			
			c) AZT maternelle	ND					ND			
			d) Dose unique de névirapine uniquement	31					0.90			

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	<i>Nombre de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie, pendant la période couverte par le rapport. Les nourrissons ayant été dépistés ne devraient être comptés qu'une seule fois.</i>	611			<i>Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois.</i>	743			82.23	Rapport de monitoring (S1 et S2) 2013,	PNLS
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	<i>Le numérateur est constitué par le nombre estimé d'enfants qui seront nouvellement infectés par le VIH en raison de la transmission mère-enfant parmi les enfants nés de mères séropositives au cours des 12 derniers mois.</i>	778			<i>Nombre estimé de femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois.</i>	3428			22.70	Estimations du spectrum	PNLS
Traitement antirétrovirale												
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	<i>Nombre d'adultes et d'enfants éligibles recevant actuellement une association d'antirétroviraux</i>	moins 15 ans	1374		<i>Nombre estimé d'adultes et d'enfants éligibles.</i>	moins 15 ans	5872		23.40	Rapport de monitoring (S1 et S2) 2013, Estimations du Spectrum	PNLS

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
		<i>conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période d'établissement des rapports.</i>		15+	23436		15+	35815	65.44			
				Total	24810		Total	41687	59.51			
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	<i>Nombre d'adultes et d'enfants qui sont toujours en vie et toujours sous antirétroviraux 12 mois après le début du traitement.</i>	M	<15		<i>Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral au cours des 12 mois précédant la période de transmission des données*, y compris ceux qui sont décédés depuis qu'ils ont commencé le traitement antirétroviral, ceux qui ont abandonné le traitement et ceux qui ont été perdus de vue au douzième mois.</i>	M	<15		97,7	Rapport de survie 2014	PNLS
				15+				15+				
			F	<15			F	<15				
				15+				15+				

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur	Dénominateur	Valeur	%	Source	Structure responsable	
Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH									
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé ayant reçu une association d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé au plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programmes national contre la tuberculose) au cours de l'année où le rapport est soumis.	553	Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.	640	86,71	Rapport PNT 2013	PNT/PNLS	
Dépenses nationales et internationales relatives au sida									
6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement	15,405,503,860						NASA/REDES 2012	SP/CNLS

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur		Dénominateur	Valeur		%	Source	Structure responsable		
Elimination des inégalités entre les sexes												
7.2	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	Femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement ou ayant eu un partenaire intime, qui déclarent être ou avoir été victime de violences physiques ou sexuelles de la part d'au moins un de ses partenaires au cours des 12 derniers mois.	F	15 à 19 ans		Nombre de femmes interrogées âgées de 15 à 49 ans qui ont actuellement ou ont eu un partenaire intime.	15 à 19 ans		ND		Ministère de la Famille/Ministère de la Justice	
				20 à 24 ans			20 à 24 ans		ND			
				25 à 49 ans			25 à 49 ans		ND			
7.3	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	Partie A : taux actuel de fréquentation des orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires. Partie B : taux actuel de fréquentation des non orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires, dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux.	Orphelins	F	25	Partie A : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents Partie B : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux	Orphelins	F	47	53.1	EDS 2012	INSAE
				M	33			M	45	74		
			Non orphelins	F	3207		Non orphelins	F	4417	72.6		
				M	3980			M	5076	78.4		
7.4	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien	Nombre de foyers les plus pauvres ayant reçu une quelconque forme	a) virement		Nombre total de foyers les plus pauvres.			ND				
			b) aide pour les frais de scolarité					ND				
			c) aide matérielle					ND				

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur		Dénominateur	Valeur	%	Source	Structure responsable
	économique au cours du dernier trimestre	<i>de soutien économique externe au cours des 3 derniers mois.</i>	pour l'éducation						
			d) aide à la création de revenus en espèces ou en nature				ND		
			e) aide alimentaire				ND		
			f) aide matérielle ou financière pour se loger				ND		

II. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH ET DU SIDA

Le Bénin couvre une superficie de 114 763 Km² avec une population estimée à 9 983 884 habitants en 2013. Plus de la moitié de cette population est féminine (51,2%). La population du Bénin est essentiellement jeune (plus de 40,0% ont moins de 15 ans).

Il est un pays à épidémie mixte car il existe des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations clés plus exposées aux risques d'infection, notamment les TS et leurs partenaires, les prisonniers, les HSH et les UDI.

Selon l'EDSB IV 2011-2012, le taux de prévalence est de 1,2% chez les personnes de 15-49 ans. Cette prévalence estimée chez les femmes à 1,4% est plus élevée que chez les hommes du même groupe d'âge (1,0%) (sexe ratio de 140 femmes infectées pour 100 hommes).

Prévalence du VIH selon les départements du Bénin

Source : EDS 2012

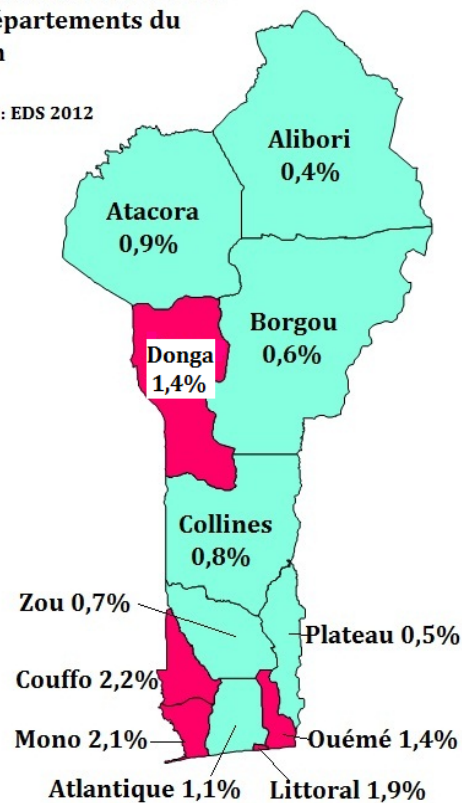


Figure 1 : Prévalence du VIH selon les départements du Bénin

En milieu urbain, la séroprévalence est plus élevée qu'en milieu rural (1,6 % contre 0,9 %). En particulier, c'est à Cotonou que la prévalence du VIH est la plus élevée (1,9 % contre 1,4 % dans les autres villes). Dans les départements, le niveau de séroprévalence varie d'un maximum de 2,2 % dans le Couffo, de 2,1 % dans le Mono et de 1,9 % dans le Littoral à moins d'un pour cent dans les départements de l'Alibori, de l'Atacora, du Borgou, de Plateau et du Zou.

La surveillance du VIH et du Sida s'intéresse également à d'autres groupes spécifiques que sont : les patients souffrant de la tuberculose., les TS et leurs clients, les serveuses de bars, les camionneurs/routiers, les prisonniers, les adolescents et jeunes, les HSH, les UDI et les femmes enceintes suivies dans le cadre de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME).

2.1. Prévalence de l'infection à VIH

2.1.1 Chez les femmes enceintes

La prévalence pondérée de l'infection par le VIH est estimée à 1,9% au cours de l'année 2013. La proportion de sujets infectés par le VIH est significativement plus élevée en milieu urbain 2,16% qu'en milieu rurale 1,44%. Le tableau ci-après indique les prévalences selon les départements et le milieu de résidence :

Tableau 2 : Prévalence de l'infection à VIH par département et selon le milieu de résidence

Départements	Milieu		Bénin	
	Urbain	Rural	Moyenne pondérée	IC à 95%
Alibori	1,00	0,60	0,77	0,65 - 0,89
Atacora	1,59	1,90	1,77	1,59 - 1,96
Atlantique	2,79	0,67	1,58	1,42 - 1,75
Borgou	1,25	1,07	1,14	1,00 - 1,29
Collines	0,67	0,75	0,72	0,60 - 0,84
Couffo	2,53	1,80	2,10	1,90 - 2,30
Donga	1,99	1,99	1,99	1,79 - 2,19
Littoral	3,05	-	3,05	2,71 - 3,39
Mono	2,76	3,59	3,27	3,01 - 3,52
Ouémé	2,72	3,17	2,98	2,74 - 3,22
Plateau	2,21	1,00	1,49	1,32 - 1,65
Zou	1,95	0,50	1,10	0,96 - 1,24
Bénin	2,16	1,44	1,90	1,63 - 2,17
	(IC 95% 1,88 - 2,45)	(IC 95% 1,20 - 1,67)		

Source : Données du rapport de sérosurveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes, 2013.

2.1.2 Dans la population générale

Le Bénin a organisé la quatrième édition de l'EDS+ pour une meilleure évaluation de l'impact du programme en cours sur l'infection à VIH. En outre, l'EDSB-IV 2011-2012 renseigne sur la connaissance de l'épidémie du VIH et son profil à travers le pays. Ce qui conduit à des interventions et à la formulation de messages plus précis et mieux ciblés. Ainsi, il a été enregistré une prévalence nationale de 1,2% auprès des personnes de 15 à 49 ans. La prévalence chez les femmes de cette tranche d'âge estimée à 1,4 % est plus élevée que chez les hommes du même groupe d'âge (1,0 %). La prévalence la plus élevée est observée au niveau du groupe d'âge 30-34 ans (2,1%) et celle la moins élevée pour le groupe d'âge 15-19 ans (0,3 %). Selon le milieu de résidence, la prévalence est plus élevée en milieu urbain (1,6 %) qu'en milieu rural (0,9 %).

2.1.3 Au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection

➤ **Les Travailleuses de sexe**

La prévalence du VIH a connu une diminution statistiquement significative entre 2008 et 2012 (20,9% contre 26,5%). Cette prévalence varie selon le département et le type de prostitution (25,2% chez les TS affichées avec un IC à 95% [21,1 – 29,3] ; 17,7% chez les TS clandestines avec un IC à 95% [14,6– 20,8]). Le sérotype VIH1 est prédominant. La co-infection VIH/IST est de 11% avec un IC à 95% [6,7 – 15,2].

Cette enquête a également permis d'estimer chez les clients des TS, une prévalence à 2,3%. Cette dernière est significativement en régression par rapport à celle de 2008 qui était de 3,9%.

Une étude spécifique dénommée « ESDG relative aux IST, VIH et Sida aux ports d'Apapa, de Cotonou, de Lomé, de Tema et d'Abidjan » menée en 2013 par l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos (OCAL) a révélé qu'au niveau du Port de Cotonou, la prévalence chez les TS est de 21,7% et varie selon les types de prostitution (21,6% chez les TS affichées; 23,5% chez les TS clandestines.)

➤ **Chez les serveuses de bars et restaurants**

La prévalence de l'infection à VIH est de 8,4% avec un IC à 95% [5,31 – 11,49]. Au total, 309 serveuses de bars et restaurants ont été enquêtées à travers tout le pays avec 26 dépistées positives au VIH.

➤ **Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI)**

Sur les 291 HSH dont les données ont été analysées, 67% ont un âge compris entre 18 et 24 ans et 33% sont âgés de 25 ans et plus. L'âge moyen des HSH enquêtés est de 23 ans. Environ 9 HSH sur 10 sont célibataires et près d'un HSH sur deux (46%) ont un niveau d'instruction supérieur.

La population des HSH enquêtés est composée de 39,5%⁶ qui s'identifient comme homosexuels et 60,5% comme bisexuels. Quant au rôle sexuel communément joué, 58,1% des HSH sont des actifs ou insertifs, 28,5% sont des passifs ou réceptifs et 13,4% sont versatiles.

⁶ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) du VIH et des IST auprès des HSH au Bénin, 2013

La prévalence du VIH au sein de la population des HSH au Bénin est de 12,6%⁷ soit 10 fois celle de la population générale qui est estimée à 1,2%. Elle est de 21,3% chez les HSH de 25 ans et plus contre 8,5% chez les HSH de 18-24 ans.

L'étude sur les UDI a porté sur 120 enquêtés. L'âge médian de la population des UDI enquêtés est de 32 ans et la moitié est mariée. Le nombre médian d'injection de drogues au cours du mois ayant précédé l'enquête est de 5,78. Six UDI sur dix ont utilisé des drogues injectables deux fois par semaine et la durée médiane d'exposition à la drogue est de 4 ans. La prévalence du VIH au sein de la population des UDI enquêtés est estimée à 6,7%⁸.

2.1.4 Au sein des groupes spécifiques

Prévalence de l'infection par le VIH auprès des camionneurs : selon l'ESDG 2012, la prévalence du VIH chez les camionneurs est estimée à 3,2% contre 1,5% en 2008. Cette prévalence varie selon les nationalités et les tranches d'âge. Les conducteurs dans les tranches d'âge de 15-19 ans (4%) et de 30 ans (3,9%) semblent les plus touchés.

Prévalence de l'infection par le VIH chez les jeunes. La prévalence du VIH chez les jeunes adolescents scolaires de 15 à 24 ans est de 0,2% avec une prédominance masculine (0,3% vs 0,2%). Chez les jeunes adolescents travailleurs, elle est de 0,7% légèrement plus élevée dans la tranche d'âge de 20-24 ans (1,2%) et de (0,4%) dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans (ESDG 2012).

Séropositivité à VIH dans le cadre de la PTME : En 2013, les services de PTME ont été offerts dans 628 maternités. 232 745 femmes enceintes ont été dépistées au VIH sur 319 786 gestantes admises en première consultation prénatale soit 72,78%. Sur les 232 745 dépistages réalisés, 2 352 femmes sont testées positives au VIH (1,01%). Sur les 1559 femmes enceintes mises sous protocole, 31 sont mises sous monoprofylaxie (1,98%), 613 sous triprofylaxie (39,32%), 706 sous trithérapie (45,28%) et 209 sous option B+ (13,41%)⁹.

Séropositivité à VIH chez les prisonniers : La situation n'a été appréciée qu'en 2009 à 2,9% dans les différentes maisons d'arrêt du Bénin avec un IC à 95% [1,95 – 3,85]. Cette prévalence varie de 1% à 5% selon les maisons d'arrêt.

⁷ Opp cit

⁸ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) du VIH et des IST auprès des UDI au Bénin, 2013

⁹ Rapport de monitoring des données S1 et S2 du PNLS, 2013

Chez les malades tuberculeux : Le taux de séropositivité au VIH chez les tuberculeux en 2013 est de 16%. Depuis 2006, cette prévalence du VIH oscille autour de 16% avec une fluctuation de $\pm 1\%$ (15% en 2006 et 2007; 17% en 2008, 16% en 2009, 2010 et 2012, 17% en 2011, 16% en 2012 et en 2013). Au sein des nouveaux cas TPM+ le taux de séoprévalence est de 13% avec une fluctuation de $\pm 1\%$.

Tableau 3 : Taux d'acceptation du test VIH et de séoprévalence chez les tuberculeux, toutes formes confondues par département en 2013

Départements	Nombre de cas de TB enregistrés	Nombre de cas de TB testés	Taux d'acceptation (%)	Nombre de TB/VIH positif	Taux de séoprévalence (%)
Atacora-Donga	259	244	94%	52	21%
Atlantique-Littoral	1 463	1 428	98%	293	21%
Borgou-Alibori	335	321	96%	35	11%
Mono-Couffo	568	503	89%	64	13%
Ouémé-Plateau	819	722	88%	83	11%
Zou-Collines	513	512	100%	60	12%
Bénin	3 957	3 730	94%	587	16%

Source : Rapport d'activités du PNT/MS 2013

Tableau 4 : Taux d'acceptation au test VIH et de séoprévalence chez les nouveaux cas TPM+ en 2013

Départements	Nombre de nouveaux cas TPM+ enregistrés	Nombre de nouveaux cas TPM+ testés	Taux d'acceptation (%)	Nombre de TB/VIH positif	Taux de séoprévalence (%)
Atacora-Donga	199	191	96%	37	19%
Atlantique-Littoral	1 089	1 060	97%	176	17%
Borgou-Alibori	231	221	96%	23	10%
Mono-Couffo	486	424	87%	45	11%
Ouémé-Plateau	708	623	88%	70	11%
Zou-Collines	416	415	100%	45	11%
Bénin	3 129	2 934	94%	396	13%

Source : Rapport d'activités du PNT/MS 2013

2.1.5 Evolution de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes au Bénin

Depuis 2002, l'épidémie de VIH est stationnaire au Bénin avec une prévalence qui oscille autour de 2,0% sans différence significative entre les années.

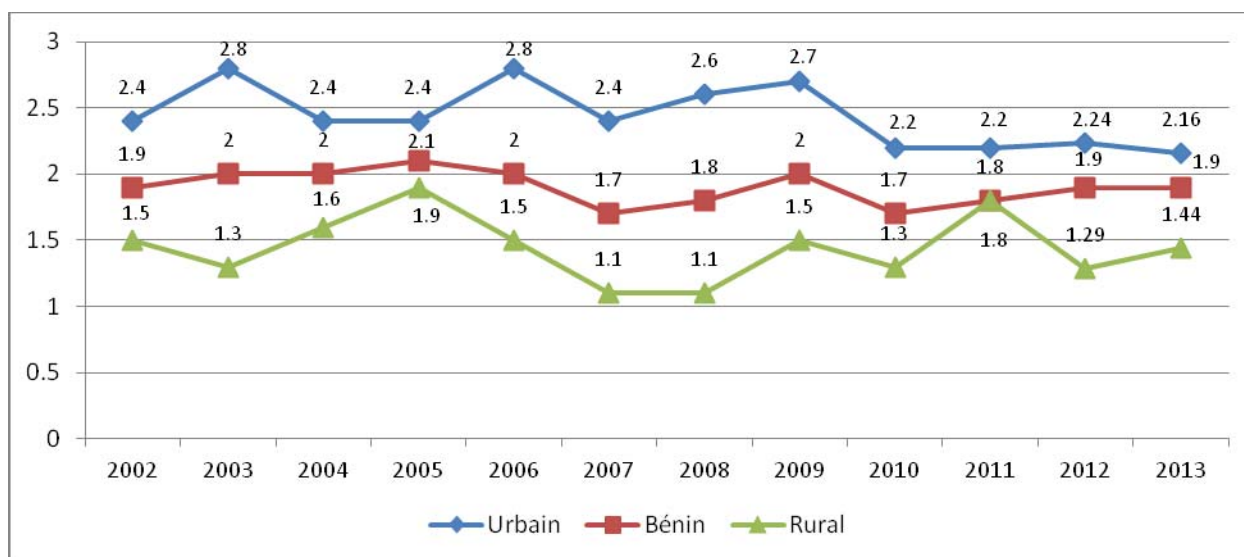


Figure 2 : Tendence de l'infection à VIH de 2002 à 2013 chez les femmes enceintes selon les milieux de résidence

La situation en milieu urbain reste préoccupante. Elle varie de 2,2 à 2,8% avec une évolution en dents de scie et une tendance stationnaire. Par contre, en milieu rural, elle varie entre 1,1 et 1,9%. Il est à souligner que la prévalence pour l'ensemble du pays oscille autour de 2% depuis 2002.

2.2. Estimations et projections des indicateurs de 2013 à 2020

En matière de lutte contre le VIH/Sida, les estimations et les projections sont des opérations indispensables pour la planification. Elles sont possibles grâce au logiciel "SPECTRUM". Les estimations constituent les valeurs attendues pour l'année en cours. Les données de base nécessaires pour alimenter le logiciel sont issues des données de l'EDS et de la surveillance par réseau sentinelle.

➤ Situation chez les adultes

Tableau 5 : Projection pour les adultes (15-49 ans)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Population VIH+	57,001	57,790	58,978	59,867	60,053	60,185	60,249	60,163
Prévalence	1.13	1.11	1.1	1.08	1.05	1.02	0.99	0.96
Nouveaux cas de VIH	3,570	3,573	3,427	3,000	2,471	2,400	2,206	1,966
Décès annuels dus au SIDA	1,781	1,887	1,271	957	1,042	936	733	556

➤ **Situation chez les plus de 15 ans**

Tableau 6 : Projection pour les personnes de 15 ans et plus

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Population VIH+	65,472	67,029	69,164	71,213	72,564	73,927	75,304	76,594
Prévalence	1.09	1.08	1.08	1.08	1.06	1.05	1.03	1.02
Nouveaux cas de VIH	3,803	3,808	3,654	3,201	2,639	2,565	2,358	2,102
Décès annuels dus au SIDA	2,096	2,235	1,514	1,151	1,265	1,151	919	715
Décès annuels liés au sida parmi les personnes sous traitement ARV	279	275	364	347	332	359	368	365
Décès annuels liés au sida parmi les personnes sans traitement ARV	1,817	1,960	1,150	804	933	792	551	350

➤ **Situation chez les jeunes adolescents de 15 à 24 ans**

Tableau 7 : Projection pour les jeunes de 15 à 24 ans

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Population VIH+	7,081	7,288	7,508	7,611	7,519	7,431	7,320	7,155
Prévalence	0.33	0.33	0.33	0.33	0.31	0.3	0.29	0.28
Nouveaux cas de VIH	1,263	1,263	1,211	1,059	870	843	771	685
Femmes enceintes séropositives	686	687	686	679	657	629	600	569
Décès annuels dus au SIDA	161	188	141	121	131	123	114	107

➤ **Situation chez les enfants de 0 à 14 ans**

Tableau 8 : Projection pour les enfants de 0 à 14 ans

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Population VIH+	8,428	7,840	7,401	6,990	6,512	6,070	5,648	5,265
Nouveaux cas de VIH	778	296	298	310	200	193	187	180
Décès annuels dus au SIDA	611	423	259	225	190	159	130	104
Population atteinte du VIH 15-17	1,184	1,258	1,358	1,443	1,488	1,479	1,464	1,446

➤ **Situation chez les enfants de 0 à 1 an**

Tableau 9 : Projection pour les enfants de 0 à 1 an

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Population VIH+	445	193	199	186	123	122	122	123
Nouveaux cas de VIH	601	207	201	208	138	133	129	124
Décès annuels dus au SIDA	135	32	25	31	23	22	20	18

➤ **Besoins en traitement ARV**

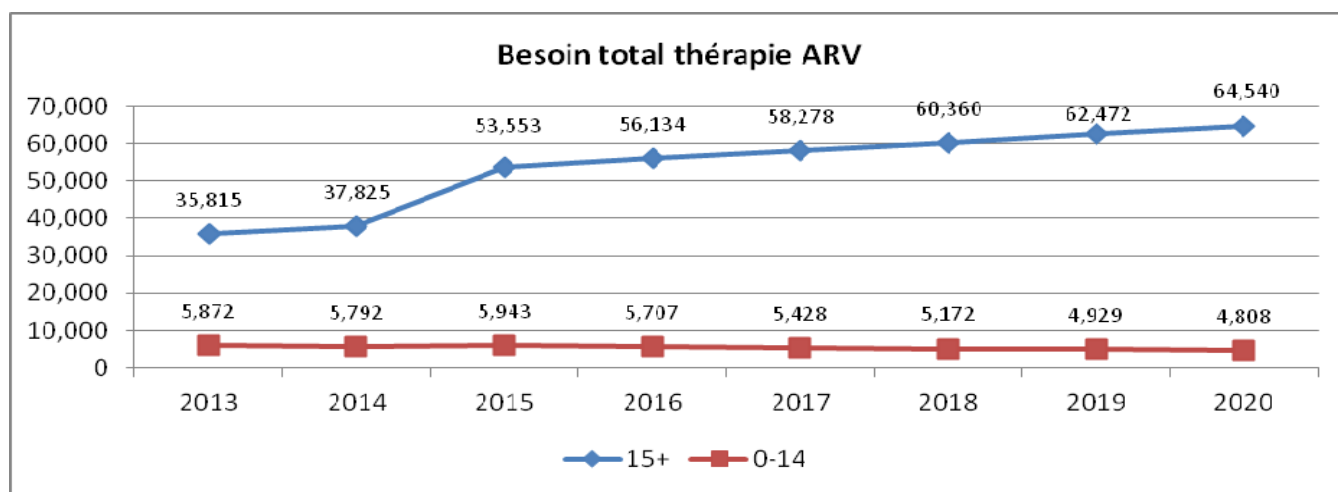


Figure 3 : Besoins en traitement ARV de 2013 à 2020

➤ **Situation chez les orphelins**

Tableau 10 : Projection pour les orphelins et enfants vulnérables (en milliers)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Orphelins de mère								
SIDA	20,356	19,084	18,416	17,008	15,654	14,606	13,419	12,140
Non SIDA	153,629	154,841	155,876	156,712	157,340	157,770	158,016	158,079
Total	173,986	173,924	174,292	173,720	172,993	172,376	171,435	170,220
Orphelins de père								
SIDA	29,582	29,901	29,164	27,036	24,903	23,070	21,094	19,061
Non SIDA	305,163	308,704	312,082	315,311	318,404	321,405	324,366	327,300
Total	334,745	338,605	341,246	342,347	343,307	344,475	345,460	346,361
Orphelins de père et de mère								
SIDA	11,626	11,150	10,679	9,804	8,941	8,233	7,477	6,710
Non SIDA	47,329	47,333	47,233	47,098	46,935	46,834	46,702	46,577
Total	58,956	58,483	57,912	56,902	55,877	55,067	54,179	53,286
Total orphelins	449,775	454,046	457,626	459,164	460,424	461,784	462,716	463,294
Tous orphelins du SIDA	40,323	39,754	38,737	35,913	33,132	30,832	28,289	25,607

III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU VIH ET DU SIDA

3.1. Coordination de la réponse nationale

La réponse au VIH en République du Bénin est marquée par un engagement politique fort et soutenu par le Chef de l'Etat, Président du CNLS. A l'issue de la déclaration politique sur le VIH et le Sida de la réunion de juin 2011, le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2012-2016 et le Plan National d'Elimination de la Transmission du VIH de la mère à l'Enfant ont été lancés par le Chef de l'Etat avec l'implication du Directeur Exécutif de l'ONUSIDA.

Le plaidoyer fait par le Chef de l'Etat pour l'application de la feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité globale pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme à l'Union Africaine ont permis à la réponse nationale d'entreprendre positivement le cadre institutionnel, programmatique, la mobilisation interne des ressources et la gouvernance. En effet, il fut ordonné le rattachement du Secrétariat Permanent du CNLS à la Présidence de la République pour une coordination effective. Le CCM a été reformé. Le Plan Stratégique National 2012-2016 a touché pour la première fois les populations clés notamment les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes et les Utilisateurs de Drogue Injectable. Le Plan d'Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant a été une priorité nationale et financé en grande partie par la phase 2 du Round 9 du Fonds Mondial et les partenaires techniques et financiers. Les ressources nationales destinées aux ARV ont été triplées passant de 600 millions FCFA à 1,6 milliards FCFA.

En vue de s'assurer que le VIH et le Sida continu d'être une priorité dans l'agenda post 2015, la Commission ONUSIDA-Lancet dont le Chef de l'Etat est membre, est mise en place. A cet effet, depuis Malawi en Avril 2013 et à l'occasion de la Réunion de haut niveau de Londres, le Président s'est adressé à ces pairs Chefs d'Etats et de Gouvernement et au Secrétaire Général de Nations Unies pour que le VIH et le Sida, la Tuberculose et le Paludisme soient éliminés d'ici 2030. A ce titre, dans son agenda prioritaire « 1000 jours pour atteindre les OMD », il a inscrit entre autres le VIH et le Sida comme résultat essentiel pour le développement. Cet agenda est suivi au haut niveau par le représentant du Bénin dans la commission mondiale de l'Agenda post 2015 nommé à cet effet Ministre chargé des OMD..

3.2. Etat d'avancement de la mise en œuvre des aspects de l'accès universel

La riposte efficace face à l'épidémie de l'infection par le VIH passe par la mise en œuvre des interventions de l'Accès Universel qui regroupent classiquement la prévention, les soins et traitement et le soutien. Ces interventions peuvent être regroupées autour des huit (08) engagements ou directives de l'ONUSIDA.

3.2.1 Réduction de la transmission par voie sexuelle

3.2.1.1 Actions clés menées en 2013

➤ Communication pour un Changement de Comportement et communication sociale (CCC/CS)

Ce domaine de prestation en matière de prévention sexuelle de la transmission de l'infection par le VIH est caractérisé par les interventions suivantes :

- La communication pour un changement de comportement dans les écoles et dans la communauté ;
- La communication de masse ou de groupe ;
- La communication à travers les mass médias.

a) La communication pour un changement de comportement dans les écoles et dans la communauté

En 2013, 438 Pairs Educateurs (PE) déscolarisés/non scolarisés y compris les jeunes filles vendeuses ambulantes ont été formés (Plan Bénin) pour couvrir l'ensemble du pays. Ces PE se sont constitués en binôme pour animer des séances éducatives dans leurs milieux de travail (ateliers d'apprentissage, centres de jeunes et des loisirs pour les déscolarisés/non scolarisés et les marchés pour les jeunes filles vendeuses ambulantes).

L'ensemble de ces PE ont touché 136.151 personnes lors des activités de sensibilisation dont 10.773 pour la période de juillet à septembre 2013 (T3) et 125.378 pour la période d'octobre à décembre 2013 (T4).

Ces PE formés sur le paquet de prévention sont dotés de kits de sensibilisation composés des éléments ci-après : guide du pair éducateur, guide de sensibilisation, répertoire des techniques de sensibilisation, phallus de démonstration, préservatifs, registre de décompte des personnes sensibilisées et de distribution de préservatifs, carnet de fiche de référence, imperméable, stylo, sac pour réaliser des séances éducatives en direction de leurs pairs. Les données issues de ces activités sont consignées dans les registres. A la fin de chaque mois, les animateurs d'ONG font le suivi de proximité, la synthèse des données sur des fiches synthèse et procèdent à un contrôle de qualité dans leur zone de couverture. Ces données sont transmises au SR qui assure à son tour un contrôle de qualité par trimestre et l'équipe du PR tous les semestres afin de procéder à leur validation.

A toutes ces actions viennent s'ajouter celles exécutées sur le Corridor Abidjan-Lagos, à travers le projet de prévention le long de l'axe reliant les 05 Pays d'intervention (Nigéria, Bénin, Togo, Ghana, Côte d'Ivoire), et qui concerne les routiers, les corps habillés, les TS et leurs clients. La mise en œuvre des activités incombe prioritairement aux Comités Frontaliers de Lutte contre le Sida, aux ONG, Associations et Organisation à base communautaire. Le nombre de personnes sensibilisées par les pairs éducateurs (260) à travers l'IEC de proximité est de 83 397.

Les défis qui incombent à cette intervention sont relatifs à la centralisation des activités au niveau des cibles clés pourvoyeuses de l'infection à savoir : les jeunes déscolarisés, non scolarisés² les UDI et les HSH, les routiers et les TS. Les actions programmatiques doivent aller plus dans ce sens pour une meilleure riposte contre l'infection par le VIH/Sida.

Par ailleurs, les initiatives de prévention ont pris de nouvelles directives en vue du renforcement de l'impact sanitaire auprès des cibles les plus exposées. Il s'agit de la mise en place des Centres Jeunes Amour&Vie, la promotion du dialogue Parents-Enfants et le renforcement des Clubs scolaires et non scolaires.

○ *La mise en place des Centres Jeunes Amour & Vie*

Centres de Jeunes dans les zones d'intervention du projet Amour & Vie+ pour augmenter et améliorer l'accès, la disponibilité et l'utilisation des services de prévention des grossesses précoces et des IST/VIH, l'ABMS grâce à l'appui financier de l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas et la collaboration du Ministère de la Santé, celui de l'Enseignement Secondaire, de la Formation Technique et Professionnelle, de la Reconversion et de l'Insertion des Jeunes. Au total, 31 910 cibles ont fréquenté les centres en 2013. Les jeunes et adolescents sont au nombre de 5 368 à bénéficier de services de dépistage du VIH dont 2 613 filles.

○ *La promotion du dialogue parents-enfants*

La promotion du dialogue parents/enfants pour une sexualité responsable est l'un des objectifs que s'est fixé le projet Amour&Vie+ dans le but de contribuer à la réduction des grossesses précoces et de nouvelles infections aux IST/VIH chez les adolescents et jeunes. Pour atteindre cet objectif, l'ABMS en collaboration avec les ONG locales, a identifié et formé 180 pairs éducateurs parents d'adolescents et jeunes membres de groupements et 170 paires éducateurs membres des Associations de Parents d'Elèves. Ces derniers ont pour mission de sensibiliser les parents d'adolescents et jeunes à travers les visites à domicile et dans les groupements sur l'importance du dialogue parents-enfants. Au total, 12 872 séances de promotion du dialogue parents enfants à travers les visites à domicile et les visites dans les groupements ont permis de toucher 152 772 parents d'adolescents et jeunes de janvier à octobre 2013. Ces différentes séances de promotion du dialogue parents enfants ont été renforcées par l'intervention sur les lieux de culte de 68 leaders identifiés et formés à cet effet.

○ *L'installation des clubs scolaires et non scolaires*

Au cours de l'année 2013, ABMS/PSI à travers son Programme-Jeune a installé 63 clubs scolaires et 60 clubs non scolaires actifs. Ces derniers ont réalisé en collaboration avec les ONG locales, plus de 1 200 écoutes collectives des émissions radios au sein des clubs non scolaires.

Enfin, grâce à l'appui des Volontaires du Corps de la Paix, le volet communautaire du Programme Amour&Vie a élargi ses interventions passant de 11 à 25 équipes communautaires.

b) La communication de masse ou de groupe

Elles concernent les activités de mobilisation sociale sur la prévention de l'infection par le VIH, organisées au cours des grandes cérémonies et manifestations officielles et lors de la célébration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida, la journée internationale de la femme, le 8 mars, la semaine de la fête de l'indépendance et d'autres fêtes ethniques et religieuses à l'intérieur du pays. Ces sensibilisations de masse sont organisées par les ONG, le REBAP+, les UFLS, le RABEJ/SD, le ROBS, les CELS.

L'ONG CeRADIS a réalisé en 2013 des activités de sensibilisation qui sont de deux (02) ordres. Il s'agit de la sensibilisation dans les murs et en dehors des murs du centre des jeunes. Au total 7743 adolescents et jeunes, tant du secteur formel qu'informel, ont été touchés. 532 et 301 adolescents et jeunes ont été respectivement orientés pour faire leur test de dépistage du VIH et bénéficié d'une prise en charge gratuite pour les IST. Une distribution de **42356 préservatifs** masculins a été faite. La formation a consisté à renforcer les capacités de 40 pairs éducateurs. Pour les cas de séropositivité, ils sont orientés vers le CNHU.

c) La communication pour un changement de comportement et la communication sociale à travers les mass médias

Cette intervention, réalisée en direction des cibles prioritaires, s'est faite à travers les radios communautaires de proximité et des télévisions partenaires.

o **Magazine et émissions radio pour adolescents et jeunes non scolaires**

Dans le cadre de la prévention à travers les mass médias, ABMS/PSI a édité une version illustrée du magazine Amour&Vie au cours de l'année 2013. Cette année a connu trois éditions produites en 15 000 exemplaires au total. Le présent magazine est essentiellement distribué à travers le réseau des clubs non scolaires, les Centres de Promotion Sociale, les Centres Jeunes Amour&Vie et les Centres d'Alphabétisation. Dans la même dynamique, 220 émissions radiophoniques Amour&Vie ont été animées dans les 11 langues locales (AIZO, FONGBE, SHABE, DENDI, BARIBA, IDASHA, TORI, DITAMARI, WEME, et GOUNGBE), les plus utilisées par les cibles dans les zones d'intervention du projet Amour&Vie+.

o **Magazine, émissions radio, télévisées et fans clubs facebook pour les élèves et étudiants**

Cette année, 300 000 exemplaires du magazine Amour&Vie ont été produits et distribués en cinq éditions. Les thématiques développées dans les différents numéros du magazine ont été relayées par les 200 émissions réalisées au cours de l'année par les 9 radios partenaires du Projet Amour&Vie+.

L'implication de la télévision s'est poursuivie au cours de l'année 2013 avec la réalisation de 1111 (vérifier le nombre d'émissions) émissions télévisées soutenues chacune par un téléfilm produit par la cible en collaboration avec Canal3 Bénin.

o **Au niveau de la Ligne verte 7344**

L'année 2013 a connu l'augmentation par ABMS/PSI de la capacité de réception de sa Ligne Verte. Les appels ont augmenté passant de 80.939 en 2012 à 215.395 en 2013, soit un écart d'environ 135 000 appels. Ces derniers intègrent dès 2013 d'autres thématiques à l'exemple des violences faites aux

femmes et aux filles qui, à elles seules, ont bénéficié en 3 mois de 767 appels dont 22 cas ont été référés pour une prise en charge.

○ **Au niveau de la Ligne jaune 96 00 00 01**

Depuis l'année 2012, les appels de la ligne sont consignés sur la fiche d'appel régional. Cette dernière est un outil très scientifique qui permet de mieux renseigner sur les appels et de pouvoir les traiter de façon plus concrète. Le traitement des données de la fiche d'appel a été possible grâce au logiciel « MODELISA ». Au cours de l'année 2013, la ligne a enregistré 27113 appels. Sur ce total, 23168 appels ont été traités, car les entretiens ont pu aboutir.

Par ailleurs, ce canal est utilisé par l'observatoire mis en place pour renseigner sur les dysfonctionnements constatés au niveau des sites de prise en charge de PVVIH. Dans ce cadre, 423 appels ont été enregistrés en 2013.

○ **Au niveau de la page Facebook**

Le réseau des fans de la page facebook continue de servir de plateforme de discussion et d'échanges sur les thématiques développées dans le magazine, relayées sur les émissions radio et même sur les émissions TV. Le nombre des utilisateurs de ce canal a augmenté, passant de 4 500 à 22 000 en décembre 2013.

➤ **Distribution et promotion de l'utilisation des préservatifs**

La distribution et la promotion de l'utilisation du préservatif est une activité menée en grande partie en 2013 au Bénin par plusieurs structures que sont : Plan Bénin, PNLs, ABMS/PSI, ABPF, OCAL ...

Ces structures ont la charge d'assurer la disponibilité des préservatifs au niveau des ONG partenaires, des CPS, des UFLS, des postes de péage/pesage, des hôtels, des entreprises, des cliniques privées, des camps militaires et écoles paramilitaires, des communautés des universités, des entreprises, des maisons closes, des Sites de prise en charge.

Ces structures qui mettent à disposition les préservatifs, ont la responsabilité de la collecte, du contrôle de qualité, de l'analyse et de la remontée des données à Plan Bénin qui à son tour les envoie à la cellule suivi évaluation du CNLS. Les stratégies de distributions sont les suivantes :

- Distribution lors des grandes cérémonies et manifestations officielles
- Distribution lors des campagnes "péages et pesage sans sida"
- Distribution au niveau des entreprises
- Distribution au cours de séances éducatives réalisées par des Pairs éducateurs

Les cibles ayant prioritairement bénéficié de ces interventions sont les UDI, les HSH, les travailleuses de sexe, les conducteurs de taxis moto, les routiers, les jeunes scolaires et non scolaires, les hommes en uniforme.

Pour l'année 2013, **19 524 005** préservatifs masculins ont été mis à disposition des cibles sur toute l'étendue du territoire national.

Les défis auxquels le Bénin doit faire face pour les années à venir sont de renforcer et de cibler ces actions au niveau des populations clés pourvoyeuses de l'épidémie en faisant surtout des distributions

gratuites spécifiques au niveau de ces cibles préalablement identifiées et sensibilisées. Les actions programmatiques doivent aller aussi dans ce sens et les ressources financières orientées vers ces interventions classiques à haut impact.

➤ **Promotion du dépistage volontaire**

Une meilleure maîtrise de la lutte contre les IST, le VIH et le Sida passe par la connaissance du statut sérologique. Cette dernière est au carrefour de la prévention et de la prise en charge. En effet, les différentes actions de sensibilisation menées à l'endroit de la population en général et à l'endroit des groupes spécifiques en particulier ont facilité la promotion du dépistage volontaire. Dans le souci de permettre au plus grand nombre de se faire dépister, une politique d'extension des sites de dépistage a permis de passer de 28 en 2006 à 143 sites fonctionnels en 2013 (non compris les sites PTME). En plus de ces sites, 13 autres sites sont administrés par l'OCAL. Les sites fonctionnels sont ceux qui n'ont pas connu de rupture de réactifs de plus d'une semaine au cours du dernier trimestre 2013 selon les critères de fonctionnalité du PNLS. En 2013, il y a eu 57884¹⁰ dépistages réalisés dans la population générale.

3.2.2. Appui aux OEV et PVVIH

3.2.2.1 Appui aux OEV

Le Ministère de la Famille, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des personnes de troisième âge avec l'appui technique et financier de Plan Bénin, de Caritas, a procédé à une nouvelle validation nationale de la liste des OEV. Ainsi, 33 553 Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) ont été dénombrés au Bénin à la fin de l'année 2013. Ce nombre est encore loin de la réalité, car beaucoup d'OEV ont été exclus de la base pour n'avoir pas fait objet d'enquête sociale et n'ayant pas de dossier valide pour leur prise en compte. Mais cette base marque un début, et permet de sortir de l'improvisation. Ainsi, tous les semestres un mécanisme est mis en place pour l'actualisation de cette base. Il permettra de rattraper les non inscrits, sortir les plus de 18 ans et d'y introduire les nouveaux OEV éligibles selon les critères de vulnérabilité retenus par le Ministère.

¹⁰ Source : Rapports de monitoring S1 et S2 PNLS 2013

Tableau 11 : Répartition des différents appuis aux OEV en 2013

Type d'appui Structure	Nutritionnel		Scolaire		Apprentissage et insertion professionnelle		Médical (mutuelle)		Psychologique	
	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F
Plan Bénin	11521	11751	8542	8182	170	481	6229	6430	399	413
Caritas Bénin (Réseau Caritas International)	400	335	137	90					900	714
CeRADIS	17	32	9	12						
Total Bénin	11938	12118	8688	8284	170	481	6229	6430	1299	1127

Source : Plan Bénin, Caritas, CeRADIS

Au titre de l'année 2013, les différents types d'appui aux OEV au Bénin sont :

- 24056 Kits nutritionnels ont été distribués dont 11 938 aux garçons et 12 118 aux filles,
- pour l'appui scolaire (fournitures scolaires, tissu kaki, manuels, frais de scolarité et frais de cours de renforcement) : 16972 kits ont été distribués dont 8 688 aux garçons et 8284 aux filles,
- pour la formation en apprentissage pour les OEV déscolarisés et non scolarisés, 651 ont reçu cet appui dont 328 garçons et 717 filles,
- Pour l'appui médical, 12 659 OEV dont 6 229 garçons et 6 430 filles
- pour l'appui psychologique, 1299 garçons et 1127 filles soit au total 2426 OEV.

Dans le cadre du Projet d'Accompagnement Psychoaffectif des OEV basé sur la technique de la « Boîte à Mémoire », le Bénin a :

- Créé trois (03) maisons d'écoute animées par des psychologues au profit des OEV dans les départements de l'Ouémé, des Collines et de l'Alibori ;
- mis en place des réseaux communaux communautaires qui ont facilité l'identification et l'orientation de 2035 nouveaux cas de vulnérabilité infantile vers lesdites maisons d'écoute ;
- appuyé quotidiennement 735 OEV scolarisés du niveau primaire en alimentation par l'approche de « Voucher » avec la forte implication des directeurs, des enseignants ainsi que des vendeuses de nourriture des cantines identifiées et formées à cet effet ;
- fait bénéficier à 227 OEV scolarisés des cours de renforcement durant l'année scolaires 2012-2013 avec 208 admis en classe supérieure soit un taux de succès de 91%.

Le défi majeur concernant l'appui aux OEV, est de couvrir un grand nombre de ces cibles vulnérables et surtout faire en sorte qu'en termes programmatique et financier, les vrais besoins et les vrais OEV soient véritablement couverts.

3.2.2.2 Appui aux PVVIH.

Seuls les PVVIH sous ARV sont couverts par les différents types d'appui qui se résument en appui nutritionnel et appui psychologique.

Depuis 2012, l'appui économique au profit des OEV et des PVVIH est fait de micro crédit et de l'initiative Association Villageoise d'Epargne et de Crédit (AVE&C). Les institutions de Micro-finance qui assurent cette activité sous la coordination du sous récipiendaire Planet Finance sont : ALIDE dans les départements de Littora, l de l'Ouémé et du Plateau, FIDEVIE dans l'Atlantique, CERIDAA dans les départements du Mono et du Couffo, RENACA dans les départements du Zou et du Borgou, SIAMSON dans les départements de la Donga, de l'Atacora et de l'Alibori.

L'ONG CeRADIS s'est également investie dans l'appui économique aux femmes PVVIH.

Tableau 12 : Répartition des différents appuis aux PVVIH en 2013

Type d'appui Structure	Nutritionnel		Appui Economique		Psychologique		
	H	F	H	F	H	F	H+F
Plan Bénin	2287	4778			656	1526	
Caritas Bénin (POSIR/HCR)					25	17	
CeRADIS	77	44	0	37			
OCAL							85
Total Bénin	2364	4822	0	37	681	1543	85

Source : Plan Bénin, Caritas, CeRADIS

Au terme de l'année 2013, 2364 hommes PVVIH et 4822 femmes PVVIH ont été appuyés en kit nutritionnel, 37 femmes PVVIH en termes économiques, 2309 PVVIH en psychologie. La répartition de ces différents appuis se présente comme suit :

A travers le Round 9 dont Plan Bénin est un récipiendaire principal, les différents appuis octroyés aux PVVIH au cours de la période sont :

- 2.264 kits nutritionnels aux hommes et 4822 appuis nutritionnels aux femmes
- 681 appuis psychologiques aux hommes et 1543 appuis psychologiques aux femmes.

Caritas Bénin, dans le cadre du Projet d'Orientation Sociale et d'Intégration des Réfugiés (POSIR), a apporté un appui Psychoaffectif à 42 Réfugiés PVVIH dont 25 hommes et 17 femmes. Ledit appui comporte les volets ci-après :

- des appuis en subsistances pour 25 hommes PVVIH réfugiés et 17 femmes PVVIH réfugiés
- des appuis en santé pour soigner des maladies opportunistes pour 25 hommes PVVIH réfugiés et 17 femmes PVVIH réfugiés ;
- des prises en charge médicale pour 25 hommes PVVIH réfugiés et 17 femmes PVVIH réfugiés ;

- des appuis en transport pour se rendre aux rendez-vous périodique afin de prendre les ARV pour 25 hommes PVVIH réfugiés et 17 femmes PVVIH réfugiés.

En matière de soutien aux PVVIH, l'OCAL a réalisé à travers ses unités d'information de Hillacondji (51), de Kraké (10) et avec l'appui de l'ONG ESED (24) l'appui psychologique à 85 PVVIH.

Les défis liés au soutien aux PVVIH sont surtout ceux en relation avec l'appui juridique, à savoir comment adapter les textes juridiques au niveau de notre pays pour répondre favorablement et efficacement à cette situation de vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH et comment renforcer la capacité institutionnelle et opérationnelle des associations et comités de PVVIH pour un accès facile et équitable au service juridique.

Toutes les actions programmatiques et financières doivent donc être orientées dans ce sens.

3.3. Elimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduction sensible du nombre de décès maternels liés au sida

Démarrée au Bénin en 2001, la PTME est l'une des priorités du Plan Stratégique National 2012 – 2016 et est soutenue par plusieurs partenaires en l'occurrence l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIA, l'USAID, la Coopération française, Plan Bénin, GlaxoSmithKline, le Gip ESTHER, le Fonds Mondial etc.

Elle prend en compte les 4 composantes telles que définies par les Nations Unies : la prévention primaire, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, la prévention de la transmission de l'infection à VIH des mères infectées à leurs enfants et le traitement les soins et soutien aux femmes vivant avec le VIH, leurs enfants et leur famille.

La mise en œuvre de l'option B+ a démarré en juin 2013 et a concerné toutes les maternités situées sur les sites de prise en charge par les ARV. Cette option recommande la mise des gestantes séropositives sous ARV à vie dès que le diagnostic de l'infection à VIH est fait.

Le nombre de sites offrant le service de la PTME est passé de 204 en 2007 à 582 en 2013 répartis dans les 34 Zones Sanitaires. Sur les 817 sites qui offrent les services de CPN recentrée au niveau national, 628 sont des sites PTME ; ce qui donne une couverture nationale de 76,86%.

L'année 2013 a été aussi marquée par le positionnement des kits ARV pour la tri prophylaxie sur les sites PTME à partir du mois de mai. Ainsi, sur les 1559 femmes enceintes qui ont bénéficié des ARV pour réduire la transmission mère-enfant du VIH, 18 ont été mises sous mono prophylaxie à la névirapine soit 1,15%

Le tableau ci-dessous résume l'évolution décroissante de l'utilisation de la monoprophyllaxie au profit de la triprophyllaxie/trithérapie chez les femmes enceintes.

Tableau 13 : comparaison de l'utilisation de la monothérapie et de la tri prophylaxie / tri thérapie sur les cinq dernières années

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Femmes bénéficiant de monoprophylaxie	69,32%	50,04%	48,91%	20,98%	4,35%	1,15%
Femmes bénéficiant de triprophylaxie et tri thérapie	30,68%	49,96%	51,09%	79,02%	95,51%	98,85%

Au cours de l'année 2013, 890 enfants nés de mères séropositives ont pu bénéficier de la PCR dont 611 ont été prélevés dans l'intervalle de 6 à 8 semaines de vie. Sur 308 enfants ayant bénéficié de la PCR au second semestre 2013 dans les 6 à 8 semaines de vie, 22 ont été testés positifs soit un taux de positivité estimé à 7,14%.

3.4. Interventions de la lutte contre le sida en milieu de travail

Les interventions en milieu de travail se font aussi bien dans le secteur public que privé.

3.4.1 Au niveau du secteur public

La mise en œuvre de ces interventions a pour cadre les institutions publiques (ministères et autres). En effet, il existe dans la plupart des institutions étatiques une Unité Focale de Lutte contre le Sida (UFLS).

Au cours de l'année 2013, trois Ministères (Ministère de la Décentralisation, de la Gouvernance Locale de l'Administration et de l'Aménagement du territoire ; Ministère de l'Enseignement Secondaire, de la Formation Technique et Professionnelle, de la Reconversion et Insertion des Jeunes ; Ministère de la Culture, de l'Alphabétisation, de l'Artisanat et du Tourisme) ont élaboré leur politique de lutte contre le VIH et le Sida avec l'appui technique et financier du BIT. Les UFLS sont chargées de sensibiliser les autorités et le personnel des différentes institutions sur l'évolution de la pandémie et les mesures de prévention. Dans cette optique, elles ont organisé diverses activités, à savoir :

- séances d'information et de communication pour un changement de comportement ;
- séances de distribution de prospectus brochures et posters éducatifs et magazines "Amour et vie" ;
- séances de distribution de préservatifs masculins et féminins ;
- conseils dépistage volontaire ;
- formation de leurs cibles ;
- sensibilisation en milieu scolaire sur les IST, le VIH et le SIDA ;
- organisation de concours de sketch sur les IST, le VIH et le SIDA ;
- élaboration et multiplication de divers documents et curricula. ...

3.4.2 Au niveau du secteur privé

Tout comme au niveau du secteur public, des actions relatives à la lutte contre les IST, le VIH et le Sida sont menées à l'endroit du secteur privé.

3.4.2.1 Mise en place des politiques VIH en milieu de travail

L'appui technique du BIT dans le cadre de la lutte contre le VIH et le sida au Bénin dans la période couverte par le présent rapport consiste à: i) mettre à disposition son expertise et renforcer les capacités des acteurs nationaux, ii) appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques VIH SIDA dans les lieux de travail en conformité avec la Recommandation 200 de l'OIT et le Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail et iii) appuyer techniquement l'amélioration constante du cadre législatif et réglementaire national de la riposte au VIH et au sida pour sa conformité avec la Recommandation 200 de l'Organisation Internationale du Travail.

En ce qui concerne l'appui à l'élaboration et la mise en œuvre de politiques VIH dans les lieux de travail, les activités suivantes ont été menées :

1. Initiation et mise en œuvre de politiques et programmes VIH/sida dans 5 entreprises des secteurs banques et assurances, et de l'agroalimentaire (impactant 544 travailleurs dont 361 hommes et 183 femmes)
2. Initiation de politiques VIH/sida dans 3 départements ministériels du Bénin (impactant environ 1400 agents permanents de l'Etat dont 1091 hommes et 309 femmes) sous l'égide de leurs Unités Focales de Lutte contre le sida ou UFLS) ;
3. Appui à la relance de la politique VIH/sida de la Société Nationale des Eaux du Bénin (SONEB)
4. Elaboration d'une politique interne du personnel des Nations Unies au Bénin, adaptée du Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail et le document commun des Nations Unies « l'ONU avec nous ».

Enfin, des activités relatives à l'appui technique à l'amélioration constante du cadre législatif et réglementaire de la riposte au VIH et au sida pour sa conformité avec la R200 de l'OIT, ont été menées.

En effet, courant 2013, un texte révisé de la loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/sida en République du Bénin a été soumis à l'Assemblée Nationale pour discussion et vote.

Le BIT est membre d'un groupe de travail mis en place par l'ONUSIDA au Bénin depuis 2009 pour aider le Secrétariat Permanent du CNLS à réviser la législation nationale sur le VIH et le sida en vue de la rendre plus propice à la prévention du VIH.

Au titre des entreprises touchées, grâce à l'appui financier et technique du Fonds Mondial à travers l'UGFM-SEIB, trois secteurs d'entreprises ont été identifiées comme domaines d'importance ; il s'agit du secteur des BTP, de l'Hôtellerie et des routiers. Au 31/12/2013, le nombre d'entreprises des 3 secteurs d'activités ciblés ayant mis en place de politique VIH en milieu de travail est de 61, soit 117% de taux de couverture pour cet indicateur. Les entreprises sont réparties sur toute l'étendue du territoire national.

Parmi elles, on note : 26 entreprises de BTP (soit 43%), 32 établissements hôteliers (soit 52%) et 3 gares routières (soit 5%). Ceci porte le nombre cumulé d'entreprises ayant élaboré une politique de lutte contre le SIDA depuis la phase 1 du Round 9 du FM à 302.

3.4.2.2 Activités de prévention sur le VIH et le Sida en milieu de travail

Au 31 décembre 2013, il est prévu que 4450 travailleurs soient touchés par les activités de prévention sur le VIH et le Sida en milieu de travail. L'objectif de ces activités de prévention au sein des entreprises est de contribuer à la réduction du nombre de personnes infectées par le VIH /Sida sur le lieu de travail. Ainsi, au cours de la période de 2013, 5969 travailleurs dont 5309 hommes et 660 femmes ont été sensibilisés en milieu de travail soit des taux respectifs de 88,94% et 11,05%. Ces 5969 travailleurs sensibilisés représentent 134% de la cible devant être couverte sur la période.

Une bonne santé dans les communautés de pêche est un pilier fondamental pour la productivité et la durabilité du secteur de la pêche. L'approche License Plus, mise en œuvre au Bénin se focalise de plus en plus sur le renforcement des capacités des structures et sur la création de plus de partenariat entre les organisations de la pêche, les institutions et les partenaires techniques et financiers.

En vue de renforcer des partenariats entre les pairs éducateurs et les jeunes des communautés de pêche, un appui est fourni au développement organisationnel et l'intégration dans le développement local des clubs de jeunes. Le principal objectif est de rendre visible et faire intégrer des services aux communautés de pêche par des acteurs nationaux et des programmes, afin de renforcer la capacité de la réponse auprès de ces communautés.

Au cours de l'année 2013 :

- 600 pairs éducateurs ont été formés dans les localités de Kraké plage à Hillacondji plage, soit 288 femmes et 312 hommes ;
- 6184 petites boîtes de préservatifs ont été distribuées ;
- 838 personnes dont 463 femmes ont participé à un dépistage volontaire ;
- 613 séances d'animation ont été menées sur le terrain avec une exposition de 4524 personnes cibles du projet dont 2157 femmes ;
- 66 points focaux provenant de 66 campements de pêcheurs ont contribué à l'identification des personnes migrantes dans leur milieu ;
- 17 points focaux contacts, responsables de campement et chefs d'embarcation situés le long du Littoral entre Kraké et Hillacondji

8 membres de comité de santé s'occupent des situations relatives à la vie des pêcheurs marin (domaine de la santé ou socioéconomique)

Par ailleurs, les activités menées par l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos ont permis de :

- 13484 personnes ont été conseillées testées et ont reçu leurs résultats ;
- 110 pairs éducateurs ont été formés ;
- 67922 personnes touchées au cours des activités de stratégie fixe et avancées ;

- 11512 cas d'IST ont été diagnostiqués, conseillés et traités ;
- 199 PVVIH parmi les populations cibles ont bénéficié d'un appui psycho social.

3.4.2.3 Formation des pairs éducateurs

Les pairs éducateurs interviennent sur la sensibilisation interpersonnelle dans les entreprises du secteur privé. Le nombre total de pairs éducateurs formés au cours de l'année 2013 marquant le début de la 2^{ème} phase du projet du Fonds Mondial est de 238 sur un total de 252 attendus, soit un taux de réalisation de 94,44%.

Au cours des deux dernières années 2012-2013, le BIT a aussi formé plusieurs catégories d'acteurs à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de politiques et programmes de prévention du VIH sur les lieux de travail en conformité avec la Recommandation n°200 de l'OIT et le Recueil de directives pratiques du BIT.

Le tableau suivant présente les catégories et les effectifs des personnes formées

Tableau 14 : Acteurs formés à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de politiques et programmes de prévention du VIH sur les lieux de travail

Cibles	Effectifs
Responsables et personnels du SP/CNLS	7
les ONG et consultants indépendants	7
les membres des comités VIH/sida d'entreprises	46
Pairs éducateurs VIH/sida d'entreprises privées :	37
Représentants des travailleurs des ministères	14
Maître assistant	30
Total	141

3.4.2.4 Formation des membres des comités d'entreprise

Les membres du comité d'entreprise ont pour rôle d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques VIH et Sida en milieu de travail. Le nombre de membres des Comités d'Entreprises, formés au titre de l'année 2013 marquant la deuxième phase du projet, est de 178 contre 252 attendu sur la période, soit un taux de 70,63%.

3.4.2.5 Distribution de préservatifs

Au cours de l'année 2013, 23528 préservatifs masculins ont été distribués aux travailleurs des différents secteurs lors des différentes sensibilisations.

Dans le cadre du Mécanisme de Financement Transitoire du Fonds Mondial (MTF ou TFM en anglais) couvrant la période de janvier 2013 à août 2014, les activités menées par l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos ont permis de distribuer 803551 préservatifs (féminins et masculins) aux populations cibles le long du corridor Abidjan Lagos.

3.5 Soins et traitement

3.5.1. Traitement par les ARV

Le traitement de l'infection à VIH et Sida a démarré à travers l'Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux (IBA-ARV) en 2002. Aujourd'hui la prise en charge des PVVIH par les ARV se poursuit au Bénin avec un réel effort de décentralisation, d'intégration et d'amélioration de la qualité des services fournis dans ce cadre. Cet effort se traduit par l'augmentation sans cesse croissante du nombre de sites qui passe de 59 en 2008 à 82 en 2012 puis à 92 en 2013. Mais au cours de l'année 2013, seulement 83 sites ont offerts les services de PEC par les ARV. Ces sites sont répartis sur tout le territoire national dans le but de faciliter l'accès au traitement par les ARV à tous les patients.

L'existence d'un engagement politique en faveur de l'accès universel au service de prise en charge par les ARV se traduit par le maintien de la politique de gratuité de la prise en charge à travers un paquet minimum incluant l'accès aux médicaments antirétroviraux.

Les indications thérapeutiques, les critères d'initiation et les différentes procédures s'alignent parfaitement aux recommandations de l'OMS sauf que les dernières recommandations de 2013 n'ont pas encore été intégrées au document normatif de PEC des PVVIH.

Grâce à ces mesures, le nombre de bénéficiaires ne cesse de croître. Ainsi, le nombre cumulé de personnes vivant avec le VIH prises en charge par les ARV est passé de 12 078 en 2008 à 24 810 en 2013 (plus du double en 5 ans).

En 2013, 5609 personnes ont été nouvellement mises sous ARV dont 5284 adultes et 325 enfants. Au total 529 décès de PVVIH ont été enregistrés dont 26 enfants et le nombre total de perdus de vue s'élève à 1674.

Tableau 15 : Evolution du nombre de PVVIH recevant les ARV de 2008 à 2012 (effectif cumulé).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Adultes sous ARV	11308	15 087	18 814	23 930	24 147	23436
Enfant sous ARV	770	1084	1294	1606	1871	1374

Source : Rapports de monitoring de 2008 à 2013, PNLIS

3.5.2. Prise en charge des Infections Opportunistes

La prophylaxie et le traitement des Infections Opportunistes (IO) se réalisent sur les sites de PEC des PVVIH. Les indicateurs mesurés sont relatifs au traitement préventif, au diagnostic des infections opportunistes (IO) et à leur traitement, ceci selon l'âge des patients.

Au 31 décembre 2013, 5609 PVVIH ont été nouvellement mis sous traitement préventif pour les Infections Opportunistes dont 269 enfants contre 6250 en 2012. Le nombre total d'enfants et d'adultes ayant présenté des IO en 2012 était de 6913 contre 7386 en 2011.

Le nombre d'adultes et d'enfants traités pour IO est respectivement de 5810 en 2013 contre 6904 en 2012.

3.5.3. Prise en charge psychosociale et nutritionnelle

La prise en charge psychosociale se fait par les acteurs de la société civile notamment les ONG et les associations des Personnes Vivant avec le VIH. Ces structures apportent aux personnes infectées et affectées l'assistance psychologique, sociale et nutritionnelle, en mobilisant des psychologues, des médiateurs et médiatrices qui sont repartis sur les sites de prise en charge.

➤ Rôle des Médiateurs

Les médiateurs sont des personnes concernées ou non qui travaillent tant à l'hôpital que dans la communauté. Ils ont reçu une formation en matière de relation d'aide en milieu de soin. Ils ont un cahier de charges axé sur quatre volets essentiels à savoir :

- Aider le patient pour qu'il soit en mesure de prendre soin de lui-même ;
- Assurer l'accompagnement psychologique et social des personnes infectées ou affectées ;
- Travailler en réseau avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le suivi et l'accompagnement des patients : associations du secteur communautaire, soignants, autres médiateurs ;
- Promouvoir et distribuer des préservatifs à travers les séances éducatives etc.

Les médiateurs travaillent dans les principaux centres de prises en charge et de PTME accrédités par le PNLS et dans la communauté.

Actuellement 486 médiateurs travaillent sur l'ensemble du territoire national sur 214 sites dont la totalité des sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Chaque médiateur suit cinquante (50) patients sur le site et rend compte régulièrement aux référents, fait des visites à domicile, organise des séances de groupe et individuelles (conseil pré et post test, accompagnement intra hospitalier, conseil nutritionnel ...), organise des sensibilisations dans la communauté.

➤ Rôle des associations et ONG au niveau du conseil nutritionnel

Les associations et ONG organisent tous les mois, des réunions de groupe avec les mères et les enfants au cours de démonstration nutritionnelle, avec l'appui d'un nutritionniste. Cette activité est beaucoup axée sur la PTME, afin de permettre aux mères de mieux avoir une réponse dans l'utilisation des produits locaux à peu de frais. Il y a au moins une séance par bimestre par site et une séance par mois au niveau des collectifs associatifs. Chaque séance regroupe au moins quinze mères.

Un kit alimentaire est fourni aux mères par certains acteurs ou partenaires (tel que le PAM) qui ont suivi la séance nutritionnelle et qui sont réellement dans le besoin. L'assistant social du site a au préalable déterminé ces femmes qui sont effectivement dans un besoin d'appui.

➤ **Rôle des Réseaux communaux communautaires**

Mis en place par Caritas Bénin dans le cadre du Projet d'Accompagnement Psychoaffectif des OEV mis en œuvre dans les départements de l'Ouémé, des Collines et de l'Alibori, les réseaux communaux communautaires, constitués de volontaires de Caritas Bénin et dont les membres sont formés en conséquence, ont un cahier de charge composé comme suit :

- Identification de nouveaux cas de vulnérabilité infantile dans la communauté à l'aide des outils appropriés notamment la fiche d'identification.
- Référence des nouveaux cas de vulnérabilité infantile vers les Maisons d'Ecoute (ME).
- Visite à domicile aux enfants de vulnérabilité critique.
- Visite au OEV scolarisés dans les établissements scolaires en collaboration avec les responsables desdits établissements.

➤ **Rôle des psychologues**

Il existe deux catégories de psychologues impliqués dans la prise en charge psychologique des cibles.

Il y a les psychologues professionnels recrutés positionnés sur les sites de prise en charge et de PTME. Ils fonctionnent notamment dans le cadre de la mise œuvre du Round9.

Il y a également les psychologues professionnels positionnés par Caritas Bénin dans les Maisons d'Ecoute dans le Cadre de la mise du Projet d'Accompagnement psychoaffectif des OEV basé sur la Technique de la « BOITE A MEMOIRE ».

○ ***Rôle des Psychologues Positionnés sur les sites de prise en charge et de PTME***

Les psychologues professionnels positionnés sur les sites de prise en charge et de PTME organisent :

- les consultations psychologiques des PVVIH et des OEV,
- les supervisions formatives des médiateurs dans l'exercice de fonction au niveau des 6 anciens départements.

Ces psychologues ont appuyé à travers les consultations psychologiques 1320 PVVIH dont 969 femmes et 863 OEV dont 415 filles. Les troubles identifiés au cours des consultations sont les suivants :

- Etat anxieux.
- Dépression.
- Allure psychotique.
- Angoisse.

Des actions d'orientation, d'accompagnement et de psychothérapie sont menées vers ces patients afin qu'ils retrouvent une parfaite santé mentale psychologique.

○ ***Rôle des Psychologues positionnés dans les Maisons d'Ecoute de Caritas Bénin***

Ces psychologues sont formés sur la technique de la « BOITE A MEMOIRE » et ont un cahier de charge les conduisant à :

- l'organisation des entretiens au profit des cas de vulnérabilité infantile référés vers les maisons d'écoute,
- la détermination du profil psychoaffectif des OEV,

- l'organisation des groupes de parole entre les OEV,
- l'organisation des Camps pour les OEV.

Les groupes de parole entre les OEV facilités par les psychologues des Maisons d'Ecoute de Caritas Bénin constituent une activité maîtresse menée. A cet effet, les OEV sont catégorisés selon leur profil psycho-sociale, de sorte à regrouper les enfants présentant des difficultés semblables ou des malaises comparables pour des échanges de thématiques très spécifiques. Ces rencontres constituent des moments privilégiés de partage d'expression de soi, de connaissances et d'expériences. C'est également, un moment privilégié pour l'éducateur et surtout pour les psychologues, de mieux appréhender les troubles comportementaux à travers les différentes activités (dessins, contes, jeux, animations diverses). De façon concrète, cette activité a permis de relever 3 défis majeurs :

- o L'analyse du comportement de chaque enfant dans le groupe a permis de mieux le connaître pour opérer un modèle d'accompagnement adapté à son type de personnalité.
- o les OEV apprennent à exprimer et à partager leurs joies, leurs difficultés et angoisses avec leurs pairs
- o Les groupes de paroles entre OEV ont constitué une « nouvelle école » où l'enfant apprend les exigences de la vie associative (respect de l'autre, droits et devoirs...) et la gestion progressive des sentiments liés à une situation douloureuse.
- o Caritas Bénin a réalisé à fin décembre 2013, 280 groupes de parole pour 1614 enfants.

3.6. Financement de la réponse

Au Bénin, plusieurs acteurs financent la lutte contre le VIH/SIDA. Les différentes sources de financement sont classifiées en trois catégories. Les fonds publics, les fonds privés et les fonds internationaux.

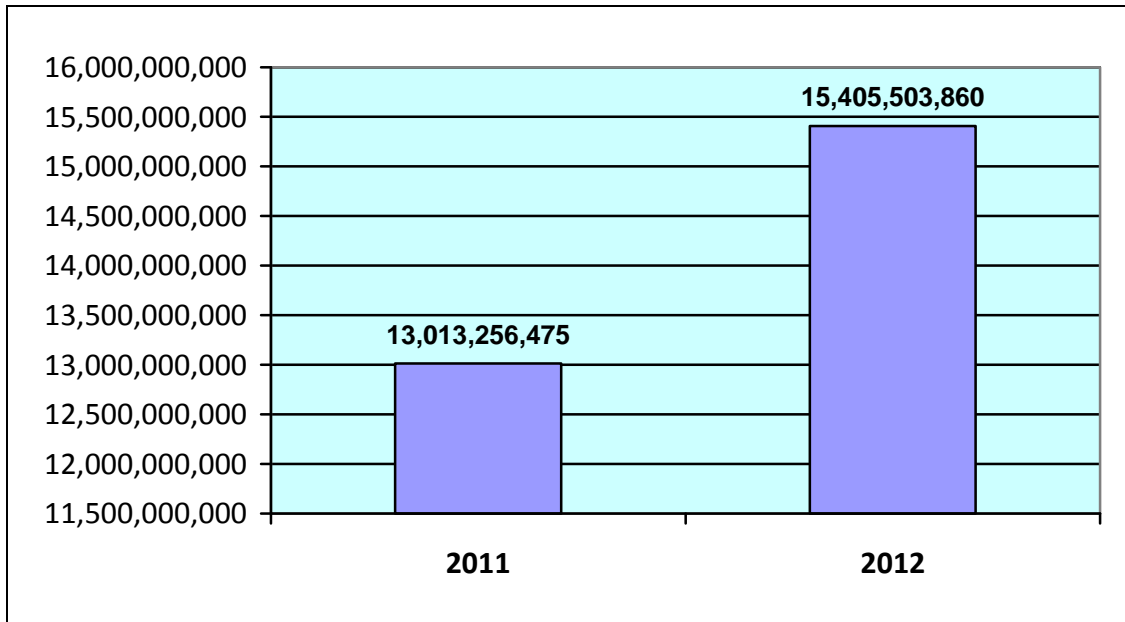


Figure 4 : Evolution des dépenses totales liées à la riposte au VIH/sida de 2011 à 2012

On note une évolution des dépenses totales liées à la riposte au VIH/sida de 2011 à 2012 passant respectivement de 13 013 256 475 milliards de FCFA à 14 764 129 080 milliards de FCFA.

En 2012, les financements internationaux s'élèvent à **9 370 103 154 FCFA** soit **60.82%** du montant total des dépenses, ceux publics s'élèvent à **5 854 596 706 FCFA** soit **38,00%** (répartis comme suit : 2 010 382 496 FCFA pour le budget national et 3 844 214 210 FCFA pour des prêts remboursables) et **180 804 000 FCFA** pour les fonds privés.

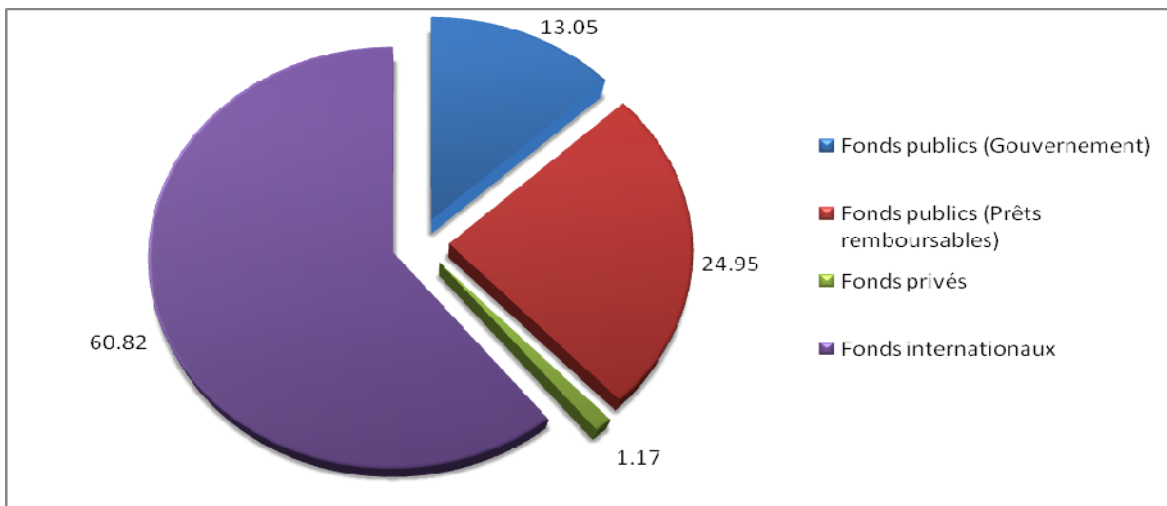


Figure 5 : Décomposition des dépenses par sources de financement en 2012

L'analyse du graphique montre que les dépenses internationales représentent 60,82% en 2012 contre 69,91% en 2011 soit une baisse de près de 10% des dépenses totales. Par contre, les dépenses publiques ont connu une augmentation non négligeable dans les dépenses totales soit 38,00% en 2012 contre 28,27% en 2011. Les fonds privés quant à eux ont connu une légère diminution et sont passés de 1,82% en 2011 à 1,17% en 2012.

Le tableau suivant montre la décomposition des différentes sources de financement citées ci-dessus.

Tableau 16 : Décomposition des différentes sources de financement en 2012

Sources de financement	Dépenses (FCFA) en 2012	Proportion
Recettes du gouvernement central	2,010,382,496	13.05
Prêts remboursables	3,844,214,210	24.95
Total Fonds publics	5,854,596,706	38.00
Institutions et entreprises à but lucratif	30,000,000	0.19
Total Institutions et entreprises à but lucratif	30,000,000	0.19
Fonds des ménages	146,364,000	0.95
Total Fonds des ménages	146,364,000	0.95
Sources privées de financement non classifiées ailleurs (n.c.a.)	4,440,000	0.03
Total Sources privées de financement non classifiées ailleurs (n.c.a.)	4,440,000	0.03
Total Fonds privés	180,804,000	1.17
Gouvernement danois	42,533,774	0.28
Gouvernement français	53,000,000	0.34
Gouvernement allemand	418,901,495	2.72
Gouvernement suédois	25,000,000	0.16
Gouvernement américain	976,993,744	6.34
Total Contributions bilatérales directes	1,516,429,013	9.84
Commission européenne	40,000,000	0.26
Organisation internationale du Travail (OIT)	7,031,000	0.05
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	6,517,716,534	42.31
Secrétariat de l'ONUSIDA	76,623,285	0.50
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	321,862,400	2.09

Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)	10,960,073	0.07
Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)	349,260,000	2.27
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	116,355,000	0.76
Fonds multilatéraux ou fonds de développement n.c.a.	316,613,959	2.06
Total Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	7,756,422,251	50.35
Total Organisations et fondations internationales à but non lucratif	81,595,100	0.53
Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)	15,656,790	0.10
Total Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)	15,656,790	0.10
Total Fonds internationaux	9,370,103,154	60.82
Dépenses totales en 2012	15,405,503,860	100.00

Source : REDES 2012, SP/CNLS Bénin

3.7. Intégration des services

Dans le cadre du renforcement de l'intégration des services VIH dans les services de santé, le Ministère de la santé a développé et mis en œuvre le Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI) pour la santé maternelle et infantile prenant en compte la PTME. En 2012 une feuille de route sur l'intégration de la PTME dans le SMINI a été élaborée avec l'appui des partenaires techniques et financiers ; à cet effet au niveau central, les documents de directives, normes et les outils destinés aux formations sanitaires de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant ont été actualisés pour inclure la PTME. Au niveau opérationnel, 60% des maternités offrent la PTME dans le cadre de suivi et de prise en charge des grossesses. Les 82 sites de prise en charge par les ARV sont des centres de santé au niveau communal, des hôpitaux départementaux et le CHU qui fonctionnent dans le cadre d'intégration de la pyramide sanitaire nationale. La prise en charge de la coinfection TB/VIH est assurée dans 57 centres de santé. Les Directions Départementales de la Santé et les Zones sanitaires assurent la mise en œuvre de cette politique d'intégration à travers le développement des plans de travail annuels et les supervisons intégrées trimestrielles. En effet, le système de monitoring du ministère de la santé a été mis à jour et a pris en compte les indicateurs PTME.

Au niveau communautaire, le paquet d'interventions des relais a été harmonisé et permet l'offre de service complet minimum aux populations couvrant les principales affections y compris le VIH.

Enfin le Ministère de la Santé a démarré depuis 2011 la mise en œuvre du programme de renforcement du système de santé et l'application de l'approche « Financement Basé sur les Résultats » qui a pour objectif d'accélérer l'intégration des services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le principal défi est d'accélérer la mise à l'échelle du Programme de Renforcement du Système de la Santé (PRSS) dans les 34 zones sanitaire avec la phase 2 du Fonds Mondial.

3.8. Elimination des inégalités entre les sexes

La pandémie du VIH constitue un véritable problème de santé publique surtout dans les pays Africains au Sud du Sahara où la persistance l'inégalité des sexes expose plus davantage les femmes que les hommes aux risques liés au VIH.

Au Bénin, la féminisation du VIH Sida demeure une réalité, encore prouvée par les récentes études portant sur la problématique de l'infection à VIH. En effet, selon l'EDS 2012, la prévalence du VIH chez les femmes est plus élevée que celle obtenue chez les hommes avec respectivement 1.4% et 1.0%. Le même rapport relève que la précocité des rapports sexuels est un facteur lié à l'infection à VIH. Ainsi, les filles ayant les premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans sont significativement plus infectées que leurs homologues hommes soit une prévalence respective de 1.8% contre 1.1%.

Les pesanteurs socio-économiques et culturelles qui déterminent les inégalités liées au genre, continuent de maintenir les femmes dans une position de vulnérabilité aux risques de l'infection à VIH. Ces facteurs sont :

- la pauvreté : L'accès aux ressources reste une grande préoccupation du Gouvernement qui a développé un vaste programme d'autonomisation, de limitation de la dépendance des femmes vis-à-vis du mari et de la belle-famille par l'octroi de « microcrédit aux plus pauvres » et aussi en opérationnalisant le programme de gratuité de la césarienne ; le programme de gratuité de l'enseignement aux filles de l'école primaire jusqu'au cours secondaire du 1er cycle vient renforcer l'accès universel des femmes à l'éducation ;
- les viols, le harcèlement sexuel et le rapport sexuel non consentant ;
- les mutilations génitales dont la pratique de réutilisation de matériel souillé pour plusieurs personnes peut être source de la transmission du VIH ;
- le partenariat sexuel multiple (polygamie) avec des femmes qui n'ont pas la possibilité de négocier les rapports sexuels protégés. Selon l'EDS-2012 seules 52,3% des femmes pensent qu'il est normal, de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint si elle sait que ce dernier a des rapports sexuels avec d'autres femmes contre 58,2% des hommes qui pensent que les femmes dans une telle situation ont le droit de refuser;
- les mariages forcés et précoces sont encore pratiqués dans certaines contrées du pays ;
- les violences physiques et sexuelles subies par près de la moitié des femmes exposent celle-ci à la contamination par le VIH ; selon une étude réalisée en Mars 2013 par le Ministère de la Famille, plus de 70% des femmes subissent toutes formes de violences ;
- le lévirat imposé aux femmes dans certaines régions du pays contraint les veuves à prendre en mariage le frère ou un parent de leur mari décédé en toute ignorance du statut sérologique de ce dernier;
- le niveau de connaissance et d'information sur l'infection à VIH, compte parmi les facteurs de propagation du VIH. En effet, en dépit des connaissances acquises, on note dans le rapport EDS 2011-2012 une faible utilisation du préservatif chez les femmes de 15-49 ans et jeunes filles de 15-24 ans ayant de multiples partenaires puisque 30.1% des femmes ayant déclaré des

partenaires multiples, ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels contre 19.9% des hommes.

Les efforts de réduction des inégalités liées aux sexes se sont manifestés à travers :

- La volonté politique manifestée par la prise de loi, la signature des conventions et instruments juridiques reconnus au niveau international et régional en matière des droits humains :
 - o à travers la SCRP III, le plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement 2009-2013 qui prévoit l'accès aux services de communication stratégique en SR/SRAJ/IST/VIH/Sida dans les zones de concentration du programme pour les communautés à la base, en particulier les femmes et les groupes vulnérables, les adolescents/jeunes (filles et garçons), les corps habillés et les travailleurs de sexe, généralement des femmes ;
 - o la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et la signature de son Protocole ;
 - o la Convention sur l'élimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des femmes ;
 - o la souscription à la Déclaration de Beijing ;
 - o La constitution du 11 décembre 1990 qui confère à l'homme et à la femme l'égalité en termes de droit et de dignité par son article 26;
 - o La loi n°2011-26 du 09 janvier 2012 portant prévention et répression des violences faites aux femmes au Bénin;
 - o Le programme de "microcrédit aux plus pauvres";
 - o Le programme d'accès universel aux soins par la mise en œuvre du RAMU.
- L'appui des PTF dans le cadre de l'élimination des inégalités entre les sexes s'est manifesté à travers :
 - o le cadre de programmation stratégique pour la prévention du VIH Sida chez les femmes enceintes, les jeunes (filles et garçons), avec l'appui de l'UNFPA. Ce cadre a mis l'accent sur la communication, la programmation complète des préservatifs et l'intégration de la SR et le VIH à travers des activités intégrées au niveau institutionnel et opérationnel. En vue de l'accélération de la protection équitable des populations, l'Agenda femmes, filles, égalité des sexes et VIH a été intégré dans le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2012-2016. L'élimination des inégalités entre les sexes est prise en compte dans les documents de stratégies et programmes sectoriels de la santé :
 - o le Projet PADEG (Programme d'Appui à la Démocratie et l'Egalité du Genre), financé par le Danemark et exécuté par le MFASSN- HPTA, lutte contre les Violences Basées sur le Genre (VBG) depuis Octobre 2010 ;
 - o l'organisation des campagnes de communication pour un changement de comportement en matière de santé de la reproduction par l'accès à l'information, aux produits et

services disponibles ont permis d'atteindre en 2012 un effectif de 120 HSH et de 40 UDI formés comme des pairs éducateurs et touché plus de 50.000 femmes, jeunes filles et garçons dans les milieux scolaires ou en apprentissage avec l'appui de l'USAID/PSI et de Plan Bénin .

- , la mise en œuvre du Projet Equité en Santé qui a cours en 2013 (dans sa phase de recherche) et 2014 (phase d'intervention) vise à faciliter l'accès des TS aux soins de qualité (exposition aux activités visant le changement de comportement, suivi médical systématique, dépistage de VIH, traitement par les ARV des TS infectées, lutte contre les violences faites aux femmes, diagnostic du cancer du col de l'utérus, planification familiale etc..) , en collaboration avec les Instituts de Recherche en Santé du Canada. Les services adaptés implantés sur l'étendue du territoire par le PNLs sont impliqués dans la fourniture des services de soins de qualité aux TS.

IV. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

4.1. Progrès réalisés

Les principaux progrès réalisés sont :

- Révision du décret portant création, organisation et fonctionnement du SP/CNLS en vue du du rattachement effectif du SP/CNLS à la Présidence de la République.
- Augmentation des fonds publics alloués à la réponse nationale à hauteur de 1,6 milliards de FCFA pour acquisition d'ARV et de réactifs.
- Meilleure évaluation de la situation des IST et du VIH/Sida au sein des UDI et des HSH à travers les Enquêtes de Surveillance de Deuxième Génération.
- Augmentation de 241 à 302 du nombre d'entreprises privées disposant de comités et de politiques avec l'appui du Fonds Mondial et mise en place de 8 politiques (5 dans les entreprises privées et 3 dans les structures publiques) par le BIT.
- Renforcement de l'implication du secteur privé dans les activités de prévention à travers la poursuite de création des Comités d'Entreprise et la formation des acteurs.
- Effectivité du dépistage volontaire et gratuit en milieu de travail au Bénin.
- Organisation de la riposte au niveau des jeunes avec la mise en place d'un mécanisme efficace de pair-éducation au niveau des enfants jeunes déscolarisés et non scolarisés sur l'ensemble du territoire national.
- Passage à l'échelle des activités de prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST et la volonté politique affichée par le Chef de l'Etat, pour l'Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.
- Création de nouveaux sites de prise en charge et augmentation de l'offre de services de PTME en direction des populations en général.

4.2. Obstacles ayant entravé la riposte nationale

- **Baisse de financements extérieurs**

Plusieurs projets basés sur financement extérieur ont connu leur épilogue en 2012. Ces projets comme PALS-BAD, PARL-Sida, PMLSII, IMPACT appuyaient la mise en œuvre de la riposte nationale contre l'épidémie tant au niveau institutionnel que communautaire.

Depuis lors, le Bénin n'a plus bénéficié d'apports financiers substantiels.

- **Insuffisance de ressources humaines et financières à la coordination nationale**

L'organe technique du CNLS qu'est le SP/CNLS a connu ses deux dernières années une augmentation plus ou moins négligeable de son budget annuel. Malheureusement, ce budget de fonctionnement ne comble pas les attentes. Il convient de souligner aussi, l'insuffisance des ressources humaines et matérielles. Toutes choses qui affectent considérablement la réalisation de sa mission en tant qu'instance de coordination.

- **Insuffisance des ressources destinées aux groupes spécifiques tels que les adolescents et jeunes, les professionnels de sexe et les personnes privées de liberté**

Le Plan Stratégique National 2012-2016 prévoit d'intensifier des actions à l'endroit de certaines populations spécifiques (Professionnels de sexe et leurs clients, les jeunes de 15-24 ans, routiers, HSH, UDI, etc.) afin de réduire la prévalence au sein de ces groupes qui entretiennent l'épidémie au Bénin.

Le Round 9 du Fonds Mondial a prévu une série d'interventions à l'endroit de ces groupes spécifiques. Lors de la première phase dudit round, des interventions ont été menées à l'endroit de ces groupes. Seulement qu'au niveau des adolescents et jeunes, seuls les non scolarisés et les déscolarisés ont été pris en compte pour le compte de la seconde phase.

- **Absence de mécanisme de suivi de la mise en œuvre des politiques dans le monde du travail.**

En 2013, plus de trois cent dix entreprises privées et publiques disposent de politiques VIH/Sida et mènent des activités de prévention et de prise en charge. Mais à ce jour, on ne dispose d'aucune données pour apprécier la mise en œuvre de ces politiques et programmes.

- **Lourdeur des procédures d'acquisition des ARV et réactifs**

La lourdeur se manifeste par la définition d'une procédure qui intègre à la fois les exigences du Fonds Mondial et celles de la passation des marchés publics.

Il est constamment déploré des délais longs (8 à 18 mois) pour l'acquisition des réactifs, ce qui occasionne de ruptures de réactifs et tensions sur quelques molécules de deuxième ligne.

4.3. Mesures correctives

- **Pour la baisse de financements extérieurs**

Il importe d'accélérer la mise en place de mécanisme de mobilisation de financements innovants pour combler d'une part le gap financier en matière de réponse à l'épidémie mais aussi de mobiliser les partenaires au développement pour des solutions idoines à cet obstacle.

- **Par rapport à l'insuffisance de ressources humaines et financières à la coordination nationale**

L'engagement du Chef de l'Etat, Président du CNLS, permettra de régler la question de l'ancrage institutionnel du CNLS. Ceci permettra de renforcer l'autonomie de l'institution et facilitera le recrutement du personnel adéquat pour assurer les différentes responsabilités au sein du SP/CNLS.

A cet effet, il urge que la décision de rattacher le SP/CNLS à la Présidence de la République prenne effet par la signature du décret.

- **Par rapport à l'insuffisance des ressources destinées aux groupes spécifiques tels que les adolescents et jeunes, les professionnels de sexe et les personnes privées de liberté**

Les défis de la réponse nationale à l'épidémie demandent une meilleure orientation des ressources financières à l'endroit des groupes spécifiques. Ce qui permettra davantage de faciliter l'implication plus accrue de tous les acteurs dans la réponse et l'atteinte de l'objectif zéro.

- **En ce qui concerne l'absence de mécanisme de suivi de la mise en œuvre des politiques dans le monde du travail.**

A ce niveau, il faut asseoir le mécanisme de suivi de mise en œuvre des politiques et programmes et encourager le travail en synergie des différents acteurs.

- **Par rapport à la lourdeur des procédures d'acquisition des ARV et réactifs**

Il importe de mettre en place et d'alléger un système qui intègre à la fois les procédures du Fonds Mondial et celles de la passation des marchés publics. La dynamisation du comité de quantification qui se réunit de façon périodique, l'allongement du délai du stock de sécurité et l'utilisation du logiciel de quantification constitue des priorités pour éviter les ruptures de stock.

V. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

5.1. Appui financier

Les Partenaires techniques et financiers apportent leur appui à la réponse nationale au VIH/Sida à travers deux mécanismes institutionnels à savoir : le cadre réunissant les partenaires techniques et financiers composé du groupe thématique ONUSIDA du SNU et le cadre réunissant les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé.

- Le Système des Nations Unies a au titre de l'année 2013 développé et exécuté dans le cadre de l'UNDAF, le programme conjoint sur le VIH/Sida. 1 559 890 dollars USD ont été dépensés sur ce programme en vue d'accompagner la réponse nationale. Ce programme a en effet permis de renforcer la gouvernance, la planification stratégique, la qualité de l'information sur le VIH/Sida et le plaidoyer pour la mobilisation de ressources.
- Le Plan Stratégique National 2012-2016 et le Plan d'Élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant lancés par le Chef de l'État en présence de tous les acteurs nationaux et le corps diplomatique ont permis l'accélération des progrès vers les dix objectifs de la déclaration politique des Nations Unies sur le VIH et le Sida de 2011.
- L'appui conjoint continu du Système des Nations Unies, de la France, de l'USAID et du Fonds Mondial a apporté une amélioration positive au Système d'Approvisionnement des intrants et à la qualité des données de l'information stratégique.
- Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés à travers Caritas a appuyé en 2013, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH pour un montant de 10 865 780 F CFA. La Caritas a contribué à la prise en charge des OEV pour un montant de 66 683 100 F CFA.
- Le projet EQS (avril 2011 – mars 2016) a pour objectif général de permettre une meilleure compréhension de la santé sexuelle et reproductive (SSR) dans le milieu prostitutionnel béninois, afin de développer, implanter et évaluer des interventions visant l'amélioration de la SSR chez les TS et aussi la prévention de la violence faite à ces femmes dans une perspective d'équité en santé. Il comprend deux axes : un axe « compréhension » (faite de recherche) et un axe « action » (fourniture de paquet d'activités : prévention de la transmission de l'infection à VIH, Dépistage du VIH, fourniture de soins aux PVVIH par les ARV, PF, Dépistage du cancer du col de l'utérus, etc.). Le projet est financé par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) pour un montant total de 44.729.891 FCFA à 2013.

5.2. Appui technique

Au cours de l'année 2013, plusieurs appuis techniques ont été reçus des partenaires pour une meilleure réponse nationale au Sida. Il s'agit de:

- L'appui du SNU pour la mise en œuvre de l'audit organisationnel et institutionnel des organes de coordination de la réponse à savoir le CNLS, le PNLS et le CCM.
- L'appui conseil et le plaidoyer des partenaires (SNU, bilatéraux et multilatéraux) aux côtés du SP/CNLS et du CCM a permis l'accélération de la signature des différentes conventions entre le Fonds Mondial (120 235 827 USD) , le BIT (193 000 USD pour le biennium 2012-2013).
- L'appui au Pays par les partenaires pour l'analyse de situation en ce qui concerne les HSH et les UDI.
- L'appui au Pays pour la réalisation des Enquêtes de Surveillance de Deuxième Génération au sein des HSH et UDI.
- L'appui au Pays pour la réalisation de l'Etude d'identification des associations et organisations de lutte contre le travail des enfants et adolescents, l'identification des lieux de ciblage (de ces jeunes déscolarisés et non scolarisés) et la définition des stratégies d'intervention au profit de cette cible vulnérable en matière de lutte contre l'infection par le VIH et le Sida.
- L'appui du Fonds Mondial à OCAL pour assurer la transition entre la fin du 6^{ème} Round et le Mécanisme Transitoire de Financement pour la mise en œuvre des activités en direction des populations clés (PS, HSH, UDI, Migrants et Personnels en uniforme...etc).

VI. SUIVI ET EVALUATION

6.1. Aperçu de l'état du Système Unique de Suivi et Evaluation (SUSE)

L'audit du système unique de suivi et évaluation a été réalisé sur la base des 12 composantes d'un système fonctionnel de suivi et évaluation et du "One tool" développé par le groupe de référence de suivi et évaluation (MERG) de l'ONUSIDA.

Tableau 17 : Analyse situationnelle du système unique de Suivi et Evaluation au Bénin

Composantes	Forces	Faiblesses/Contraintes
1. Structures organisationnelles dotées de fonctions de S&E	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une structure de Suivi et Evaluation au niveau national et décentralisé (Cellule Suivi/Evaluation du CNLS, CDLS, CCLS) - Existence du Plan National Multisectoriel de S&E - Existence d'un Groupe consultatif national de S&E - Existence d'une unité de suivi et évaluation au niveau des principaux organes d'exécution du CNLS (PNLS, UGFM-SEIB.sa, PLAN-BENIN ...) - Existence des Points Focaux assumant les fonctions de suivi-évaluation au niveau des comités d'entreprise et des UFLS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible appropriation du Plan National Multisectoriel de S&E - Faible fonctionnement des unités de suivi-évaluation des structures décentralisées du CNLS (CIPEC, CDLS, CCLS, CALS, CVLS) - Faible collaboration des acteurs des structures décentralisées du SUSE - Faible fonctionnement du volet communautaire du SUSE (Système Unique de S&E) - Insuffisance de matériels de travail (ordinateur, matériel de sauvegarde de données et d'archivage) au niveau central et au niveau des comités départementaux
2. Ressources humaines pour le S&E	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de ressources humaines formées pour le système de suivi et évaluation de la lutte contre le VIH au niveau national et au niveau décentralisé - Existence de Responsable de S&E au niveau des cellules et unités de suivi-évaluation des structures de coordination et des organes d'exécution du CNLS - Existence de Points Focaux VIH dans les comités d'entreprise - Existence des conseillers VIH au niveau des départements - Existence de Points Focaux CCLS au niveau des mairies 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau des sous-unités de S&E des structures et organes d'exécution du CNLS (CIPEC, ONG, Réseaux,...) - Insuffisance de formation des agents chargés du S&E à tous les niveaux - Instabilité/mobilité constante des ressources humaines - Conditions de travail des agents chargés du S&E peu satisfaisant à tous les niveaux
3. Partenariats pour planifier, coordonner et gérer le système de S&E	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un groupe technique élargi/forum ou multipartenaire national du S&E (groupe consultatif suivi évaluation qui regroupe d'une part le secteur public, la société civile, le secteur privé, le secteur confessionnel et d'autre part, les partenaires techniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistence d'un comité technique opérationnel de Suivi et évaluation au niveau local - dysfonctionnement du circuit de communication pour faciliter les échanges entre les parties prenantes (société civile, secteur public

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

Composantes	Forces	Faiblesses/Contraintes
	<ul style="list-style-type: none"> et financiers tels la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, les organismes des nations Unies et autres partenaires) - Spécialisation des partenaires dans la mise en œuvre de la subvention Round 9 . Plan Bénin pour le secteur communautaire, SEIB.sa pour le secteur privé et le PNLS pour le secteur public - Existence du (SNIGS) - Existence d'une déclaration tripartite (Gouvernement, Patronat, Travailleurs) en matière d'intervention de lutte contre le VIH SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> etc.)
<p>4. Plan de S&E national et multisectoriel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du système unique de Suivi évaluation multisectoriel avec ses structures décentralisées en cours d'opérationnalisation - Existence de lignes budgétaires pour le S&E dans certaines structures d'exécution du SP/CNLS - Existence de plans sectoriels de suivi et évaluation (santé, communautaire et privé) 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de vulgarisation du Plan de S&E du PNLS - Insuffisance de personnels qualifiés pour le S&E
<p>5. Plan de travail de S&E annuel, chiffré et national</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de plans d'action nationaux annuels opérationnels budgétisés du suivi et évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Retard dans la mise à disposition des ressources annoncées par les PTF pour la mise en œuvre des activités du PTA - Absence de table ronde des PTF pour les engagements formels - insuffisance de ressources matérielles (moyens roulants, matériels informatiques) et financières pour la mise en œuvre des activités en général et celles du niveau communautaire en particulier
<p>6. Plaidoyer, communication et culture pour le S&E</p>	<ul style="list-style-type: none"> - description explicite du S&E dans les politiques nationales de lutte contre le VIH et le plan stratégique national - Existence d'un document d'information, de plaidoyer et de communication pour la mise en place de comités VIH dans les entreprises privées - Application de la gestion axée sur les résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de politiques/stratégies de plaidoyer, communication et de culture pour le S & E au niveau national et décentralisé

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

Composantes	Forces	Faiblesses/Contraintes
<p>7. Suivi des programmes de routine</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un circuit d'information sanitaire de tout le système sanitaire(SNIGS) - Existence du circuit de l'information des sous systèmes VIH secteur santé, communautaires et monde de travail - Existence des logiciels CRIS, Logisida, Esope, SIDOC, LogiSnigs et LogiHosp - Utilisation des données collectées pour la prise de décision - Existence des outils de collecte de données harmonisés au plan national - Existence d'un système de supervision et de contrôle de qualité des données dans le secteur santé 	<ul style="list-style-type: none"> - La remonté systématique des données des sites vers le niveau central n'est pas encore fonctionnelle dans les sous systèmes VIH secteur santé, communautaire et monde du travail. - Faible fonctionnalité du système de contrôle de qualité des données collectées dans le sous système communautaire. - Non appropriation du logiciel CRIS par tous les acteurs - Non actualisation des données dans le logiciel CRIS - Faible opérationnalisation du logiciel CRIS - Faible retro-information des données collectées du niveau central vers le niveau périphérique - Non-installation du logiciel ESOPE sur tous les sites de PEC - Non actualisation des données dans le logiciel ESOPE sur certains sites de PEC lié au manque d'opérateurs de saisie. - Irrégularité des supervisions statistiques des prestataires des formations sanitaires - Faible implication et faible coordination du sous système communautaire - Difficultés d'archivage des données
<p>8. Enquêtes et surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Système de veille épidémique assez fonctionnel (réalisation régulière et à bonne date des ESDG, EDS, Séro surveillance et autres) - Prise en compte de certains groupes à haut risque en occurrence, les PPL, HSH et UDI. - Existence de données liées au monde du travail en général et le secteur privé en particulier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible contribution financière de l'Etat à la fonctionnalité du système de veille épidémique (insuffisance de la contrepartie béninoise) - Faible couverture des sous populations vulnérables : PPL, HSH, CDI - Faible exploitation des résultats dans la planification au niveau opérationnel (PDC) - Faible diffusion des résultats

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

Composantes	Forces	Faiblesses/Contraintes
9. Bases de données nationales et sousnationales	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du logiciel "CRIS " au niveau central pour le traitement et l'analyse des données - Existence d'un logiciel "Logisida" pour le traitement des données sanitaires exportable dans le « CRIS » - Existence du logiSNIGS du Ministère de la Santé - Existence au niveau de la cellule de S&E du SP/CNLS, d'une base de données informatisée - Existence d'un système de sauvegarde automatique des données au niveau des différents secteurs de production des données et du SP/CNLS 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistence de bases de données appropriées pour la centralisation des données (sanitaires, communautaires, monde du travail) au niveau décentralisé - Faible opérationnalisation du logiciel CRIS - Non installation du logiciel "CRIS" au niveau décentralisé - Inexistence de système de sauvegarde de la base de données CRIS - Absence de dispositifs sécuritaires (perte de données) - Insuffisance du système d'archivage des outils primaires de collecte; - Insuffisance de système de sauvegarde électronique à tous les niveaux; - Mauvaise tenue des bases de données;
10. Supervision formative et audit des données	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un document normatif en matière de supervision et sur la qualité des services. - Existence du document de politique de supervision et de contrôle de qualité des données en matière de VIH - Existence d'outils validés de supervision, - Existence de personnes ressources en supervision formative et de contrôle de qualité à tous les niveaux du système, - Mise en œuvre périodique selon les niveaux de mission de supervisions et de monitoring; - Existence de bases de données au niveau intermédiaire et central (PNLS, Plan Bénin et SEIB sa, GIP ESTHER); - Régularité dans la production des annuaires statistiques au niveau intermédiaire et central 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de coordination des activités de supervision des acteurs par les différentes instances., - Insuffisance de diffusion des documents normatifs, - Insuffisance de retro information en direction du niveau périphérique; - Inexistence de mission de supervision intégrant le secteur privé, public et communautaire - Faible utilisation des rapports de supervision formative et de contrôle de qualité dans les prises de décisions ; - Inadéquation entre le profil des membres de l'équipe de supervision et l'objet de la supervision
11. Évaluation et recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de résultats de recherches opérées dans le cadre du VIH (survie des PVVIH, efficacité de la PTME, évaluation des projets et programmes, évaluation du cadre stratégique national et du SUSE) - Organisation des journées scientifiques et des fora sur le VIH - Existence d'une société scientifique Béninoise sur le VIH et le Sida 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible dissémination des résultats de recherches ; - Non fonctionnalité du Comité de Recherche VIH - Inexistence d'un mécanisme d'incitation aux recherches actions ; - Société scientifique béninoise non opérationnelle ; - Non actualisation des informations de l'agenda de recherche pour le VIH et le sida

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2014

Composantes	Forces	Faiblesses/Contraintes
	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du comité d'éthique et de recherche en santé ; - Existence d'un agenda de recherche pour le VIH et le sida ; - Existence d'un plan de recherche intégré au plan de SE - Bonne collaboration en matière de recherche entre les institutions universitaires et les structures de lutte contre le sida 	
<p>12. Diffusion et utilisation des données</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et diffusion de rapports annuels CNLS, rapport UNGASS, accès universel, REDES, etc.) - Existence de site WEB du CNLS pour la diffusion des données (www.cnls-benin.org); - Tenue régulière des sessions du CNLS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de revues périodiques ou autres systèmes de diffusions de l'information (news letter, magazines, plaquettes, ...) - Faible dissémination des résultats des recherches au niveau décentralisé - Faible actualisation (mise à jour) des informations sur les sites WEB ; - Insuffisance de ressources humaines qualifiées pour l'animation des sites WEB - Faible adéquation des thématiques entre les recherches (thèses, mémoires, etc.) et les besoins du système

6.2. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du SUSE

Tous les progrès enregistrés en 2013 ne sont pas restés sans difficultés. Ces dernières sont liées à la gouvernance, à la qualification des ressources humaines et au renseignement des indicateurs.

6.2.1 Difficultés liées à la gouvernance

Elles sont d'ordre organisationnel et liées surtout à la mobilisation des ressources financières.

➤ Au sujet de la structure organisationnelle

Les difficultés organisationnelles favorisent peu le bon fonctionnement des structures décentralisées du CNLS (CDLS, CCLS, CALS, CVLS) et la disponibilité des données en particulier communautaires. On note aussi une absence de politiques/stratégies de plaidoyer, de communication et de culture pour le S & E au niveau national et décentralisé.

➤ Au sujet de la mobilisation des ressources financières

1. Au titre de l'année 2013, le SP/CNLS n'a bénéficié que d'un budget de fonctionnement de la part de l'Etat, tous les projets qui venaient en appui étant arrivés à terme. Ceci a limité la réalisation des activités de suivi-évaluation.
2. L'absence du panier commun ou d'une politique de maîtrise des dépenses de la lutte par l'autorité de coordination ne permet pas de mieux apprécier l'allocation des ressources et le coût des interventions.

6.2.2 Difficultés liées à la qualité des ressources humaines

Pour ce qui concerne les ressources humaines, on note :

- Les conditions de travail, source d'instabilité constante des ressources humaines au niveau des unités de S&E avec des organes de coordination et d'exécution se résumant parfois à une seule personne.
- l'absence de formation de courte durée pour la mise à niveau périodique des acteurs du niveau central et du niveau décentralisé.

6.2.3 Difficultés liées au renseignement des indicateurs

La grande difficulté réside dans la disponibilité de certaines données stratégiques. Ce sont :

- la forte rétention des données par les acteurs surtout les données financières ; ce qui ne facilite pas la maîtrise des ressources mobilisées et les dépenses effectuées dans la réponse nationale ;
- le faible taux de réalisation des enquêtes dû en partie au manque de ressources financières ;

6.3. Mesures correctives pour surmonter ces difficultés

Au cours de l'année 2013 des activités ont été développées dans le but de rendre plus fonctionnel le système unique de suivi évaluation. Au nombre de ces activités, on peut citer :

- la réalisation du répertoire des acteurs de suivi-évaluation sur toute l'étendue du territoire national intégrant toutes les structures actives en matière de lutte contre l'infection à VIH ;
- la collecte des données communautaires par les SP/CDLS sous la supervision du SP/CNLS ;
- la réalisation par les SP/CDLS des rapports départementaux avec la participation des acteurs du niveau communal sous la supervision du SP/CNLS
- deux études ont été réalisées à l'endroit des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes(HSH) et les utilisateurs de drogues injectables(UDI).