



**RAPPORT DE SITUATION NATIONAL À
L'INTENTION DE L'UNGASS**

Bénin

2010



ONUSIDA

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HER
L'ALCIDE
PRSI
UNFPA

OMUC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES.....	1
LISTE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES FIGURES	3
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	4
BREVE DESCRIPTION DES PRINCIPAUX ACTEURS	5
1. APERÇU DE LA SITUATION	10
1.1. Profil géographique et administratif	10
1.2. Démographie.....	11
1.3. Profil socio-économique	11
1.4. Caractéristiques du secteur de la santé.....	11
1.5. Situation épidémiologique du VIH/SIDA	12
1.5.1. Etat de l'épidémie.....	12
1.5.2. Degré de participation des parties prenantes	13
1.5.3. Riposte au plan politique et programmatique	14
1.5.4. Récapitulatif des indicateurs.....	15
2. APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA.....	19
2.1. Rappel sur le système de surveillance épidémiologique du VIH au Bénin	19
2.2. Prévalence de l'infection par le VIH.....	19
2.2.1. Au niveau des femmes enceintes.....	19
2.2.2. Au sein de la population générale	21
2.2.3. Au sein des groupes à haut risque	21
2.2.4. Au sein des groupes spécifiques.....	22
2.2.5. Surveillance des comportements à risque	23
2.2.6. Notification des cas de sida.....	26
2.2.7. Estimation et projection	26
3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA.....	30
3.1. Elaboration des politiques nationales de lutte contre les IST et l'infection à VIH.....	30
3.2. Appui politique.....	32
3.3. Financement de la lutte	33
3.4. Situation de la mise en œuvre des interventions	37
3.4.1. Prévention.....	37
3.4.2. Soins et traitement	45
3.4.3. Atténuation d'impact.....	50

3.4.4.	Participation de la société civile.....	51
3.4.5.	Droits de la personne	52
4.	MEILLEURES PRATIQUES	55
4.1.	Expérience de réintégration sociale de PVVIH exclues de l'emploi	55
4.2.	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH à base communautaire : Expériences dans la zone sanitaire de Pobè au Bénin	58
4.3.	Implication des Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) et des responsables des cultes traditionnels dans les initiatives de prise en charge communautaire et psychosociale des IST et du sida au Bénin.....	60
4.4.	Réinsertion professionnelle et sociale des Travailleuses du Sexe (TS) mineures exerçant dans la ville de Cotonou au Bénin.	62
5.	SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	64
5.1.	Appui financier	64
5.2.	Appui technique	64
6.	SUIVI ET EVALUATION	66
6.1.	Manuel et plan multisectoriel de suivi et évaluation	66
6.2.	Base de données	66
6.3.	Suivi des activités des projets et programmes.....	66
6.4.	Processus de l'opérationnalisation du système unique de suivi et évaluation.....	67
6.5.	Principaux défis et contraintes.....	68
7.	PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	69
7.1.	Retard dans l'opérationnalisation du système unique de suivi et évaluation.....	69
7.2.	Instabilité de l'ancrage institutionnel du SP/CNLS	70
7.3.	Difficultés dans l'approvisionnement et la distribution des ARV	70
7.4.	Faible coordination de l'appui technique, de la mobilisation et de l'utilisation des ressources disponibles	71
7.5.	Insuffisance d'études pour le suivi de l'épidémie dans certains groupes spécifiques (HSH, CDI et leurs partenaires)	71
7.6.	Faible allocation des ressources pour le financement des activités en direction des jeunes.....	72
7.7.	Faible fonctionnalité des Unités Focales de Lutte contre le Sida	72
	EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Indicateurs de santé estimés par les RGPH et les EDS	12
Tableau 2 : Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS	17
Tableau 3 : Prévalences spécifiques pour les années 2008 et 2009	20
Tableau 4 : Evolution de la prévalence pondérée de l'infection à VIH de 2002 à 2009.....	21
Tableau 5 : Projection des indicateurs chez les adultes de 2007 à 2015 (x 1000).....	27
Tableau 6 : Projection des indicateurs concernant les OEV de 2007 à 2015 (x 1000).....	27
Tableau 7 : Projection des indicateurs concernant les ARV chez les adultes de 2007 à 2015 en situation d'éligibilité à CD4 < 200 (x 1000).....	28
Tableau 8 : Projections des indicateurs chez les enfants de 0 à 14 ans de 2007 à 2015 (x 1000).....	29
Tableau 9 : Coûts du Cadre stratégique par axe.....	33
Tableau 10 : Financement mobilisé pour la lutte contre les IST et le Sida en 2008 et 2009 (en CFA).....	34
Tableau 11 : Taux de séropositivité à partir des poches de sang de 2001 à 2009	41
Tableau 12 : Quelques Indicateurs de la PTME en 2008 et 2009	43
Tableau 13 : Évolution du nombre de personnes dépistées de 2002 à 2009	44
Tableau 14 : Répartition des PVVIH mis sous ARV de 2000 à 2009.....	45
Tableau 15 : Différents appuis aux OEV en 2008 et en 2009.....	51



LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative et géographique du Bénin	10
Figure 2 : Répartition de la prévalence de l'infection par le VIH par département au Bénin selon le système de serosurveillance par site.....	20
Figure 3 : Séroprévalence VIH (et IC à 95%) chez les patients TMP+ de 2000 à 2009,.....	23
Figure 4 : Evolution du nombre de cas de sida notifiés de 1985 à 2008 au Bénin.....	26
Figure 5 : Répartition des sites de dépistage, de PTME, de PEC / ARV et des services adaptés au Bénin en 2009.....	46
Figure 6 : Décomposition des dépenses du financement extérieur en 2008 et 2009.....	64

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ARV	: Anti Rétro Viraux
BAD	: Banque Africaine de Développement
BM	: Banque Mondiale
CCLS	: Comité Communal de Lutte contre le Sida
CDLS	: Comité Départemental de Lutte contre le Sida
CIPEC	: Centre d'Informations, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CPO	: Coordonnateur Pays ONUSIDA
CRIS	: Country Ripost Information System
CVLS	: Comité Villageois de Lutte contre le SIDA
FM	: Fonds Mondial
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JMS	: Journée Mondiale de lutte contre le Sida
MCAT	: Ministère de la Culture, de l'Artisanat et du Tourisme
MPDEAP	: Ministère de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique
MS	: Ministère de la Santé
MSF	: Médecins Sans Frontières
OC	: Organisation Communautaire
OCAL	: Organisation du Corridor Abidjan Lagos
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida
OSC	: Organisation de la Société Civile
PACLS	: Plan d'Action Communautaire de Lutte contre le SIDA
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 la 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
PPLS	: Projet Plurisectoriel de Lutte contre le Sida
PSI	: Population Services International
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RABeJ/sida	: Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagés dans la lutte contre le sida
RéBAP+	: Réseau Béninois des Associations de Personnes vivant avec le VIH
ROBS	: Réseau des ONG Béninoises de Santé
SE	: Suivi -Évaluation
SIDA	: Syndrome Immuno Déficitaire Acquis ou Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SP	: Secrétariat Permanent
SP/CNLS	: Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida
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 International of Development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

BREVE DESCRIPTION DES PRINCIPAUX ACTEURS





STRUCTURES PUBLIQUES	
	<p>Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) est l'institution nationale chargée de la coordination et de la promotion de la lutte multisectorielle contre le VIH/Sida/IST au Bénin. Il est un organe de décision et d'orientation mis en place en 2002 conformément au décret n° 2002-273 du 18 Juin 2002 portant création, composition, attributions, organisation et fonctionnement du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida/IST. Il est doté d'un organe de concertation et d'un Secrétariat Permanent National. le CNLS est présidé par le Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement et dispose de structures de relais sur toute l'étendue du territoire national. Il a pour attributions de définir les orientations générales de politiques et stratégies de lutte contre le Sida, d'approuver le programme d'activités de lutte contre les IST/VIH/Sida, de veiller à la multisectorialité des activités, au suivi et à l'évaluation du programme d'activités de lutte contre le VIH/Sida/IST et à la création d'un environnement juridique favorable au respect et à la protection des droits des personnes vivants avec le VIH (PVVIH); d'examiner et approuver le budget - programme annuel des activités de lutte contre le VIH/Sida/IST et d'examiner et approuver le rapport d'activités et de gestion des ressources. Le Secrétariat Permanent National (SPN) est l'organe technique du CNLS et a pour rôle d'élaborer et de proposer le programme d'activités de lutte contre le Sida; d'élaborer et soumettre au CNLS le budget – programme, de veiller à la cohérence des activités à tous les niveaux, à l'affectation des ressources aux différentes structures d'exécution, de coordonner toutes les activités de tous les acteurs de lutte contre le VIH/Sida/IST et d'opérationnaliser le système national unique de suivi et évaluation</p>
	<p>Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) est l'un des trois programmes prioritaires du Ministère de la Santé. Il est chargé dans le secteur de l'organisation et de la coordination des actions de lutte contre le Sida et les IST. Il est l'organe exécutif du Comité national de Lutte contre le VIH/Sida (CNLS) dans le secteur de la santé. Il a pour mission de contribuer à la prévention de l'infection, - la prise en charge globale des personnes infectées et/ou par le VIH, la surveillance épidémiologique pour suivre les tendances évolutives de la maladie au sein de la population. Les principaux domaines de prestation de services impulsés par le PNLS sont le Conseil Dépistage Volontaire, la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME), la Prévention et le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le suivi des groupes à haut risque. la prévention et le traitement des infections opportunistes ; le traitement par les Antirétroviraux (ARV), l'appui nutritionnel aux PVVIH, la surveillance épidémiologique et la recherche. Les activités sont mises en œuvre dans des centres de santé tant publiques, confessionnelles que privées et coordonnées par la structure nationale (PNLS) et ses démembrements (Centre d'Information, de Prospective et de Conseils) au niveau des départements</p>
<p>UFLS</p>	<p>Les Unités Focales de Lutte contre le Sida (UFLS) sont installées au niveau des structures publiques (institutions de la république, ministères, services publiques) et des unités privées de production. La mise en place d'une Unité Focale de Lutte contre le Sida survient à la suite d'un arrêté ministériel ou une note de service. Cet arrêté définit la composition, les attributions, l'organisation et le fonctionnement de chaque membre de l'UFLS.</p> <p>Le Comité National de Lutte contre le SIDA est l'organe institutionnel multisectoriel chargé de la coordination et du suivi-évaluation de la réponse nationale. Il s'appuie sur les UFLS qui font partie des acteurs chargés d'assurer la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida/IST 2007–2011. Ainsi des Chefs de file sont désignés par secteur d'activités pour coordonner la mise en œuvre des activités spécifiques du Cadre stratégique dans les secteurs qu'ils ont en charge. Pour ce qui concerne les ministères, les chefs de file sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé : Activités médicales (Objectifs généraux 5, 6, 7 et 8) • Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale : Soutien aux OEV et PVVIH et Prise en Charge psychosociale (Objectifs généraux 9 et 10) • Ministère de la Défense Nationale : Prévention chez les corps habillés et les populations mobiles (Objectifs généraux 2 et 3) • Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique : Promotion de la recherche (Objectif général 11)

	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Jeunesse, des sports et loisirs : Prévention Jeunesse (Objectif général 2) • Ministère de la Fonction Publique et du Travail : Monde du travail (Objectif général 3) • Ministère de la Justice : Environnement Juridique (Objectif général 9) • Ministère de la Communication : (Objectif général 2)
	<p>Dans le cadre de la contribution de la Médecine Traditionnelle à la lutte contre la pandémie du VIH/Sida, le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles (PNPMT), avec l'appui financier du PMLS 2, a procédé au recensement des « bonnes pratiques » de diagnostic, de traitement et de prévention des IST et des affections opportunistes du VIH/Sida au Bénin.</p> <p>Cette démarche vise à documenter et promouvoir les interventions porteuses d'espoir qui se rapportent aux interventions validées sur la base de critères tels que : l'efficacité technique, l'acceptabilité sociale, l'adaptabilité/applicabilité, la rentabilité économique (coût-efficacité), le caractère novateur et intégrateur, la durabilité/soutenabilité, la capacité à atteindre les objectifs poursuivis et les résultats escomptés de la pratique, l'impact positif et mesurable sur les communautés et enfin la concordance avec la politique nationale de lutte contre le VIH/Sida.</p>
SOCIETE CIVILE ET SECTEUR PRIVE	
	<p>Le Réseau des ONG Béninoises de Santé (ROBS) est un regroupement de 80 ONG réparties dans tout le Bénin, qui s'occupent des problèmes de santé, en général, et du sida, en particulier</p>
ReBAP+	<p>Le Réseau des Associations Béninoises des PVVIH. C'est la structure responsable des PVVIH auprès du SP/CNLS. Il répond au nom de 46 associations de personnes séropositives réparties à travers tous les départements du Bénin. Il œuvre au côté des structures étatiques dans la prévention, aux soins et soutien des OEV et des PVVIH.</p>
REMEB-STP	<p>Le Réseau des Médias Béninois pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme regroupe 4 associations de professionnels des médias au Bénin. Il œuvre au côté de la cellule communication du SP/CNLS pour la mise en oeuvre des interventions de CCC/IEC au profit des jeunes.</p>
	<p>Le Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagés dans la lutte contre le Sida (RABeJ/SIDA) est un regroupement d'associations et ONGs de jeunes intervenant en direction des adolescents et jeunes des milieux scolaires et non scolaires des zones rurales et urbaines du Bénin. Il est né de la résolution prise par les Jeunes béninois à l'issue de la 12^e Conférence Internationale sur le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles en Afrique (CISMA) tenue à Ouagadougou en 2001 d'exercer leur droit à la lutte contre les IST/VIH/SIDA au Bénin. De par ses objectifs et sa structuration, le Réseau contribue à la réduction de la prévalence de l'infection des IST VIH/SIDA au sein des adolescents et jeunes et promeut l'implication des jeunes au processus de prise de décisions. Ses stratégies d'intervention sont la CCC, le marketing du préservatif, la promotion de dépistage volontaire chez les adolescents et jeunes, du genre au sein de la jeunesse, du partenariat entre la jeunesse nationale, internationale, les partenaires, les décideurs politiques et des institutions privées.</p>
	<p>L'AMCES est une association béninoise créée en 1985. Cette ONG est ouverte à tous les acteurs du développement des services de santé privés et publics (à but non lucratif) au Bénin. Les membres actuels sont confessionnels (catholiques, protestants, musulmans) comme laïcs (associatifs et ONG). Ils ont en commun l'action sanitaire au profit des populations sans aucune distinction, avec un souci particulier pour les couches les plus déshéritées. L'association a une envergure nationale. Parmi les membres figurent des hôpitaux et centres médicaux importants sur la carte sanitaire du Bénin. La plupart œuvre dans la prise en charge médicale des PVVIH et supporte tous les initiatives en matière de soins et soutient aux OEV et aux PVVIH.</p>
CEBACT-TP	<p>La Coalition des entreprises béninoises et association pour la lutte contre le sida, tuberculose et paludisme (CEBAC) mobilise les chefs d'entreprises sur l'importance que peut avoir le VIH, même si les taux de prévalence sont bas afin qu'ils mettent en place une politique de lutte contre le sida.</p> <p>En outre, il fait en sorte que les entreprises mettent en place avec des moyens coordonnés, la meilleure politique de prévention et de prise en charge. Enfin, elle contribue à la diffusion des bonnes pratiques et échange avec tous les partenaires : autres entreprises privées, entreprises publiques et administrations</p> <p>La coalition d'entreprises du Bénin est encore jeune, mais en pleine expansion, il fait des progrès pour mobiliser et sensibiliser le secteur privé.</p>

PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

<p>HEI UNICEF PNUD UNFPA UNESCO OMS BANQUE MONDIALE</p> <p>ONUSIDA PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA</p>	<p>Le Programme Commun des Nations Unies pour le Sida (ONUSIDA) est l'organe des Nations Unies qui coordonne les interventions des agences du système des Nations Unies et des autres partenaires en matière de lutte contre le Sida. Il apporte en outre son appui technique au Gouvernement dans la définition des orientations nationales. Il soutient la mise en œuvre de toutes les interventions dans le cadre de la réponse nationale au Sida au Bénin.</p>
<p>Organisation mondiale de la Santé</p>	<p>L'OMS, agence spécialisée des Nations Unies pour la santé, à travers sa représentation au Bénin donne tous les conseils dans le domaine de la santé, fixe les normes mondiales en matière de santé, Coopère avec le gouvernement au renforcement des programmes et politiques de santé nationaux ; élabore et encourage une utilisation rationnelle de la technologie, de l'information et des normes sanitaires appropriées. Il contribue à la mise en œuvre du renforcement des capacités nationales en matière de planification, de mise en œuvre et de gestion de la santé ; de réorganiser le système de santé périphérique axé sur le développement des zones sanitaires et de réduction des morbidités et mortalités spécifiques.</p>
<p>unicef</p>	<p>le Bureau de l'UNICEF au Bénin appuie le Programme National de Lutte contre le Sida dans la mise en œuvre de toutes les interventions visant à réduire le taux de morbidité et de transmission du VIH de la mère à l'Enfant. Par ailleurs, sa contribution dans la prévention de l'infection par le VIH chez les jeunes et le soutien aux Orphelins et Enfants Vulnérables est déterminante dans l'atteinte des OMD.</p>
<p>ESTHER Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau</p>	<p>Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau est un outil d'intervention de la France pour la mise en œuvre de sa politique d'aide au développement dans le domaine de la santé. Il a créé des partenariats entre 5 hôpitaux français avec 11 hôpitaux béninois et deux collectifs d'associations et ONG depuis 2002 ; il a pour objectif de renforcer les capacités des acteurs de la santé et les plateaux techniques, dans la lutte contre le VIH/sida au Bénin.</p>
<p>USAID DU PEUPLE AMERICAIN IMPACT Abt Abt Associates Inc.</p>	<p>Abt Associates Inc. intervient dans l'appui et le Renforcement des capacités des systèmes de politiques sanitaires. Il conduit depuis octobre 2006 les activités du Projet Intégré d'Appui à la santé familiale et à la Prévention du VIH/Sida (Projet Impact financé par l'USAID) et met l'accent sur l'élargissement et le soutien à la capacité technique et de gestion du CNLS, du PNLS et du Ministère de la santé. Il contribue à élaborer et exécuter un cadre amélioré de politique, et facilite le rôle grandissant des communautés et du secteur privé dans lutte contre le VIH/Sida.</p>
<p>Investing in our future The Global Fund To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria</p>	<p>Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme finance les interventions de lutte contre le Sida au Bénin. Comme Bénéficiaire principale il a le Ministère de la Santé à travers son Unité de Gestion et plusieurs sous bénéficiaires pour le 5^{ème} round et l'OCAL pour le 6^{ème} round. Il aide à alimenter principaux indicateurs de santé sur le VIH et est le principal projet de financement de la lutte contre le Sida au Bénin.</p>
<p>Plan</p>	<p>Plan est une organisation internationale humanitaire de développement communautaire centré sur l'enfant, sans affiliation religieuse, politique, ou gouvernementale. Plan met en oeuvre des programmes dans au moins 754 villages dans les Départements du Couffo, Mono et Atacora de manière prépondérante et dans ceux de l'Atlantique, l'Ouémé, le Zou, le Borgou et l'Alibori à travers des interventions isolées. L'organisation intervient plus particulièrement dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'eau, de l'assainissement et contribue aux efforts du gouvernement dans la réalisation des droits des enfants et des communautés</p>
<p>CLINTON FOUNDATION</p>	<p>L'Initiative VIH/Sida de la Fondation Clinton (CHAI) soutient les efforts d'amélioration des soins et des traitements de haute qualité aux personnes vivant avec le VIH/Sida. Elle appuie le Bénin dans les estimations en ARV, l'achat des ARV pédiatrique et ceux de 2^{ème} génération, le dépistage précoce par l'approvisionnement en réactifs et consommables pour la PCR.</p>
<p>THE WORLD BANK Projet Multisectoeil de Lutte contre le Sida Phase II</p>	<p>Le « Deuxième Projet Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA au Bénin (PMLS II) » est un projet sur financement de la BM. L'objectif General du projet est de contribuer à accroître et à améliorer la couverture et l'utilisation des services de prévention, de soins et traitement, et d'accompagnement psychosocial. Il s'articule autour de trois composantes que sont la Composante A (Mobilisation Sociale et Services de Prévention du VIH etc.); la composante B (Accès aux Soins, aux Traitements et aux Services d'Atténuation des Impacts du VIH/SIDA, avec l'acquisition d'ARV, réactifs, équipements et matériels de labo, etc.) et la composante C (Appui à la Gestion, Coordination et Suivi et Evaluation du Projet qui finance le renforcement du SP/CNLS ainsi que ses unités décentralisées).</p>

	<p>Le Projet d'Appui à la Lutte contre le Sida (PALS-BAD) est un don de la Banque Africaine de Développement (BAD) et du Gouvernement du Bénin pour appuyer la riposte nationale au VIH/sida. Il s'inscrit dans les orientations définies par le cadre stratégique nationale de lutte contre le sida. Il est mis en œuvre depuis 2006 et arrive à terme en 2010. Le PALS a trois composantes : (i) Appui aux activités préventives, à la surveillance épidémiologique et à la médecine traditionnelle ; (ii) Appui aux structures chargées de la lutte contre le VIH/sida ; (iii) Gestion du projet. Le PALS-BAD est un projet d'envergure nationale avec des actions de concentration ciblées dans six communes pour la PTME, le dépistage et le renforcement des capacités des Comités Communaux de Lutte contre le Sida (CCLS) et démembrements (CALs, CVLS, CQLS), des Centres de Promotion Sociale et des Centres des Jeunes et Loisirs. Il est exécuté par le Ministère de la santé à travers le PNLS et le PNPMT, les autres secteurs à travers les UFLS, le SP/CNLS et ses démembrements, les Organisations de la société civile, les Associations de PVVIH, les Organisations à base communautaire. Il fournit également des ARV, des médicaments pour les infections opportunistes, des réactifs, des équipements et consommables médicaux et des équipements informatiques, audiovisuels et d'IEC.</p>
	<p>Le PNUD concentre ses efforts sur les dimensions de l'épidémie du VIH associées au développement humain, à la gouvernance, aux droits humains et à la sexospécificité. Il intervient donc dans le cadre du développement d'une capacité nationale pour une action multisectorielle efficace adaptée à l'ampleur et à l'impact sans précédent de l'épidémie du Sida.</p>
	<p>L'UNFPA contribue à l'intensification et à l'élargissement de l'Accès Universel à la prévention du VIH par l'application de stratégies fondées sur le développement, le genre, les droits humains et la culture. La réponse stratégique de l'UNFPA en matière de VIH/Sida est focalisée sur les trois axes prioritaires que sont les femmes enceintes, les jeunes et la programmation complète des préservatifs. Une attention accrue est portée aux inégalités entre les sexes qui concourent à la propagation de l'épidémie.</p>
	<p>L'Organisation du Corridor Abidjan – Lagos est impliquée dans la lutte contre le SIDA au Bénin depuis 2004. Après le financement de la banque Mondiale, elle a bénéficié dans le cadre du 6ème round du Fonds Mondial un financement un projet intitulé « Intensification des interventions de lutte contre les IST/VIH/SIDA ciblant les populations mobiles : Consolidation et Extension du Projet Régional Commun de Prévention et de Prise en charge des IST/VIH/SIDA le long du Corridor de migration Abidjan-Lagos ».</p> <p>Les principaux groupes cibles bénéficiaires des interventions du projet sont : les Camionneurs, les Migrants, les travailleuses de sexe, les Corps habillés, les commerçantes, les jeunes scolarisés et déscolarisés, les vendeurs ambulants, les populations résidentes aux frontières.</p> <p>Au Bénin les principaux domaines d'intervention sont : IEC/CCC, Distribution des préservatifs, Masse Media, ARV, IO, PTME, IST, CDV, PEC communautaire PEC PVVIH et OEV.</p> <p>L'OCAL intervient dans 15 centres de santé, collabore avec 03 radios et 02 chaînes de télé. Six (06) ONGs interviennent dans la mobilisation communautaire ainsi que 02 dans la PEC communautaire des PVVIH et OEV.</p>
	<p>Le Programme d'Appui au Renforcement de la Lutte contre le Sida (PARL-Sida) est un don du Royaume du DANEMARK pour soutenir les efforts du Gouvernement du Bénin dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida à travers son Cadre national stratégique 2007-2011. Le PARL-Sida est centrée sur la mise en œuvre des actions de prévention inscrites dans le cadre stratégique national par cible et par secteur et le renforcement des capacités des acteurs, des structures de coordination et de suivi-évaluation. Le programme est subdivisé en deux composantes : 1^{ère} composante : Appui à une meilleure prise en charge ciblée de la prévention et de la promotion du dépistage. Cette composante est centrée sur le domaine de la communication pour le changement de comportement et cible les groupes vulnérables que sont : les jeunes scolarisés ou non scolarisés, les femmes, les populations mobiles précisément les ouvriers de chantiers de haute intensité de main d'œuvre, le milieu de travail public et/ou privé. 2^{ème} composante : Appui au renforcement des capacités du SP/CNLS pour une meilleure coordination et le suivi-évaluation des structures et des activités de lutte contre le VIH/Sida.</p>

	<p>Le PAM au Bénin apporte une réponse à l'épidémie de Sida essentiellement à travers ses programmes d'aide alimentaire et de conseil nutritionnels menés en partenariat avec le gouvernement et les organisations de la société civile. Dans les actions qu'il a engagées contre l'épidémie par le biais de l'aide alimentaire, le PAM fournit une assistance aux ménages et aux personnes défavorisées affectées par le Sida pour leur permettre de couvrir leurs besoins nutritionnels, d'assister les orphelins et les enfants affectés par le VIH, d'associer l'éducation en matière de VIH aux programmes d'alimentation à l'école et d'apporter des conseils nutritionnels aux programmes de lutte contre le VIH.</p>
	<p>PSI / Bénin a été créée en 1992 aide à prévenir le VIH et autres infections sexuellement transmissibles. Par ailleurs, il assure la distribution de préservatifs et développe des stratégies efficaces de communication santé qui aident à prévenir les cas de VIH par an.</p>
	<p>Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a pour objectif de combattre le VIH et le Sida parmi les réfugiés, les personnes déplacées dans leur propre pays, les rapatriés et d'autres groupes relevant de la compétence de l'organisation, et de veiller à ce que les droits des personnes vivant avec le VIH auprès desquelles l'UNHCR intervient soient respectés.</p>
	<p>Le BIT au Bénin apporte un appui technique aux Pouvoirs Publics, aux Organisations Patronales et aux Organisations syndicales des travailleurs aux fins de leur sensibilisation, mobilisation et orientation en vue de la contribution du monde du travail à la riposte nationale au VIH/Sida Il soutient la dynamisation de la prévention du VIH/Sida et de la réduction de son impact sur les travailleurs de l'économie informelle et contribue à la réalisation de l'objectif du travail décent par la promotion du mouvement coopératif.</p>

1. APERÇU DE LA SITUATION

1.1. PROFIL GÉOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIF

La République du Bénin, pays de l'Afrique occidentale situé dans le Golfe du Guinée, s'étend sur une longueur de 700 Km de l'Océan Atlantique au fleuve Niger et sur une largeur de 125 Km sur la côte. Elle couvre une superficie de 114.763 km². Elle est limitée au Nord par le Niger, au Nord-ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'Océan Atlantique. Les régions frontalières connaissent d'intenses mouvements transfrontaliers et sont de ce fait très exposées à certaines maladies transmissibles et endémiques. A l'instar des autres pays, le Bénin est confronté à la pandémie du VIH /sida.

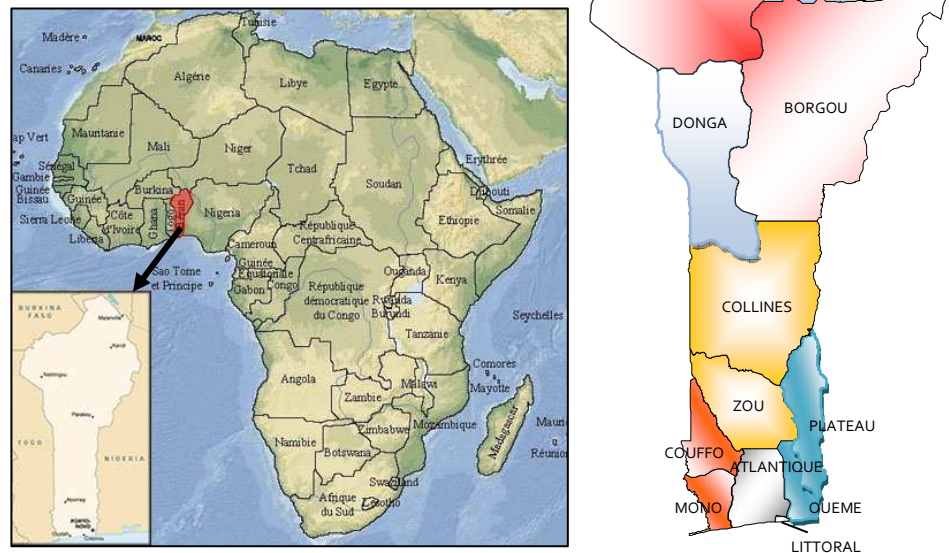


Figure 1 : Carte administrative et géographique du Bénin

Le Bénin est subdivisé en douze départements qui sont : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. Chaque ancien département est doté d'un Comité Départemental de Lutte contre le Sida (CDLS). Chaque département est subdivisé en communes (77 communes au niveau national). Ces dernières sont dotées également de Comité Communal de Lutte contre le Sida (CCLS). Chaque commune est dotée de la personnalité morale, de l'autonomie financière et est gérée par des organes élus que sont le maire et le conseil communal. Les communes sont à leur tour subdivisées en arrondissements (546 au niveau national). L'arrondissement est divisé en villages ou quartiers de ville (3747 au niveau national). Chaque village ou quartier de ville constitue l'unité administrative de base autour de laquelle s'organisent la vie sociale et les activités de production. Il comprend, outre les zones d'habitation, l'ensemble des terres qui en constituent le patrimoine.

1.2. DÉMOGRAPHIE

D'après la projection révisée 2008 de l'INSAE, la population du Bénin est estimée en 2009 à 8 497 827 habitants. Elle est à dominance féminine (51,1%) et jeune (15 à 24 ans 19,4%), cible privilégiée de l'infection à VIH au Bénin. L'évolution de la situation démographique est capitale non seulement pour la santé publique et les services de soins mais aussi pour l'économie dont est d'ailleurs tributaire le volume, la nature des besoins de santé et les services à mettre en place.

1.3. PROFIL SOCIO-ÉCONOMIQUE

L'économie du Bénin est basée sur l'agriculture et principalement sur la production du coton. Les activités agricoles occupent 50,6% de la population active pour une contribution de 38,2% du Produit Intérieur Brut (PIB) tandis que les secteurs secondaire et tertiaire apportent respectivement 9,2% et 52% du PIB. Les articles principaux qui constituent les affaires d'exportation dans l'économie du Bénin sont celui de pétrole brut, coton, etc. alors que les produits d'importation se composent des produits alimentaires, des produits pétroliers et des biens d'équipement.

Le PIB par habitant en 2008 est de 1 500 US dollars (718 500 F CFA). Le taux de croissance du PIB est de 4,8% en 2008 contre 4,5% en 2007.

Selon l'Indice de Développement Humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Bénin est classé au 161^{ème} rang en 2009 avec un Indice de Développement Humain (IDH) égal à 0,492. Il fait partie des pays les moins avancés du monde et est classé parmi les Pays Pauvres Très Endettés (PPTÉ). Quant à l'Indice de Pauvreté Humaine (IPH), il est de 43,2% en 2007.

Sur le plan socioculturel, il existe un pluralisme linguistique et ethnique au Bénin. On retrouve par ailleurs, un fort taux d'analphabétisme des femmes, conséquence du faible taux de scolarisation des filles. Le taux d'analphabétisme des femmes en général est de 80,8% et de 70,8% pour les femmes âgées de 15 à 49 ans, ce qui constitue un facteur de vulnérabilité de la femme dans le domaine du VIH.

1.4. CARACTÉRISTIQUES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage administratif. Il comporte trois différents niveaux que sont : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique ou opérationnel organisé suivant l'approche zone sanitaire.

Il existe 34 hôpitaux de zone qui constituent le premier niveau de référence, 05 Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) qui constituent le deuxième niveau de référence et au niveau national, le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), le Centre National de Pneumo-phtisiologie, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) et le Centre National de Psychiatrie, qui constituent le 3^{ème} niveau de référence. A ces structures publiques, s'ajoutent des dizaines de formations sanitaires privées, confessionnelles et

associatives, qui se retrouvent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire surtout concentrées dans les zones urbaines.

Concernant la réorganisation des services de santé suivant l'approche de zone sanitaire, la couverture en infrastructures au Bénin s'est améliorée, passant de 80% au 31 décembre 2001 à 89% au 30 juin 2005. Toutefois, cette bonne couverture en infrastructures sanitaires généralement jugée suffisante, cache une inégale répartition¹.

En matière de ressources humaines, le Bénin compte 1 médecin (toute catégorie confondue) pour 7 006 habitants, 1 infirmier (toute catégorie confondue) pour 1 920 habitants, 1 sage-femme pour 1 726 femmes en âge de procréer et 1 technicien de laboratoire (toute catégorie confondue) pour 16 132 habitants en 2006².

Le tableau suivant donne un aperçu des différents indicateurs au Bénin.

Tableau 1 : Indicateurs de santé estimés par les RGPH et les EDS

Indicateurs	RGPH2,	EDSB-1,	EDSB-2,	RGPH3,	EDS3,
	1992	1996	2001	2002	2006
Taux de mortalité infantile %	98,6	93,9	89,1	90,0	67,0
Taux de mortalité maternelle*	473,2	498,0	nd	474,4	397,0
Espérance de vie à la naissance	54,2	nd	nd	59,2	nd
Indice synthétique de fécondité	6,1	6,3	5,6	5,5	5,7

Sources : RGPH2, EDSB-1, EDSB-2, RGPH3 * décès pour 100.000 Naissances Vivantes nd : non disponible

1.5. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA

1.5.1. Etat de l'épidémie

Le Bénin est un pays à épidémie généralisée à faible prévalence. Le premier cas de sida a été enregistré en 1985. Le nombre de cas de sida cumulé en 2008 est de 11 541 cas. En 2006, grâce à la troisième édition de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS III) combinée alors au dépistage du VIH, la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,2 % avec une disparité régionale et une atteinte beaucoup plus importante des femmes : 1,5% contre 0,8% pour les hommes.

Tous les ans, le système de veille mis en place permet d'apprécier l'évolution de l'épidémie tant en milieu urbain qu'en milieu rural à partir des données de surveillance sentinelle. La prévalence estimée au cours des années 2008 et 2009 est respectivement de 1,8% et 2,0% avec comme sérotype le VIH 1 à plus de 98%. La différence entre le milieu urbain et le milieu rural est significative d'une année à une autre : 2,6% avec IC à 95% [2,26-2,91] en milieu urbain contre 1,1% : IC à 95% [0,83-1,44] pour le milieu rural en 2008 et 2,7% avec IC à

1 Source : Annuaire statistique du MS

2 Annuaire des Statistiques Sanitaires 2006

95% [2,54 – 2,77] en milieu urbain contre 1,5% : IC à 95% [1,41 – 1,56] pour le milieu rural en 2009.

Depuis 2002, la tendance est à la stabilisation justifiée par l'absence de différence entre les prévalences observées au cours des dernières années : 1,9% en 2002, 2,0% en 2003, 2,0% en 2004, 2,1% en 2005 et 2,0% en 2006, 1,8% en 2007, 1,7% en 2008 et 2,0% en 2009. Par contre, selon les données d'estimations issues du logiciel d'estimation SPECTRUM, les nouvelles infections commencent par s'accroître.

1.5.2. Degré de participation des parties prenantes

L'élaboration du présent rapport a connu la participation de tous les acteurs sous la coordination du Secrétaire Permanent du CNLS. Il s'agit entre autres des acteurs ci-après :

- secteur public (Ministère de la Santé et Unités focales de Lutte contre le SIDA des Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale, Ministère de la Jeunesse, des sports et loisirs, Ministères des trois ordres d'enseignement, Ministère du Plan et du Développement, Ministère de la Défense Nationale, Ministère des Finances et de l'Economie, CDLS, CCLS, CALS ...)
- secteur privé (CEBACT TPS, Patronat ...)
- société civile (ROBS, REBAP+, RABEJ, REMEB TP, RBJC-POD, AMCESS, ABDD/IDLO)
- partenaires au développement (ONUSIDA, UNICEF, OMS, PNUD, FNUAP, PSI-IMPACT/Abt, OCAL, PARL-SIDA, PALS-BAD, PMLS II, FONDS MONDIAL, ESTHER, FONDATION CLINTON, MDM, PAM, PLAN BENIN).

Elle est passée par plusieurs étapes :

- la constitution d'un groupe de travail pour la collecte des données nécessaires pour alimenter les indicateurs et la rédaction du rapport. Cette équipe technique est multidisciplinaire et impliquée dans les interventions de la réponse nationale au VIH et le Sida ;
- la collecte des données et l'étude des indicateurs ;
- des mini-ateliers de rédaction pour chaque thématique (4 pour chacune des thématiques et 10 pour le groupe de suivi-évaluation et de la surveillance épidémiologique) ;
- des ateliers de rédaction et de validation du rapport (02) financés par l'ONUSIDA ;
- un atelier de validation du rapport final par tous les acteurs de la lutte au Bénin.

Les informations exploitées pour la rédaction du présent rapport sont issues des documents ci-après :

- Cadre stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2007 – 2011 ;
- Rapport d'activités du SP/CNLS ;
- Annuaire des statistiques sanitaires du ministère de la santé 2007 et du PNLS 2008 ;
- Rapport d'auto-évaluation 2008 du PNLS ;

- Rapports d'études que sont l'ESDG (auprès des travailleuses de sexe, des clients des TS, des routiers, adolescents jeunes non mariés de 15 à 24 ans) ;
- Analyse de la situation de la PTME 2008 ;
- Etude de survie des personnes vivant avec le VIH un an après leur initiation aux ARV (2008) ;
- Mapping des travailleuses de sexe ;
- Sérosurveillance sentinelle (2008-2009) ;
- Rapport du mini-sondage auprès de groupes à haut risque (2009) ;
- NASA-REDES 2008 et 2010 (flux de financement et des dépenses de lutte contre le VIH et le sida) ;
- Etude des nouvelles sources d'infections ;
- Evaluation de l'accès universel à la prévention, traitement, aux soins et soutien ;
- Etude des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH et le sida ;
- Etude sur les unités focales de lutte contre le sida ;
- Etude cap du personnel du système des nations unies sur le VIH et le sida ;
- Etude profil pays.

1.5.3. Riposte au plan politique et programmatique

La riposte nationale est multisectorielle et marquée par des interventions inscrites dans le cadre stratégique nationale 2007 – 2011 dont l'évaluation à mi-parcours est en cours. Sont relevées comme forces au plan politique, la volonté et l'engagement politique du Chef de l'Etat avec sa participation effective aux différentes manifestations d'envergure nationale. La poursuite de la dissémination de la loi n°31-2005 du 10 avril 2006 portant sur la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH / sida en République du Bénin,

Avec la participation active de tous les acteurs de la réponse nationale, le pays est résolument engagé atteindre l'accès universel à la prévention, le traitement, le soin et soutien dont les résultats les plus importants enregistrés pendant les deux dernières années (2008 et 2009) sont les suivants :

- Mise en œuvre effective du système unique de suivi-évaluation dans le cadre des «Three Ones», par l'élaboration et l'harmonisation des outils de collecte des données sanitaires et communautaires à tous niveaux, la validation du circuit de l'information, la formation des acteurs, la dotation en matériels informatiques et la mise en place des bases de données à différents niveaux avec un système d'exploitation et d'exportation des données.
- Révision et/ou élaboration des documents normatifs dans le cadre de :
 - la prise en charge par les ARV qui a pris en compte les nouvelles directives de l'OMS ;
 - la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant avec l'extension progressive de la triprophylaxie / triprothérapie à partir des sites de prise en charge par les ARV avec des centres périphériques positionnés en satellite ;

- l'harmonisation des équipements de laboratoire ;
- l'élaboration du plan technique d'assistance ;
- l'élaboration du plan national de communication qui donne des orientations précises sur les méthodes de communication pour un changement de comportement en matière de VIH et du Sida ;
- l'élaboration du document de Politique Nationale de riposte au VIH et le sida chez les jeunes au Bénin ;
- Prévention basée sur la communication, l'utilisation des préservatifs (distribués entre autre par le PSI, l'UNFPA et l'OCAL), le dépistage, la PTME, la sécurité transfusionnelle et la prévention des accidents d'exposition au sang ;
- En matière de traitement, l'initiation aux ARV qui maintient son rythme et le recrutement du personnel complémentaire pour la prise en charge des malades ;
- Gestion de la chaîne d'approvisionnement des ARV, réactifs et consommables de laboratoire par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels sous nom Générique, ce qui a limité les questions de rupture de stock de médicaments qui persistent mais dans une moindre mesure ;
- L'extension de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH et des ménages affectés par le VIH à d'autres sites de prise en charge PAM est effective ;
- Les appuis aux Personnes vivant avec le VIH et le renforcement du soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH et le Sida.

1.5.4. Récapitulatif des indicateurs

Les indicateurs UNGASS sont regroupés dans quatre grands domaines à savoir les indicateurs d'engagement et des actions au plan national, les indicateurs des programmes nationaux, les indicateurs de connaissance et comportementaux et les indicateurs d'impact.

- indicateurs d'engagement et des actions au plan national : entre les deux années, les dépenses ont connu un taux d'accroissement de 24,5% grâce à la mise en œuvre effective des interventions du PMLS 2 et de PARL-SIDA
- indicateurs des programmes nationaux : ils prennent en compte les informations liées à la qualification du sang, à la prise en charge des femmes enceintes séropositives, des malades co-infectés au TB/VIH, le dépistage et la prévention auprès des différentes sous-populations et l'appui aux personnes infectées/affectées. En général, le niveau d'atteinte des indicateurs est bon avec de bonnes performances pour la sécurité transfusionnelle, la connaissance de séropositivité chez les personnes de 15 à 49 ans et les TS (>75%). Cependant au Bénin, pour éviter la stigmatisation, il n'est pas fait une différence entre l'orphelin du sida et l'orphelin non sida d'où la classification des OEV qui prend en compte ces deux groupes. Toutes les informations qui sont collectées ne font donc pas la différence. Ainsi, moins d'un orphelin et enfant vulnérable a été appuyé au cours de la période (6,5%) et les informations sur le nombre d'écoles qui ont introduit un enseignement sur le VIH et le sida ne sont pas disponibles.

- indicateurs de connaissance et comportementaux : l'appui dans le cadre de la scolarisation des OEV attendus sur la base des données générées par Spectrum est faible (6,01%). La connaissance du VIH et du sida est bonne chez les TS (60,2%) et le nombre de jeunes qui fait assez tôt l'expérience du sexe avant l'âge de 15 ans est réduit (17,2%). Les indicateurs liés aux rapports sexuels à risque ainsi que l'utilisation de préservatifs sont faibles (<30%).
- indicateurs d'impact pendant les deux années est ci-après décliné : la prévalence de l'infection par le VIH au sein des jeunes femmes de 15 à 24 ans est faible (1,7%). Dans le groupe des CDI (4,2%) et des travailleuses de sexe (24,5%), la prévalence est élevée invitant à d'une part à une étude d'envergure nationale auprès des CDI et d'autre part à des interventions spécifiques et durables dans le cadre de la prévention de l'infection auprès de ces deux sous-population et de la population générale. Si le taux de survie après un an d'initiation aux ARV est bon (87,6%) témoignant d'une efficacité de la prise en charge par les ARV, le taux de transmission du VIH de la mère séropositives à l'enfant est élevé dans le contexte béninois quand bien même, le taux de transmission chez les différents types de protocole est relativement faible : femmes sous monoprofylaxie : 6,0% et triprophylaxie : 2,2% et le taux de transmission résiduel est 13,98%³.

Tableau 2 : Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

N°	Indicateurs	Niveau d'atteinte		Sources
		2008	2009	
Dépenses				
1	Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	11 609 515 212	15 379 764 947	REDES
Elaboration des politiques et état de la mise en œuvre				
2	Indice composite des politiques nationales			Personnes ressources
Programmes nationaux (sécurité transfusionnelle, couverture de la thérapie antirétrovirale, prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH, dépistage du VIH, programmes de prévention, services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, éducation)				
3	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	98,00%	98,70%	Rapport Monitoring PNLS/CNLS
4	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	67,88%	75,51%	Rapport Monitoring PNLS/CNLS et Données Spectrum
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	39,24%	46,42%	Rapport Monitoring PNLS/CNLS et Données Spectrum
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	16,80%	16,12%	Rapport PNT et Données Spectrum
7	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	94,80%	94,82%	Rapport Monitoring PNLS/CNLS
8	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (TS)	86,63%	86,63%	ESDG 2008
	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (CDI)		25,00%	Sondage 2009
9	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre (TS)	56,38%	56,38%	ESDG 2008
	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre (CDI)		0,00%	Sondage 2009
10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	5,10%	6,50%	Rapport MFSN et Données Spectrum
11	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	ND	ND	

Connaissances et comportements				
12	Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans	4,30%	6,01%	Rapport MFSN et Données Spectrum
13	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	33,80%	33,80%	ESDG 2008
14	Pourcentage, parmi les travailleuses de sexe, possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	60,20%	60,20%	ESDG 2008
	Pourcentage, parmi les CDI possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus		19,57%	Sondage 2009
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	17,20%	17,20%	ESDG 2008
16	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	8,86%	8,86%	EDS 2006
17	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel*	18,39%	18,39%	EDS 2006
18	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	24,68%	24,68%	ESDG 2008
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	ND	ND	
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel		29,63%	Sondage 2009
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue		31,18%	Sondage 2009
Impact				
22	Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans infectés par le VIH*	1,80%	1,66%	Rapport sérosurveillance PNLs/CNLS
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les TS	24,68%	24,68%	ESDG 2008
	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les CDI		4,17%	Sondage 2009
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	87,59%	87,59%	Rapport d'étude de survie
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH		26,66%	Données Spectrum

2. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

A l'instar des autres pays en développement, l'infection par le VIH est un sujet de grande préoccupation. Elle oblige les autorités sanitaires à l'ériger en programme prioritaire au niveau des Orientations Stratégiques de Développement (OSD) et dans la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté. Cette pandémie connaît depuis les 7 dernières années, une stabilisation..

2.1. RAPPEL SUR LE SYSTÈME DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH AU BÉNIN

Le système de veille épidémique de l'infection mis en place au Bénin comporte plusieurs domaines. Il est basé sur la surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes admise en consultation prénatale dans une cinquantaine de sites et qui se réalise tous les ans. Ce dernier est renforcé par des enquêtes ponctuelles et transversales à type d'enquête de surveillance de seconde génération auprès de groupes à haut risque (TS, clients de TS,) et des sous-populations spécifiques (adolescents et jeunes non mariés de 15 à 24 ans, malades tuberculeux co-infectés TB/VIH, les prisonniers, les routiers...) et à type de sondage auprès de certains groupes à haut risque comme les consommateurs de drogues injectables.

Démarré en 1990 dans sept (7) sites sentinelles urbains, la surveillance sentinelle a permis d'apprécier le niveau de l'infection dans le pays. En 10 ans, la prévalence est passée de 0,3% en 1990 à 4,1% en 2001. Avec l'évaluation du système en 2002, le Bénin s'est inscrit dans un processus d'extension des sites tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Ainsi, depuis 2002, la prévalence estimée dans les 50 sites, oscille autour de 2% montrant une stabilisation de l'épidémie.

2.2. PRÉVALENCE DE L'INFECTION PAR LE VIH

2.2.1. Au niveau des femmes enceintes

Les données utilisées sont celles recueillies auprès des femmes enceintes. La prévalence pondérée de l'infection par le VIH est estimée en 2009 à 2,0% (IC à 95% : [1,97 - 2,10]). Le sérotype de VIH isolé est essentiellement le VIH1. Selon le milieu de résidence, la proportion de sujets infectés par le VIH est significativement plus élevée en milieu urbain 2,7% IC à 95% [2,54-2,77] qu'en milieu rural 1,5% IC à 95% [1,41-1,56]. Selon les départements, la répartition des prévalences se présente comme ci-après.

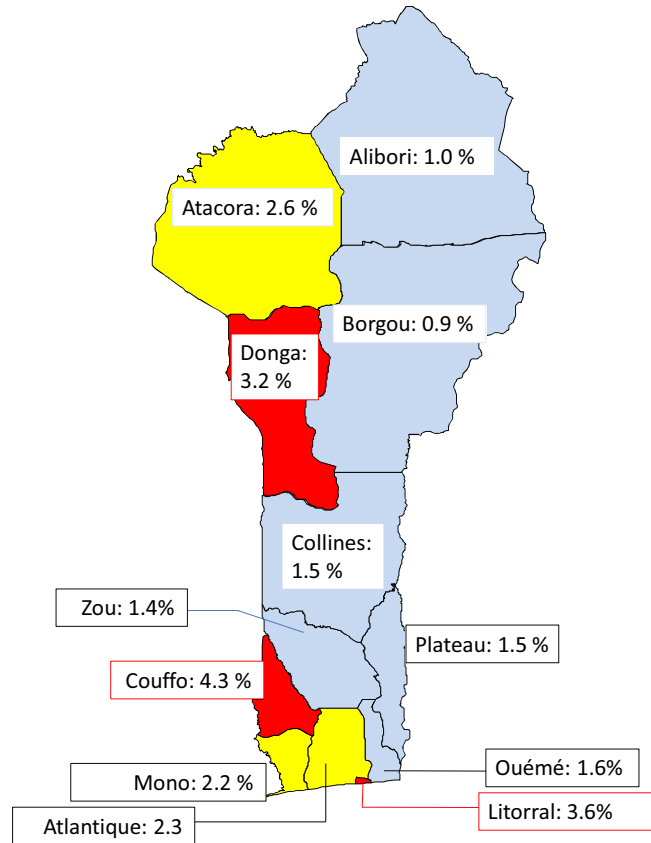


Figure 2 : Répartition de la prévalence de l'infection par le VIH par département au Bénin selon le système de serosurveillance par site

Selon les tranches d'âge, la prévalence est de 1,7% avec IC à 95%: [1,38 - 2,02] pour les personnes de moins de 25 ans et 2,5% avec IC à 95%: [2,15 - 2,85] pour celles de 25 ans et plus. Entre 2008 et 2009, qu'il s'agisse de la prévalence globale ou des prévalences spécifiques, aucune différence statistique au plan linéaire n'est enregistrée.

Tableau 3 : Prévalences spécifiques pour les années 2008 et 2009

Indicateurs	Niveau d'atteinte	
	2008	2009
Prévalence globale	1,8% [1,77 - 1,89]	2,0% [1,97 - 2,10]
Prévalence selon les milieux		
<i>Urbain</i>	2,6% [2,26 - 2,91]	2,7% [2,54 - 2,77]
<i>Rural</i>	1,1% [0,83 - 1,44]	1,5% [1,41 - 1,56]
Prévalence selon les tranches d'âges		
<i>Moins de 25 ans</i>	1,9% [1,61 - 2,27]	1,7% [1,38 - 2,02]
<i>Plus de 25 ans</i>	2,3% [1,92 - 2,66]	2,5% [2,15 - 2,85]

Depuis l'extension des sites, il est noté une stabilisation de l'épidémie comme présentée dans le tableau ci-dessous

Tableau 4 : Evolution de la prévalence pondérée de l'infection à VIH de 2002 à 2009

Années	Nombre de sites	Effectifs	Prévalence pondérée (%)	IC à 95%
2002	242	17 628	1,9	1,70 - 2,10
2003	39	9 084	2,0	1,90 - 2,10
2004	46	7 447	2,0	1,89 - 2,03
2005	50	12 193	2,1	2,03 - 2,16
2006	50	13737	2,0	1,94 - 2,08
2007	50	13 353	1,7	1,48 - 1,92
2008	50	13 433	1,8	1,77 - 1,89
2009	50	13 955	2,0	1,97 - 2,10

Source : Rapport Sérosurveillance 2008, PNLIS

2.2.2. Au sein de la population générale

En 2006, avec Macro International, le Bénin a organisé une Enquête Démographique et de Santé (EDS+) qui a permis d'estimer une prévalence de 1,2% au sein de la population générale avec une féminisation de l'épidémie : 1,5% chez les femmes versus 0,8% chez les hommes (sexe ratio de 188 femmes infectées pour 100 hommes). Cette situation est variable selon les départements et le milieu de résidence. La prévalence est plus élevée en milieu urbain (1,7%) qu'en milieu rural (0,9%).

2.2.3. Au sein des groupes à haut risque

La prévalence de l'infection par le VIH est estimée chez les TS en 2008 à 26,5% [IC à 95% = (23,8 – 29,2)] avec des variations selon les départements. La prévalence dans les départements varie de 13% (Atacora) à 40% (Donga). Le type de milieu n'influence pas la prévalence du VIH chez les TS : 26,8% [IC à 95% = (24,0 - 29,6)] en milieu urbain et 24,6% [IC à 95% = (14,4 - 34,8)] en milieu rural. Ces données ont été collectées grâce à l'enquête de surveillance de deuxième génération réalisée en 2008.

Cette enquête a également permis d'estimer chez les clients des TS (test réalisé sur les urines) une prévalence à 3,9%.

Les données sur les consommateurs de drogue ont été modélisées par l'étude sur les modes de transmission (MoT) en 2008. En vue d'alimenter le présent rapport, le PNLIS a réalisé de décembre 2009 à février 2010 une enquête rapide dans les milieux concernés des trois principales villes du Bénin : Cotonou, Porto-Novo et Parakou. Ce sondage est basé sur les déclarations des consommateurs de drogues et a porté sur quelques comportements à risque. Les résultats de cette enquête suggèrent l'urgence d'une étude d'envergure nationale

dont le protocole devra être au préalable validé par le Comité National d’Ethique pour la Recherche en Santé, en vue de mieux apprécier la situation au sein de ce groupe à haut risque. En effet, les comportements de protection par rapport au risque d’infection à VIH n’ont été rapportés que par une minorité de personnes interrogées (utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel : 22,9% ; utilisation de matériel stérile lors de la dernière injection de drogue : 36,4%).

2.2.4. Au sein des groupes spécifiques

Les indicateurs liés à la prévalence sont ici renseignés par le rapport issu de l’enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG). Cette dernière a porté sur les sous populations sous surveillance que sont les travailleuses de sexe, les clients des travailleuses de sexe, les routiers / Camionneurs et les jeunes adolescents non mariés scolaires et travailleurs réalisée en 2008 par le PNLS⁴. D’autres indicateurs de prévalence ont été renseignés par les rapports des structures spécialisées comme le Programme National contre la Tuberculose ou des études spécifiques comme l’ESDG organisée en milieu carcéral.

Travailleuses de sexe : la prévalence auprès de cette sous population reste élevée faisant de ce groupe le réservoir de virus. En effet, le quart des TS (26,5% IC à 95% [23,82 – 29,18]). Cette estimation montre une stabilisation de la prévalence comparée avec celle de 2006 (25,5%). Mais par rapport aux prévalences estimée dans la même sous-population en 1993, 1995-1996, 1998-1999 et 2004 respectivement à 53%, 49% et 41% et 30,5%⁵, la situation, paraît meilleure mais invite à des réflexions pour la recherche des déterminants de cette situation.

Clients de travailleuses de sexe : Le dépistage a été réalisé sur les urines et montré une prévalence de 3,9% IC à 95% [2,54 – 5,26].

Camionneurs : Elle est estimée à 1,5% en 2008 avec une variation selon les nationalités et les tranches d’âge. Les conducteurs âgés de plus de 30 ans sont les plus touchés (2,6%).

Adolescents jeunes. La prévalence est de 0,1% chez les jeunes adolescents scolaires de 15 à 24 ans avec une prédominance masculine (0,15% vs 0,08%). Chez les jeunes adolescents travailleurs, elle est légèrement plus élevée à 0,6% avec une prédominance féminine (0,8% vs 0,3%).

Prisonniers : Au cours du mois de décembre 2009, une étude de surveillance de deuxième génération a été réalisée dans les 9 prisons civiles du Bénin et a montré le niveau de comportement des détenus. La prévalence de l’infection par le VIH en milieu carcéral est estimée à 2,9% avec IC à 95% [1,95 – 3,85]. Le sérotype isolé est essentiellement de type 1. Cette prévalence varie de 1% à 5% selon les maisons d’arrêt.

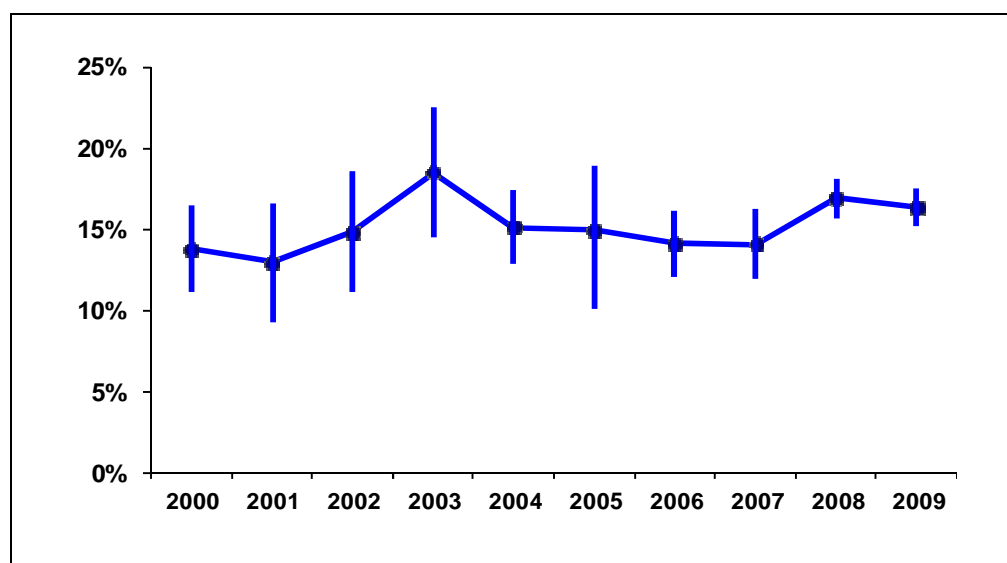
Malades tuberculeux Selon le PNT, depuis 2006, le test de sérologie VIH est systématiquement proposé à tous les patients tuberculeux dépistés dans tous les 57 CDT après counselling. Ainsi, en 2009 sur les 3987 cas de tuberculose toutes formes confondues enregistrés, 3834 ont été testés pour le VIH, soit un taux d’acceptation de 96%. Ce taux est stationnaire depuis 2008.

4 Rapport de l’ESDG 2008 Tome 1 et Tomme 2

5 GNINTOUNGBE C.A.B., GOMEZ C. LOWNDES C. et ALARY M. Profils de la prostitution au Bénin, 1999.

Sur les 3834 cas de tuberculose testés pour le VIH, 629 cas sont déclarés positifs au VIH. Le taux de séroprévalence à VIH chez les tuberculeux est donc de 16%.

Depuis 2006, le taux de séroprévalence au sein des tuberculeux se situe en moyenne autour de 16% avec une fluctuation de 1%. Le taux d'acceptation du test sérologique VIH chez les tuberculeux varie d'un département à un autre mais est très élevé dans tous les départements notamment les départements de l'Atlantique-Littoral et Zou-Collines. La séroprévalence du VIH est également variable selon les départements. Le taux le plus faible est observé dans l'Ouémé-Plateau et le Borgou-Alibori tandis que les taux les plus élevés sont observés dans l'Atacora-Donga et l'Atlantique-Littoral. La figure ci-dessous donne plus de détails par rapport à ces différentes variations.



Source: Rapports d'activités PNT 2009

Figure 3 : Séroprévalence VIH (et IC à 95%) chez les patients TMP+ de 2000 à 2009,

Le taux de séropositivité de l'infection par le VIH au sein des patients tuberculeux TPM+ varie de 13,0% à 18,5%, sans différence statistiquement significative entre ces prévalences⁶.

2.2.5. Surveillance des comportements à risque

Les facteurs qui entretiennent l'infection sont multiples et d'importance inégale au Bénin. Ils regroupent : la multiplicité des partenaires sexuels, la banalisation de la maladie avec le relâchement des valeurs sociales et morales, la réticence à l'utilisation des préservatifs, la stigmatisation et la discrimination, l'activité sexuelle précoce des jeunes filles avec des partenaires plus âgés etc.

Les comportements à risque de l'infection par le VIH persistent dans différentes sous-populations (Groupes à haut risque et populations spécifiques). Les plus importants mis en exergue par l'ESDG de 2008 sont le multi partenariat sexuel, la faible utilisation du préservatif ainsi que la précocité du rapport sexuel avant l'âge de 15 ans etc.

Travailleuses de sexe : La moitié des TS a un âge compris entre 20 et 29 ans et l'âge moyen au premier rapport sexuel des TS est 16,6 ans ($\pm 0,15$). La moyenne d'âge pour les

premiers rapports sexuels monnayés est de 21,8 ans ($\pm 0,40$) montrant un écart moyen de 5 ans entre l'initiation au sexe et le début de la prostitution. La durée médiane dans le métier est de 5 ans pour l'ensemble des TS.

La majorité des TS connaissent leur statut sérologique (86,7%) alors que seulement six TS sur dix (60,2%) ont une bonne connaissance des moyens de prévention de l'infection par le VIH. Le risque d'infection est présent chez trois TS sur quatre qui n'utilisent pas systématiquement de préservatifs lors des rapports sexuels avec les clients (75,3%).

La comparaison entre les indicateurs observés en 2006 (dernières observations) et celles relevées par cette étude montre une évolution positive des indicateurs en 2008. Il s'agit entre autres de l'utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non payant (39,8% contre 45,3%), de recherche de traitement pour les IST, de l'exposition aux interventions (42,1% contre 80,7%), du dépistage du VIH/SIDA et de la connaissance du statut sérologique (31,3% contre 86,6%). Certains autres indicateurs montrent une évolution peu favorable comme la connaissance des moyens de prévention du VIH : (94,9% en 2006 contre 89,0% en 2008), l'utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel avec un client (82,8% en 2006 contre 24,7% en 2008) etc.

Clients des TS : Les clients des Travailleuses de sexe constituent une population-passerelle qui fait le pont entre les TS et la population générale. Les jeunes de 15 à 24 ans arrivent en 2^{nde} position de fréquentation des milieux prostitutionnels et représentent 32,6% des clients. L'âge moyen au premier rapport sexuel avec une TS est 21,5 ans ($\pm 5,77$) et la durée moyenne dans cette fréquentation est d'environ 6 ans. Les clients des TS ont utilisé systématiquement le préservatif 16 fois sur 100 rapports sexuels avec leurs épouses tandis qu'ils l'auraient utilisé 63 fois sur 100 rapports sexuels avec les TS au cours des 7 jours précédant l'enquête. 43,5% des clients des TS ont une connaissance complète des modes de transmission du VIH et rejettent les idées erronées.

Routiers/Camionneurs : Les camionneurs sont des sujets sexuellement actifs qui passent plusieurs jours sur la route, dans les parkings de stationnement des gros porteurs et souvent loin de leur domicile et de leur(s) épouse(s). Cette situation les expose à des comportements à risque susceptibles de favoriser la propagation du virus. Bien que la plupart des routiers connaissent leur statut sérologique (84,0%) seulement, le quart (24,2%) a une bonne connaissance des moyens de prévention de l'infection par le VIH et 1 routier sur 5 a eu les rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Quatre routiers sur dix (41,3%) ont des rapports avec plusieurs partenaires au cours de l'année 2008 dont la moitié déclare avoir utilisé systématiquement de préservatifs.

Il ressort entre 2005 et 2008 que les routiers ont davantage de rapports sexuels à risque et à haut risque dans les douze mois précédant l'enquête de 2008. De plus, leur dernier rapport avec une partenaire occasionnelle non payée (58,6% en 2008 et 67,9% en 2005) et une partenaire commerciale (65,6% en 2008 contre 79,5% en 2005) est de moins en moins protégée. Quant à la bonne connaissance du sida elle est meilleure en 2008 (9,2% en 2005 contre 27,8% en 2008).

Jeunes adolescents de 15 à 24 ans : Deux groupes de jeunes sont sous surveillance au Bénin : les scolaires / universitaires et les jeunes artisans (travailleurs).

La majorité des jeunes disent connaître leur statut sérologique (86,3%) mais le nombre de ceux qui ont une bonne connaissance de l'infection par le VIH demeure très faible (33,8%). La proportion des jeunes qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans est de

33,8%. Concernant le multi partenariat sexuel, 4,2% des filles et 39,0% des garçons avouent avoir eu des rapports avec plusieurs partenaires sexuels et seulement la moitié d'entre eux utilise systématiquement le préservatif (55,8% des filles et 48,9% des hommes).

De 2005 à 2008, il a été constaté une réduction significative de la proportion de jeunes actifs sexuellement dans les 12 derniers mois qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires non commerciales. Par contre, la proportion de jeunes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois qui ont eu des comportements à risque en 2008 comparativement à 2005 est plus élevée. Ces comportements concernent les rapports sexuels avec un partenaire commercial (24,9% en 2008 contre 9% en 2005) et le multipartenariat dans les 12 derniers mois (21,1% en 2008 contre 18,8% en 2005).

De même, en ce qui concerne les comportements à promouvoir au sein des jeunes actifs sexuellement, il a été noté une détérioration qui est matérialisée par une diminution de la proportion des jeunes adoptant ces comportements en 2008 par rapport à 2005. Ainsi, l'abstinence dans les 12 derniers mois qui était de 32,1% en 2005 est passée à 22,2% en 2008. L'utilisation du préservatif à chaque rapport commercial dans les 12 derniers mois a également connu une chute, en passant de 26,3% en 2005 à 16,5% en 2008. Il en est de même pour l'utilisation du préservatif à chaque rapport à risque dans les 12 derniers mois (32,8 en 2008 contre 36,6% en 2005).

Chez les jeunes travailleurs de 15 à 24 ans, certains aspects liés aux comportements ont sensiblement varié entre les deux périodes. Ainsi, la proportion des jeunes travailleurs ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires non commerciaux entre les deux enquêtes a diminué (2005 : 93,2% ; 2008 : 68,4%). Pour ce qui concerne les rapports commerciaux par contre, cette proportion a doublé passant de 15,5% en 2005 à 32,3% en 2008. En 2008, cinq facteurs importants ont connu une progression défavorable comparativement à 2005. Il s'agit de :

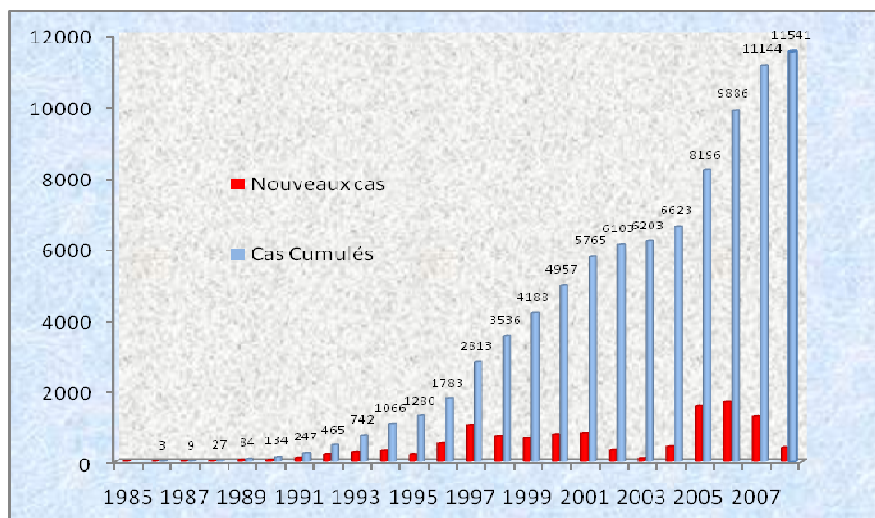
- l'abstinence dans les 12 derniers mois chez les actifs sexuels qui est passé de 26,9% en 2005 à 13,7% en 2008 ;
- la proportion de rapports sexuels à risque dans les 12 derniers mois qui est passée de 47,3% en 2005 à 86,3% en 2008 ;
- la proportion des rapports sexuels avec partenaire commercial qui est passée de 15,5% à 32,3% en 2008 ;
- l'utilisation du préservatif à chaque rapport commercial dans les 12 derniers mois qui a diminué, passant de 33,2% en 2005 à 20,7% en 2008 ;
- l'utilisation du préservatif à chaque rapport non commercial dans les 12 derniers mois qui a aussi connu une diminution passant de 21,5% à 15,9%.

Par contre, on note en 2008 une amélioration dans le changement de comportement des jeunes en ce qui concerne trois facteurs que sont : la proportion des rapports sexuels avec partenaire non commercial chez les actifs sexuels dans les 12 derniers (93,2% en 2008 contre 68,4% en 2005), le multi partenariat chez les jeunes actifs sexuellement dans les 12 derniers mois (28,9% en 2008 contre 23,5% en 2005), puis l'utilisation du préservatif lors de chaque rapport à risque dans les 12 derniers mois (30,6% en 2008 contre 21,3% en 2005).

2.2.6. Notification des cas de sida

En 2008, 389 cas de sida ont été enregistrés chez les adultes et 08 chez les enfants dans plusieurs centres de santé soit au total 497 cas. Il s'agit d'une sous notification comparé au nombre de nouveaux cas mis sous ARV dans les sites de prise en charge.

De 1985 à 2008, onze mille cinq cent quarante et un (11 541) cas de sida ont été enregistrés au Bénin par certaines structures hospitalières. La figure n°3, montre l'évolution des cas de sida enregistrés par année et des cas cumulés au fil des années dans les formations sanitaires.



Source : rapport sérosurveillance 2008, PNLS

Figure 4 : Evolution du nombre de cas de sida notifiés de 1985 à 2008 au Bénin

2.2.7. Estimation et projection

Les estimations demeurent très utiles pour la planification des besoins de services de prévention et de soins. Les principales variables retenues par le Bénin ont trait à la transmission du virus et aux conséquences dues à l'infection par le VIH. Ainsi, à partir de 2008, les chiffres auxquels s'attend le pays à l'horizon 2011, lequel correspond à l'échéance du cadre stratégique de lutte contre le sida montre une stabilisation. Ces estimations issues de l'exploitation des logiciels EPP et SPECTRUM sont présentées dans les tableaux ci-après.

Tableau 5 : Projection des indicateurs chez les adultes de 2007 à 2015 (x 1000)

Années	Population VIH+	Nombre de nouvelles infections au VIH	Décès dus au SIDA	Décès cumulés dus au SIDA
2007	55,428	4,585	3,231	38,060
2008	56,876	4,744	3,133	41,194
2009	58,643	4,771	2,813	44,007
2010	60,528	4,930	2,824	46,831
2011	62,339	5,104	3,044	49,874
2012	64,246	5,227	3,047	52,921
2013	66,155	5,219	3,031	55,951
2014	68,146	5,232	2,963	58,915
2015	70,142	5,338	3,064	61,979

Tableau 6 : Projection des indicateurs concernant les OEV de 2007 à 2015 (x 1000)

Années	Orphelins du SIDA	Orphelins non SIDA	Total orphelins	Nouveaux orphelins
2007	27,800	277,825	304,837	35,172
2008	28,896	278,467	306,141	35,225
2009	29,371	279,082	306,814	34,910
2010	29,672	279,696	307,412	35,093
2011	30,037	280,323	308,238	35,569
2012	30,231	280,957	308,960	35,729
2013	30,351	281,633	309,739	36,053
2014	30,322	282,357	310,473	36,290
2015	30,274	283,081	311,267	36,643

Tableau 7 : Projection des indicateurs concernant les ARV chez les adultes de 2007 à 2015 en situation d'éligibilité à CD4 < 200 (x 1000)

Années	Besoin total thérapie ARV	Nombre total recevant ARV	Nombre de personnes ayant besoin d'une thérapie de première ligne	Nombre ayant nouvellement besoin d'une thérapie de première ligne	Nombre de personnes recevant ARV 1ère ligne	Nombre de personnes recevant ARV 2ème ligne	Besoins de thérapie de 1ère ligne non satisfaits
2007	14,079	9,765	13,774	2,359	9,374	0,391	5,548
2008	15,592	12,078	15,155	2,198	11,595	0,483	4,671
2009	17,382	15,401	16,679	1,865	14,477	0,924	3,643
2010	19,128	16,450	18,090	1,832	15,299	1,151	3,202
2011	20,622	18,094	19,275	2,017	16,550	1,544	3,350
2012	22,076	19,250	20,328	2,011	17,298	1,952	3,404
2013	23,477	21,942	21,441	1,691	19,822	2,120	2,881
2014	24,878	23,550	22,643	1,338	21,200	2,350	2,132
2015	26,157	24,760	23,732	1,395	22,260	2,500	2,002

Tableau 8 : Projections des indicateurs chez les enfants de 0 à 14 ans de 2007 à 2015 (x 1000)

Années	Population VIH+ (0-14)	Nouveaux cas de VIH (0-14)	Nombre d'enfants recevant ARV	Nombre d'enfants recevant du CTM	Nombre d'enfants ayant besoin d'une thérapie ARV	Nombre d'enfants ayant besoin de CTM	Mère recevant une PTME	Mère ayant besoin de PTME
2007	4,386	0,960	0,238	4,108	2,537	7,846	1,844	3,720
2008	4,544	0,923	0,635	4,405	2,713	7,872	1,694	3,688
2009	4,675	0,916	1,135	4,703	2,911	7,914	1,573	3,669
2010	4,786	0,929	1,635	5,000	3,843	7,039	1,478	3,664
2011	4,854	0,915	2,135	5,700	4,014	6,663	1,419	3,671
2012	4,873	0,871	2,635	6,400	4,203	5,783	1,350	3,677
2013	4,782	0,703	3,135	7,100	4,454	5,696	2,500	3,689
2014	4,669	0,605	3,635	7,800	4,718	5,121	3,000	3,703
2015	4,561	0,566	4,135	8,500	4,950	3,997	3,250	3,724

3. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

3.1. ELABORATION DES POLITIQUES NATIONALES DE LUTTE CONTRE LES IST ET L'INFECTION À VIH

Depuis 1987, la République du Bénin avec l'appui des partenaires a effectivement démarré les activités de lutte contre les IST et l'infection à VIH. Le processus de planification dans le cadre de la riposte nationale peut être divisé en deux phases :

- de 1987 à 2001, caractérisé par l'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan à Court Terme (PCT) couvrant la période d'octobre 1987 à novembre 1988, un Plan à Moyen Terme de 1ère génération (PMT1) de 1989 – 1993 qui s'est prolongé jusqu'en avril 1996 et un Plan à Moyen Terme de deuxième génération (PMT2) de 1997 à 2001 élaboré suite à un atelier de consensus national qui s'est déroulé les 29 et 30 avril 1996 à Cotonou ;
- de 2001 à nos jours, caractérisé par la mise en place d'un processus de planification stratégique multisectorielle avec l'appui de l'ONUSIDA. Le premier Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida élaboré en 2000 a couvert la période 2001-2005 avec une démarche participative ayant impliqué tous les acteurs intervenant dans la lutte. Le gouvernement béninois à travers le CNLS et son Secrétariat Permanent avec l'appui des partenaires techniques et financiers ont procédé à sa revue conjointe afin d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs et les principaux acquis de la mise en œuvre pour déboucher sur l'élaboration du deuxième cadre stratégique. La mise en œuvre de ce premier cadre stratégique a essentiellement permis d'assurer une stabilisation relative de la prévalence de l'infection à VIH et une amélioration de la prise en charge psychosociale, y compris la prise en charge médicale des PVVIH. Le deuxième Cadre Stratégique couvrant la période 2007-2011 est actuellement mis en œuvre. Cet outil programmatique, validé par le Conseil des Ministres s'articule autour des points ci-après :
 - Analyse de la situation ;
 - Résultats de la revue du cadre stratégique 2001-2005 ;
 - Cadre Stratégique National 2007-2011 : Orientations et grandes lignes ;
 - Description des axes stratégiques et objectifs ;
 - Mise en œuvre : suivi et évaluation ;
 - Cadre Institutionnel et Organisationnel de la Lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
 - Mobilisation et Gestion des Ressources ;
 - Opportunités / Hypothèses critiques.

Les principales recommandations pour l'élaboration du Cadre Stratégique National 2007-2011 s'inscrivent dans le cadre de l'accès universel et tendent essentiellement à :

- **intensifier** la prévention envers les jeunes et les groupes spécifiques tels que les travailleuses de sexe, les populations mobiles et les corps habillés ;
- **améliorer et renforcer** l'accès à la PTME sur toute l'étendue du territoire national, la prise en charge des IST, des PVVIH et des OEV, la biologie et la sécurité transfusionnelle ;
- **mettre l'accent** sur l'extension des interventions de prévention et de prise en charge ayant démontré leur efficacité à tout le pays ;
- **définir** de nouvelles orientations telles que les stratégies de prévention mieux ciblées envers les jeunes et les populations vulnérables, la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables ;
- **opérationnaliser** les « Three Ones » avec une bonne coordination de l'appui de tous les acteurs et partenaires y compris au niveau opérationnel et avec le développement d'un système unique de suivi évaluation .

Le Cadre Stratégique National 2007-2011 s'appuie sur 06 axes stratégiques et 12 objectifs généraux qui sont :

- **AXE STRATEGIQUE I: COORDINATION, PLAIDOYER, PARTENARIAT ET MOBILISATION DES RESSOURCES**
 - o **Objectif Général 1** : Promouvoir un environnement favorable à la multisectorialité, VIH/SIDA/IST dans le cadre des «Three Ones ».
- **AXE STRATEGIQUE II : PREVENTION ET PROMOTION DU DEPISTAGE**
 - o **Objectif Général 2** : Réduire de 25% la prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans et d'au moins 50% chez les populations vulnérables notamment les femmes, les TS, les populations mobiles, les corps habillés.
 - o **Objectif Général 3** : Réduire d'au moins 25% la prévalence du VIH/SIDA et son impact social et économique en milieu du travail.
 - o **Objectif Général 4** : Réduire d'au moins 30% la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles chez la population générale et notamment les groupes vulnérables.
 - o **Objectif Général 5** : Renforcer la sécurité transfusionnelle, la bio-sécurité et minimiser la transmission du VIH en milieux de soin et traditionnel.
 - o **Objectif Général 6** : Réduire d'au moins 50% la proportion de nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives d'ici à 2010.
 - o **Objectif Général 7** : Promouvoir le conseil dépistage volontaire anonyme et gratuit du VIH garantissant la confidentialité.
- **AXE STRATEGIQUE III : ACCES AUX SOINS ET TRAITEMENT**
 - o **Objectif Général 8** : Assurer la prise en charge médicale correcte des adultes et des enfants infectés par le VIH y compris le suivi biologique.

- **AXE STRATEGIQUE IV : SOUTIEN AUX PERSONNES INFECTEES ET AFFECTEES ET PROMOTION DU RESPECT DES DROITS HUMAINS**
 - **Objectif Général 9** : Réduire l'impact du VIH/SIDA sur les familles, les communautés et les secteurs socio-économiques.
 - **Objectif Général 10** : Accroître de 3% à 50%, la proportion d'OEV au sein des ménages bénéficiant d'au moins un soutien externe d'ici à 2010.
- **AXE STRATEGIQUE V : INFORMATIONS STRATEGIQUES : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, COMPORTEMENTALE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE**
 - **Objectif Général 11** : Renforcer l'information stratégique pour l'orientation de la réponse nationale.
- **AXE STRATEGIQUE VI : SUIVI ET EVALUATION**
 - **Objectif Général 12** : Rendre opérationnel à partir de 2006 le Système National Unique de Suivi- Évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin.

3.2. APPUI POLITIQUE

Au Bénin, la lutte contre l'épidémie du sida est organisée conformément aux recommandations de la Cellule Mondiale de Réflexion notamment en ce qui concerne la mise en œuvre des trois principes directeurs : un cadre unique d'action, une instance nationale de coordination et un système unique de suivi et évaluation.

Ainsi, le décret N°2002-273 du 18 Juin 2002, portant attribution, organisation et fonctionnement du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et de ses démembrements a établi l'autorité de la lutte contre les IST et l'infection à VIH au Bénin ainsi que les interactions entre les acteurs à divers niveaux. Le CNLS constitue le creuset des décisions et orientations de toutes les activités de lutte contre le Sida et les IST. Ce dispositif institutionnel permet désormais la synergie dans les interventions très diverses et multiformes. Plusieurs actions ont été initiées, programmées et mises en exécution conformément au Cadre Stratégique National de Lutte Contre le Sida. Par rapport à la complexité des interventions entrant dans le cadre de la lutte, le Gouvernement a pris des engagements qui sont contenus dans le Cadre Stratégique National 2007-2011. Ces principaux engagements sont les suivants :

- le renforcement du leadership au plus haut niveau avec un soutien fort au cadre institutionnel mis en place ;
- le développement d'un plaidoyer pour assurer l'adhésion de tous les acteurs aux principes de Three Ones et la mobilisation des ressources suffisantes en vue d'appuyer la lutte contre les IST et l'infection à VIH;
- la création d'une ligne budgétaire pour appuyer la lutte contre le Sida au sein de chaque ministère.

Ces engagements se sont traduits dans la réalité par des actes posés par le Président de la République, notamment :

- le lancement du Cadre Stratégique National multisectoriel par le Chef de l'Etat le 15 novembre 2007 en présence de tous les acteurs nationaux et les partenaires au développement ;
- la célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le sida, édition 2008, avec l'implication effective du Chef de l'Etat, représenté par son Ministre d'Etat, chargé de la Défense Nationale, en présence des partenaires ;
- la tenue effective de la session du Comité National de Lutte contre le sida en décembre 2009.
- la contribution financière du Gouvernement aux différentes structures chargées de la lutte, à savoir : les Unités Focales de Lutte contre le sida des ministères, le PNLS, le CNLS, le CNC, PMLS 2, Corridor (contrepartie des projets).
- la lutte contre le Sida et les IST est inscrite dans la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP), les Orientations Stratégiques de Développement et dans le cadre des initiatives pour les Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) ;
- la formation de 575 directeurs de Projets et programmes sur le mainstreaming du VIH afin de contribuer à la multisectorialité de la lutte et de veiller à l'intégration de la problématique du Sida dans les projets et programmes de développement ;
- la plupart des partenaires au développement ont intégré un volet VIH dans leurs programmes qui s'inscrivent dans le Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida au Bénin.

3.3. FINANCEMENT DE LA LUTTE

La répartition des besoins financiers par axe du Cadre Stratégique National 2007-2011 se présente comme suit :

Tableau 9 : Coûts du Cadre stratégique par axe

Axes du Plan Stratégique 2007-2011	Coûts estimés de l'axe	
	en euros	en FCFA
Coordination, plaidoyer, partenariat, mobilisation de ressources et Suivi/Evaluation	14 072 935	9 231 226 151
Prévention et promotion du dépistage	96 031 158	62 992 214 277
Accès aux soins et traitement	65 320 051	42 847 079 374
Soutien aux personnes infectées et affectées et promotion du respect des droits humains	9 685 330	6 353 150 325
Informations stratégiques : surveillance épidémiologique, comportementale et promotion de la recherche	5 541 307	3 634 853 574
Total	190 650 780	125 058 523 046

Le coût total du Cadre Stratégique National sur la période 2007-2011 est de **125 058 523 046 FCFA**. Au cours des deux dernières années (2008 et 2009), le Gouvernement a continué

d'honorer ses engagements en poursuivant la prise de mesures visant à renforcer la riposte à l'épidémie de Sida par l'inscription de lignes budgétaires dans les départements ministériels sectoriels. Les actions qui méritent d'être soulignées sont entre autres:

- la contribution directe des ressources intérieures à la lutte contre les IST et le sida au secteur de la santé est de 899 998 526 FCFA en 2008 et 1 001 998 372 FCFA en 2009. A cela, il faut ajouter la mise à disposition des ressources humaines, des infrastructures et les frais de fonctionnement des structures chargées de la lutte contre le sida ;
- le Gouvernement a mobilisé auprès des partenaires au développement durant les deux dernières années d'importantes ressources qui ont été d'un grand soutien pour la lutte contre le VIH et le sida au Bénin. Le tableau suivant montre les financements mobilisés par source de financement au cours de 2008 et 2009 selon le rapport REDES/NASA 2008-2009.

Tableau 10: Financement mobilisé pour la lutte contre les IST et le Sida en 2008 et 2009 (en CFA)

Sources de financement	2 008	%	2 009	%
Fonds publics	1 902 819 736	16,39	6 053 382 954	39,36
Fonds des gouvernements territoriaux	1 902 819 736		6 053 382 954	
Recettes du gouvernement local/municipal	2 000 000		5 155 000	
Prêts remboursables (PMLS II et autres)	837 222 395		5 212 913 954	
Fonds privés	2 055 504 220	17,71	1 992 704 760	12,96
Institutions et entreprises à but lucratif	3 405 550		19 156 587	
Ménages	2 048 804 450		1 876 783 075	
Fonds des ménages	322 604 450		337 963 075	
Prestataires de soins traditionnels ou non allopathiques	1 726 200 000		1 538 820 000	
FS.02.03 Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale)	3 294 220		96 765 098	
Fonds internationaux	7 651 191 256	65,90	7 333 677 233	47,68
Bilatéral	2 077 729 553		1 263 154 573	
Gouvernement danois	17 238 917		55 078 530	
Gouvernement français	726 719 271		20 225 023	
Gouvernement allemand	444 624 985		458 689 550	
Gouvernement suisse	95 287 500		312 375 000	
Gouvernement américain	793 858 880		416 786 470	
Multilatéral	5 001 539 104		5 498 711 702	
Banques régionales de développement (Afrique, Asie, Amérique latine et Caraïbes, banque islamique de développement, etc.)	521 287 511		420 514 190	
Fonds mondial de lutte contre le sida, la	2 743 723 744		3 458 241 781	

Sources de financement	2 008	%	2 009	%
tuberculose et le paludisme				
Secrétariat de l'ONUSIDA	102 674 500		172 013 700	
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	655 740 105		748 167 031	
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)			18 095 000	
Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)	15 498 000		14 879 000	
Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)	343 253 500		337 500 000	
Banque mondiale (BM)			48 000 000	
Programme alimentaire mondial (PAM)	518 485 000		228 876 000	
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	100 876 744		52 425 000	
ONG internationales	571 922 599		571 810 958	
Fondation Bristol-Myers Squibb	2 230 205			
Care International			40 000 000	
Caritas Internationalis/Catholic Relief Services	14 447 500		94 995 387	
Plan International	149 978 671		96 874 571	
Fondation Clinton	331 000 000		331 000 000	
Fédération internationale pour la planification familiale	2 789 223		5 241 000	
Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif	71 477 000		3 700 000	
Total	11 609 515 212		15 379 764 947	

Source : Rapport REDES/NASA 2008-2009

Les sources de financement de la lutte contre le sida sont assez variées allant de la contribution du budget national à l'appui des partenaires au développement qui apportent la plus grande part (65,9%). Au nombre de ces derniers figurent les partenaires multilatéraux avec au premier plan le Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Les axes d'interventions des principaux partenaires au développement avec leurs contributions financières pour la mise en œuvre du cadre stratégique 2007-2011 se résument comme suit :

Tableau 11 : Description des axes d'interventions et des contributions financières des principaux partenaires financiers pour la lutte contre le Sida

Sources de financement	Interventions	Montants (x 1000000 CFA)
Banque Africaine de Développement	Le Projet d'Appui à la Lutte contre le VIH/Sida (PALS) couvrant la période 2006-2008 qui intervient sur les volets santé (PTME, Dépistage et sérosurveillance), communautaire et institutionnel de la lutte contre le sida.	2 295,8
Banque Mondiale	Le Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLS) 2 pour la période 2007 – 2011.	17 500,0
Fonds Mondial (6 ^e round)	Proposition régionale approuvée au 6 ^{ème} round du Fonds mondial intitulée « Consolidation et Extension du Projet Régional Commun de Prévention et de Prise en charge des IST/VIH/Sida le long du Corridor de migration Abidjan-Lagos » pour les cinq pays du corridor.	23 250,0
Coopération Danoise	Le Programme d'Appui au Renforcement de la Lutte contre le VIH/Sida au Bénin (PARL-Sida) couvrant la période 2007-2010 en appui institutionnel.	4 433,3
Fonds Mondial (5 ^e round)	Le Projet d'Intensification de la lutte contre le VIH/Sida, couvrant une grande partie du secteur de la santé : prise en charge médicale et psychosociale (infections opportunistes, ARV, dépistage, réactifs, équipement) sécurité transfusionnelle, l'extension des services de la PTME, soutien aux orphelins et enfants vulnérables, et une partie des interventions sur l'accélération de la prévention et la coordination/suivi et évaluation.	25 500,1
USAID	Le Projet IMPACT pour la période 2007-2011 pour le marketing social, le CCC pour la promotion des comportements à moindre risque et l'appui institutionnel.	3 500
Fondation CLINTON	Le Projet s'étale sur la période 2007-2011. Il intervient dans l'achat d'ARV pédiatriques, d'ARV de seconde ligne et dans l'appui programmatique.	827,5

Le SP/CNLS a entamé, avec l'appui de l'ONUSIDA, de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du projet PMLS 2 de la Banque Mondiale le processus de la revue à mi-parcours du Cadre Stratégique National 2007-2011. Un groupe consultatif a été mis en place en Novembre 2009 avec l'implication de tous les partenaires. Un cabinet d'étude a été sélectionné pour exécuter les différentes opérations de la revue. Cette revue conjointe devra être complétée à la fin du premier semestre 2010.

3.4. SITUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

3.4.1. Prévention

- **Communication pour le Changement de Comportement**

Le Bénin dispose d'un Cadre National de Communication sur le sida couvrant la période 2009-2011. Il a été développé autour de cinq axes stratégiques que sont (i) le renforcement de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC), (ii) le plaidoyer pour une législation renforcée du contrôle de la pandémie du VIH/sida par des services et produits accessibles, pour la sécurisation des financements, (iii) l'appropriation de la problématique du VIH/SIDA et ses impacts sur le développement du pays, le marketing social des services et Produits de lutte contre le Sida au Bénin, (iv) la gestion/coordination et Suivi - Evaluation harmonisés et décentralisés, (v) et l'institutionnalisation de la surveillance épidémiologique (SE) et de la recherche en CCC. Par ailleurs, le Ministère de la Santé en collaboration avec le Ministère de la Défense ont élaboré et mis en œuvre un document de stratégies spécifiques de communication en santé de la reproduction et un Plan intégré de communication en matière de VIH dans les Forces Armées Béninoises.

Afin d'opérationnaliser le cadre national de communication sur le sida et de soutenir les efforts d'intensification de la prévention en vue de l'accès universel, l'ONUSIDA Bénin a fourni un appui technique et financier au SP/CNLS pour l'élaboration du plan opérationnel de communication en matière de VIH/sida. Ce document a fait l'objet d'une pré-validation en novembre 2009 et devrait être disséminé dès le début du deuxième trimestre 2010.

Les interventions menées au cours de la période 2008-2009 peuvent être classées dans deux axes stratégiques : les interventions de mobilisation sociale en direction du grand public et les interventions de mobilisation sociale en direction des groupes vulnérables et des groupes à risque.

- ***Interventions de mobilisation sociale en direction du grand public***

Les activités de mobilisation de masse sont organisées à l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre le sida (JMS) et des grands rassemblements sportifs, traditionnels, culturels ou religieux. Les événements les plus connus au plan national qui drainent assez de monde sont entre autres les fêtes de la Gaani, de l'Assomption, de Nonvitcha, le pèlerinage marial de Dassa-Zoumè, les cultes traditionnels et les manifestations sportives. Tous ces événements de forte mobilisation sont mis à profit pour informer et sensibiliser la population. Dans le secteur public, la mobilisation sociale se déroule grâce aux Unités Focales de Lutte contre le sida (UFLS) institutionnalisées dans tous les ministères et institutions de la république. Quant au secteur privé, des Comités d'Entreprise de Lutte contre le Sida (CELS) ont été mis en place dans plus d'une dizaine d'entreprises. En ce qui concerne la Société Civile, ces interventions se font par l'intermédiaire des ONG, Associations et Réseaux qui développent des activités orientées vers la prévention pour améliorer les connaissances et attitudes en relation avec les comportements à risque, la discrimination et la stigmatisation en matière de Sida au niveau des populations.

Depuis quelques années, la JMS qui s'inscrit dans le cadre des activités de mobilisation de masse pour la lutte contre l'épidémie, est organisée tous les ans. Dans ce cadre, plusieurs activités se mènent sur toute l'étendue du territoire national par les structures d'exécution sous

la coordination du SP/CNLS. En 2008 et 2009, un village d'exposition a été organisé à Cotonou animé par divers acteurs nationaux et des partenaires au développement. Cette manifestation a connu une forte participation avec une douzaine de milliers de visiteurs. A cette occasion, les populations se sont manifestées de façon nombreuse pour faire leur test de dépistage anonyme et gratuit dans le but de connaître leur état sérologique. Au sein des départements, les communes ont abrité des activités de sensibilisation à travers l'organisation d'un marathon international dénommé « je cours plus vite que le sida » et la mobilisation des couches sociales par des marches, des courses cyclistes et pédestres, des animations folkloriques et des concours de chants traditionnels et modernes, des matchs de football et des sketches. Ces manifestations sont suivies de conférences-débats, et de diverses allocutions des responsables politico-administratifs en vue d'un leadership en faveur de la sensibilisation. La promotion du dépistage a également été faite et les unités mobiles sont installées pour la réalisation des tests rapides. Les Comités Communaux de Lutte contre le sida (CCLS) mettent cette occasion à profit pour tenir leurs sessions, ce qui permet de renforcer le leadership des structures décentralisées du CNLS. Enfin, la caravane pour la vie organisée par le Projet Corridor sur l'axe Abidjan-Lagos avec des arrêts à toutes les frontières et villes importantes du tronçon, a été répertoriée parmi les bonnes pratiques au niveau du Fonds Mondial.

En dehors de ces activités de grande mobilisation, des initiatives de sensibilisation de proximité et de plaidoyer en direction des groupes spécifiques sont organisées avec le soutien des partenaires. Quelques unes de ces initiatives prises en 2008 sont :

- la « Nuit du ruban rouge » organisée par le PNLIS qui a touché environ 500 personnes à Cotonou et 200 à Djourou et connu la participation de 6 Ministres et 3 Présidents d'institutions de la République ;
- la « leçon de vie » organisée par Plan Bénin et UNICEF dans les écoles primaires et secondaires et les centres d'apprentissage ;
- la campagne « Plus tard, plus sûr » organisée par PSI en collaboration avec l'Ambassade Royale du Danemark à travers le projet PARL-SIDA;
- le marathon international organisé par le Groupe « Athlète sans frontières » qui a connu la participation d'environ 500 marathoniens provenant de la France, de la Belgique, du Togo, du Ghana, du Burkina-Faso et du Bénin et regroupé environ 3000 spectateurs.

Dans le cadre de la prévention de l'infection à VIH en direction des jeunes scolarisés, depuis 2005, le Ministère de l'Education Nationale a développé une politique et des outils (Curriculum sur les IST et le Sida utilisé dans les cours moyens de première et deuxième années de l'enseignement primaire et le continuum de connaissances sur le Sida et les IST de l'enseignement maternel à l'enseignement secondaire) de lutte contre le sida en milieu scolaire.

Dans l'ensemble des départements, après actualisation des curricula en 2008, les enseignants du primaire et du secondaire ont bénéficié de formations sur les curricula révisés des cours moyens de première et deuxième année, grâce au financement du Fonds Mondial. Au total, 356 enseignants ont été formés, soit 85 Chefs de Circonscription Scolaires, 253 Conseillers Pédagogiques, 6 Chefs des Services des Enseignements Primaire et Maternel, 6 Chefs des enseignements privés et 6 chefs de la programmation scolaire.

En ce qui concerne les curricula, 2000 ont été édités pour le Cours Moyen Première Année, 2000 pour le Cours Moyen Deuxième et 500 Continuum de connaissances sur le Sida et les IST. L'édition des curricula des Cours d'Initiation, Cours Préparatoire, Cours Elémentaire a été lancée et les curricula au niveau de l'Enseignement Supérieur ont été validés. Par ailleurs,

10 000 enseignants communautaires ont été formés en 2009 à l'utilisation des modules des compétences de vie courante (CVC) appliqués au VIH/sida. Enfin, l'UNICEF a appuyé la mise en place de clubs d'adolescents pour adolescents « club ado pour ado » pour l'enseignement des CVC dans les cours moyens (CM1 et CM2) de 440 écoles et 63 collèges en 2009. Dans ce cadre, 33 562 adolescents et jeunes ont été touchés.

○ ***Interventions de mobilisation sociale en direction des groupes vulnérables et des groupes à risque***

Le Bénin, dans sa stratégie d'intervention en direction des groupes clés à haut risque organise des activités de sensibilisation de proximité. Ces activités ont été réalisées à travers la stratégie d'éducation par les pairs et les canaux traditionnels de sensibilisation en collaboration avec les ONG et associations communautaires.

Différentes techniques de communication de proximité sont utilisées par les acteurs pour atteindre plus efficacement les groupes les plus vulnérables. Les plus utilisées sont la communication interpersonnelle, les causeries formatives avec de petits groupes homogènes, les projections de films, les jeux de rôles, les sketches, etc. appuyées de matériels audio-visuels et de musiques traditionnelles.

Au cours de l'année 2008, 2.280 pairs éducateurs ont été formés à travers 57 ONG réparties sur l'ensemble du territoire. Ces ONG et associations communautaires ont exécuté des activités de sensibilisation en direction des Travailleuses du Sexe (TS), des jeunes et adolescents, des réfugiés, des routiers et des hommes en uniforme grâce à l'appui du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. En 2009, le PMLS 2 a financé l'exécution de 20 sous-projets de sensibilisation initiés par des ONG en direction des TS dans tous les départements. Par ailleurs, 17 ONG sélectionnées par le PNLS ont été appuyées par le PMLS 2 dans le cadre d'un contrat de prestation de services pour mener des activités en direction des TS.

Dans le but de contrôler l'infection à VIH, l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos, a mis en œuvre un projet de prévention le long de l'axe reliant les 05 pays d'intervention (Nigéria, Bénin, Togo, Ghana et Côte d'Ivoire) ciblant les routiers, les corps habillés, les travailleuses de sexe et leurs clients. La mise en œuvre des activités sur le terrain incombe prioritairement aux Comités Frontaliers de Lutte contre le Sida, aux ONG/Associations et aux Organisations à Base Communautaires pour la réalisation des activités IEC/CCC dans les différents sites frontaliers du projet au profit des groupes cibles. Le projet Corridor a poursuivi les activités de communication anti sida au niveau des frontières du Togo (Hillacondji) et du Nigeria (Sèmè Kraké) à travers les ONG.

Pour promouvoir le dépistage chez les jeunes et renforcer leurs connaissances sur les IST et le VIH/sida, 53 centres de santé « amis des jeunes » ont été mis en place en 2009 dans 7 zones sanitaires avec une couverture de 19 communes. Cette initiative développée dans les zones d'interventions de l'UNICEF a permis de toucher 42 264 jeunes et adolescents dont 5035 ont été dépistés.

Campagne mass media

La collaboration avec la radio nationale et les radios de proximité s'est poursuivie en 2008 et 2009. Le CNLS, à travers le PNLS a établi un partenariat avec quarante six (46) radios de proximité dont onze (11) commerciales et trente cinq (35) communautaires. L'objectif de ce partenariat est de réaliser et diffuser des émissions radiophoniques sur les IST et le Sida en

français et en langues locales pendant une durée de (08) mois de février à octobre 2008. Ainsi, 679 émissions ont été réalisées et diffusées. La stratégie consiste à impliquer les leaders d'opinion (notables, religieux, chefs de village, élus locaux) qui bénéficient de séances de plaidoyer pour accompagner la mise en œuvre des activités, ce qui permet d'en améliorer l'efficacité. Par ailleurs, des films documentaires audio visuels ont été diffusés sur les chaînes de télévision publiques et privées. Des panneaux géants ont été mis en place sur le littoral ciblant la population générale et les populations mobiles. En 2009, 12 radios de proximité en partenariat avec le PMLS 2 ont réalisé environ 288 émissions aussi bien en français qu'en langues nationales.

Le projet Amour et Vie de PSI/ONG, a organisé des émissions radiophoniques interactives sur 13 radios privées ou communautaires pour les jeunes et par les jeunes. Il en est de même pour le magazine Amour et Vie, un design jeune qui répond au besoin en information des jeunes en matière de santé sexuelle. Pour la période considérée (2008 et 2009), 219 comités sont installés dans les collèges, 194 émissions radio ont été réalisées et 180.000 exemplaires de magazines ont été distribués.

Enfin, l'ONG CERADIS en partenariat avec le PNLS et la Fondation MTN, a mis en place une ligne téléphonique jaune destinée à recevoir des appels gratuits pour informer la population sur les IST et le sida.

D'autres initiatives qui méritent d'être mises en relief sont :

- la relance des activités de la radio ADO-FM pour les jeunes animées par eux-mêmes (ADO-FM) avec l'appui de l'UNFPA depuis 2008;
- la réalisation d'émissions radiophoniques et la production de magazines sur la sexualité des jeunes scolarisés (Amour et Vie) ;
- l'affichage de panneaux géants ciblant surtout les populations mobiles ;
- Les autres radios et les télévisions continuent à être utilisés comme canaux de communication dans les grandes villes en raison du niveau plus élevé de la prévalence en milieu urbain.

• **Marketing Social et Promotion de l'utilisation des préservatifs**

Il n'existe pas encore au niveau national un document de politique en matière de marketing social du préservatif. Néanmoins, il existe des documents d'orientation des activités de marketing social du préservatif. En effet, depuis son installation au Bénin en 1999, PSI a entrepris des activités de marketing social du préservatif en se servant de ses "Plans Marketing" annuels inspirés des résultats d'étude comportementale sur les cibles. Il en est de même de tous les autres acteurs qui font recours aux documents d'orientation à échelle réduite selon leurs cibles. Cette méthode d'orientation des activités a été renforcée dès septembre 2008 grâce à l'élaboration par le CNLS du document de "Formation des formateurs sur le marketing social pour la lutte contre les IST et le VIH/SIDA" à usage des acteurs au plan national. Les leçons tirées de l'utilisation de ces différents outils fourniront des éléments devant servir plus tard à l'élaboration d'une véritable politique du marketing social du préservatif au Bénin.

Au Bénin, les activités relatives au marketing social du préservatif sont essentiellement initiées et mises en œuvre par quatre principaux acteurs: PSI, Corridor, ABPF et UNFPA. Ces actions couvrent l'ensemble du territoire national avec la collaboration de 38 ONGs locales dont 12 pour

l'UNFPA et 26 pour le Projet Impact. Ces interventions sont appuyées par des radios de proximité et les autorités locales ainsi que d'autres personnes influentes de la communauté (les leaders religieux, les professionnels de la santé, les parlementaires ...). L'ensemble de ces acteurs assure la disponibilité et la distribution d'environ 12 904 178 préservatifs masculins en 2008 sur l'ensemble du territoire national. La promotion des préservatifs féminins a commencé au Bénin grâce à l'appui du Fonds Mondial et de l'UNFPA depuis 2006 et a surtout été en direction des groupes spécifiques, notamment les Travailleuses du Sexe. Dans cette optique, le PMLS 2 a lancé en 2008, le processus d'acquisition de 600 000 préservatifs féminins pour le marketing social. La diffusion des préservatifs au sein des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM) n'est pas encore une réalité en raison de la non disponibilité de données statistiques fiables sur ce groupe cible et l'absence d'intervenants spécialisés pour une prévention efficace.

- **Prévention de la transmission du VIH par voie sanguine**

La sécurité transfusionnelle est assurée dans toutes les structures qui s'occupent du prélèvement, de la préparation, de la qualification et de la distribution des produits sanguins labiles (Services Départementaux de Transfusion Sanguine, Postes de Transfusion Sanguine, les banques de sang). Elles sont au nombre de 39 en 2009. Dans la politique nationale de qualification des poches de sang, les marqueurs sérologiques recherchés sont ceux relatifs au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C. Au cours de l'année 2008, 56 779 donneurs ont été reçus dans toutes les structures. Le nombre de poches de sang prélevés s'élève respectivement à 50 953 pour 2008 et 66 484 en 2009. Le taux de séropositivité des poches de sang est de 1,18% en 2008 et de 1,14 en 2009. Tout donneur dont le sang est testé positif au VIH est écarté de la cohorte et orienté vers les sites de PEC et le sang prélevé chez ce dernier est détruit. Les poches de sang ne sont servies et transfusées qu'après qualification complète, c'est-à-dire après que les différents tests recommandés aient été effectués. La proportion des poches de sang soumis à un test de qualité du VIH est estimée à 98,7% en 2009.

Tableau 11 : Taux de séropositivité à partir des poches de sang de 2001 à 2009

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de poches de sang testé	43993	50454	54116	62949	57380	48667	56 532	50 953	66 484
Taux de positivité à VIH (%)	1,5	1,2	1,8	1,7	1,3	1,5	1,04	1,18	1,14

Source : Rapports de monitoring du PNLIS, éditions 2009 PNLIS

- **Prise en charge des IST**

La prise en charge des IST concerne les sous populations qui sont les Groupes à Haut Risque (les travailleuses du sexe et leurs compagnons, les clients des TS et les routiers) et la population générale. Au Bénin, les centres qui assurent le suivi des Groupes à Haut Risque (GHR) sont dénommés Services Adaptés (SA) et sont installés dans tous les départements avec une concentration dans les grandes villes, les communes et arrondissements abritant

plusieurs « points chauds » comme Cotonou, Porto-Novo, Sèmè-kpodji, Bohicon, Malanville, Kandi, Parakou, Hillacondji, etc.

La prise en charge des IST pour la population générale est assurée dans le cadre du paquet minimum de service des soins curatifs des structures de santé publique, privées et confessionnelles. Le Bénin dispose depuis 2004 d'un document normatif en matière de prise en charge des IST et les algorithmes ont été révisés en 2009.

Le PNLS, pour favoriser l'accès à la prise en charge des IST sur toute l'étendue du territoire national, a procédé à l'extension des Services Adaptés (SA) passant de 36 en 2007 à 39 en 2009. Des supervisions régulières sont organisées dans les départements pour améliorer la performance des agents de santé et la disponibilité des médicaments pour une prise en charge adéquate des IST. Le nombre de nouvelles TS enregistrées au cours des deux dernières années est de 885 pour 2008 et 828 pour 2009. L'une des principales activités en direction des TS au niveau des SA est le suivi médical qui se matérialise par la visite mensuelle systématique. Le nombre de visites médicales mensuelles de TS réalisées s'élève à 3 141 au cours de l'année 2008 et 3 243 en 2009.

Le nombre total de cas d'IST diagnostiqués et pris en charge en 2008 est de 7 959 dont 2 733 cas enregistrés chez les groupes à haut risque et 5 226 chez les autres clients. En 2009, le nombre de cas diagnostiqués et pris en charge est de 8308 cas dont 2694 chez les groupes à haut risque grâce à l'effet induit par les différentes interventions auprès des groupes cibles (enquêtes ESDG, rapport d'activités des ONG) entreprises depuis le 4^e trimestre 2008.

Le suivi des GHR notamment les TS est l'une des priorités nationales. Ainsi, tous les 04 ans, le PNLS actualise la cartographie des TS en vue de mieux planifier les interventions en direction de cette cible. Cette étude réalisée en 2008 a consisté au recensement des sites de prostitution et points chauds puis des TS affichées, clandestines et leurs clients. Au total, 2901 sites de prostitution ou points chauds ont été recensés dans l'ensemble des départements du Bénin. Le département du Littoral (Cotonou) comptait à lui seul 781 sites de prostitution, soit 26,92%. Cette opération a permis de recenser au total **13 612 TS et 25 758 clients de TS**.

- **Prévention de la Transmission Mère- Enfant du VIH**

La PTME a démarré au Bénin en 2001 avec l'appui de l'OMS, l'UNICEF et la Coopération française. D'autres partenaires ont assuré la relève dans les départements comme dans le Couffo avec Plan Bénin et à Parakou avec Glaxo-Smithkline. Elle est l'une des priorités du Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2007-2011 et 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 l'infection des mères infectées à leurs enfants et les soins, le traitement et soutien aux femmes vivant avec le VIH, leurs enfants et leur famille. La PTME se base sur les différents documents normatifs suivants dont dispose le pays: le document de Politique, Normes et Procédures de la PTME, la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour la période 2006-2015, la stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH et le guide national de prise en charge nutritionnelle des PVVIH. A partir de 2006, le Bénin a commencé par introduire l'utilisation des combinaisons prophylactiques plus efficaces en remplacement progressif de la Dose Unique de Névirapine.

Le nombre de sites offrant le service de la PTME est passé de 204 en 2007 à 364 en 2009 sur les 611 maternités que comptent le pays (y compris les maternités des 6 CHD et celle du

CNHU). Dans ces maternités répartis dans les 34 Zones Sanitaires, 127 764 femmes enceintes ont bénéficié de conseil et de dépistage en 2008 et 171 532 en 2009, soit respectivement 61,48% et 74,3% des gestantes reçues en consultation prénatale. Le tableau suivant montre le taux de séropositivité, le nombre total de gestantes séropositives mises sous protocole PTME et les proportions relatives de mono monophylaxie et de triphylaxie en 2008 et en 2009. Le nombre de nouvelles admissions en CPN concernent seulement les 364 sites PTME.

Une étude commanditée par l'ONUSIDA en 2009 sur les bonnes pratiques de la PTME au Bénin a permis de constater que même si des efforts importants ont été réalisés, certaines pratiques telles que l'insuffisance du suivi de la mise en œuvre des activités de la PTME et la démotivation de certains prestataires, continuent d'entraver la bonne marche des activités de la PTME au Bénin.

Tableau 12 : Quelques Indicateurs de la PTME en 2008 et 2009

	Grossesses attendues	Nouvelles CPN	Dépistées en CPN	Dépistées séropositives	Taux de séropositivité	Protocole PTME	% de monopro/ phylaxie	% de triphylaxie/trithérapie
2008	402 988	207 814	127 764	2 737	2,1%	1 447	69,3%	30,7%
2009	415 077	230 852	171 532	3 000	1,7%	1 703	67,8%	32,2%

Pour la première fois en 2008, le Bénin a réalisé une étude visant à évaluer la PTME dans le pays. Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique qui a inclus 610 enfants nés de mères séropositives au VIH et 588 femmes séropositives ayant accouché durant la période allant du 1^{er} juillet 2006 au 31 décembre 2007, dans 25% des maternités appliquant les protocoles de PTME au Bénin. L'objectif principal de l'étude est de faire le bilan de la prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant, huit ans après sa mise en œuvre.

Plus du 1/4 d'entre elles (26% ; n=576) n'a pas partagé le résultat de leur séropositivité VIH avec leur conjoint. La majorité des femmes de l'étude (58,7%) a bénéficié d'une monophylaxie à la névirapine contre 23,5% de triphylaxie ARV, 7,8% de trithérapie ARV et 10% d'absence d'application de protocole. Plus des 2/3 des femmes ont opté pour un allaitement exclusif de leur enfant (70,1 % ; n=576).

La prévalence du VIH chez les enfants nés de mères séropositives varie significativement selon que la mère ait suivi un protocole de prévention ou non et selon le type de protocole ($p < 0.001$). Ainsi, la prévalence est 3 fois moins élevée chez les enfants dont les mères ont accouché sous triphylaxie/trithérapie que ceux dont les mères ont reçu la monophylaxie à la névirapine. Il existe une différence statistiquement significative entre ces deux prévalences. Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le groupe des gestantes séropositives recevant la monothérapie à la névirapine est de 6,2% ; il est par contre de 2,1% dans le groupe des gestantes séropositives ayant bénéficié de la triphylaxie/trithérapie. Le taux de transmission résiduel du VIH de mère à l'enfant au plan national est estimé 13,9%.

Avec les données générées par SPECTRUM, la proportion de nourrissons-nés de mères séropositives qui sont infectées par le VIH est 20,2%.

Les résultats de cette étude montrent une bonne efficacité des différents protocoles de PTME utilisés au Bénin. Toutefois des efforts restent à fournir pour améliorer la proportion de femmes partageant leur séropositivité au VIH avec leurs conjoints et l'adhésion des femmes aux protocoles de PTME, puisque 10% d'entre elles, n'ont bénéficié d'aucun protocole.

Dans le cadre de l'extension de la trithérapie/triprophyllaxie, l'année 2009 a été marquée par le démarrage d'une remise à niveau généralisée des agents socio-sanitaires dans toutes les zones sanitaires du pays.

- **Conseil et Dépistage du VIH**

Le Conseil Dépistage constitue une importante activité, car la connaissance du statut sérologique est au carrefour de la prévention et de la prise en charge. C'est pourquoi le Bénin poursuit sa politique d'extension des sites de dépistage à travers tout le territoire national qui passe de 28 sites fonctionnels en 2006 à 126 sites fonctionnels en 2009 (non compris les sites PTME). Ces sites sont animés par environ 394 prestataires formés. Le dépistage du VIH s'organise sur la base du document sur les normes et directives en matière de Conseil Dépistage Volontaire (CDV) élaboré en 2007 et validé en 2008.

Les activités de dépistage se font soit en stratégie fixe, au niveau des sites qui peuvent être spécifiques pour le dépistage, ou des sites de prise en charge des PVVIH, soit en stratégie avancée lors des campagnes de dépistage mobiles organisées chaque année dans tous les départements du Bénin.

Tableau 13 : Évolution du nombre de personnes dépistées de 2002 à 2009

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
24132	34185	64068	82848*	56083	127 851	184 655	109 450

Source : Suivi Evaluation PNLS Annuaire statistique 2008

Au cours de l'année 2008, 199 582 personnes ont bénéficié du counseling pour le dépistage. Le nombre de personnes dépistées volontairement pendant l'année est de 184 655, il est en nette progression par rapport à 2007 (184 655 en 2008 contre 127 851 en 2007). Le taux d'acceptation de 92,52% obtenu est équivalent à celui observé en 2009.

Le taux de retrait des résultats est de 94,8% en 2008 et 94,3% en 2009. Ce fort taux de retrait des résultats est lié à l'utilisation des tests rapides lors des campagnes de dépistage en stratégie avancée. Le taux de séropositivité est de 2,84% en 2008 et 4,5% en 2009. Cette différence s'explique par une proportion plus élevée du dépistage en stratégie fixe en 2009 comparativement à 2008, ce qui peut introduire un biais de sélection et réduire l'effet du hasard.

Les activités des Services Adaptés s'étendent également au dépistage des Groupes à Haut Risque, notamment les TS. Ainsi, 656 TS ont été dépistées en 2008 et 1013 en 2009 avec un taux de retrait respectivement de 98% et 94,7%. Le taux de séropositivité est de 31,8% en 2008 et 24,6% en 2009.

En dépit des résultats obtenus, des obstacles restent à lever pour améliorer l'accès des populations au dépistage. Il s'agit essentiellement des ruptures fréquentes en réactifs et consommables sur les sites de dépistage et de la stigmatisation/discrimination liées à l'infection à VIH.

3.4.2. Soins et traitement

- **Traitement par les ARV**

L'Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux (IBA-ARV) commencée en 2002 avec trois sites à Cotonou progresse. Ceci se matérialise par l'évolution du nombre de sites de prise en charge par les ARV qui est passé de 47 en 2007 à 68 en 2009.

La mise en œuvre de la stratégie de l'accès universel aux soins et traitement s'est matérialisée par une décision d'offre gratuite de service portant sur un paquet minimum incluant l'accès aux médicaments antirétroviraux. Le nombre cumulé de personnes vivant avec le VIH prises en charge par les ARV est passé de 9 765 en 2007 à 15 401 en 2009. La prise en charge des PVVIH est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon des critères cliniques et biologiques bien définis.

En 2008, 3 727 personnes ont été nouvellement mises sous ARV dont 3 472 adultes et 255 enfants. Le nombre de personnes nouvellement mis sous ARV en 2009 est de 4475 parmi lesquelles on dénombre 4 161 adultes et 314 enfants.

Tableau 14 : Répartition des PVVIH mis sous ARV de 2000 à 2009.

Paramètres	Années									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Adultes sous ARV	200	200	200	500	2300	4283	9274	9345	11308	15 087
Enfant sous ARV				50	150	250	350	420	770	1084

Source : Rapports de monitoring 2008 et 2009, PNLS

En 2008, le PNLS a mené une étude sur la survie des PVVIH mises sous ARV sur toute l'étendue du territoire national sur une période d'un an. Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective réalisée à partir de l'analyse de survie type Kaplan Meier sur tous les patients mis sous ARV du 1^e juillet 2006 au 30 juin 2007 recrutés dans 47 sites de prise en charge des PVVIH. Le principal évènement est le décès et secondairement la recherche des perdus de vue. Ainsi, à partir de ces informations, la probabilité de survie a été exprimée pour chaque période de suivi des patients PVVIH. L'étude a porté sur 1 360 PVVIH dont le cinquième a un âge compris entre 25 et 30 ans (19,0%) et 84,1% sont observants. **Elle a montré que 89,8% des patients suivis sous traitement ARV sont toujours en vie après un an.** Elle a aussi montré qu'en fonction du rythme de suivi des malades, quatre décès sur dix (39,9%) ont été enregistrés un mois après l'initiation, moins du tiers au 4^{ème} mois (30,7%). Au-delà du 4^{ème} mois de suivi, le nombre de malades qui meurt se réduit de mois en mois sans une différence statistiquement significative ($p > 0,05$).

La répartition des différents sites d'offre de services pour le VIH et le Sida se présente comme suit :

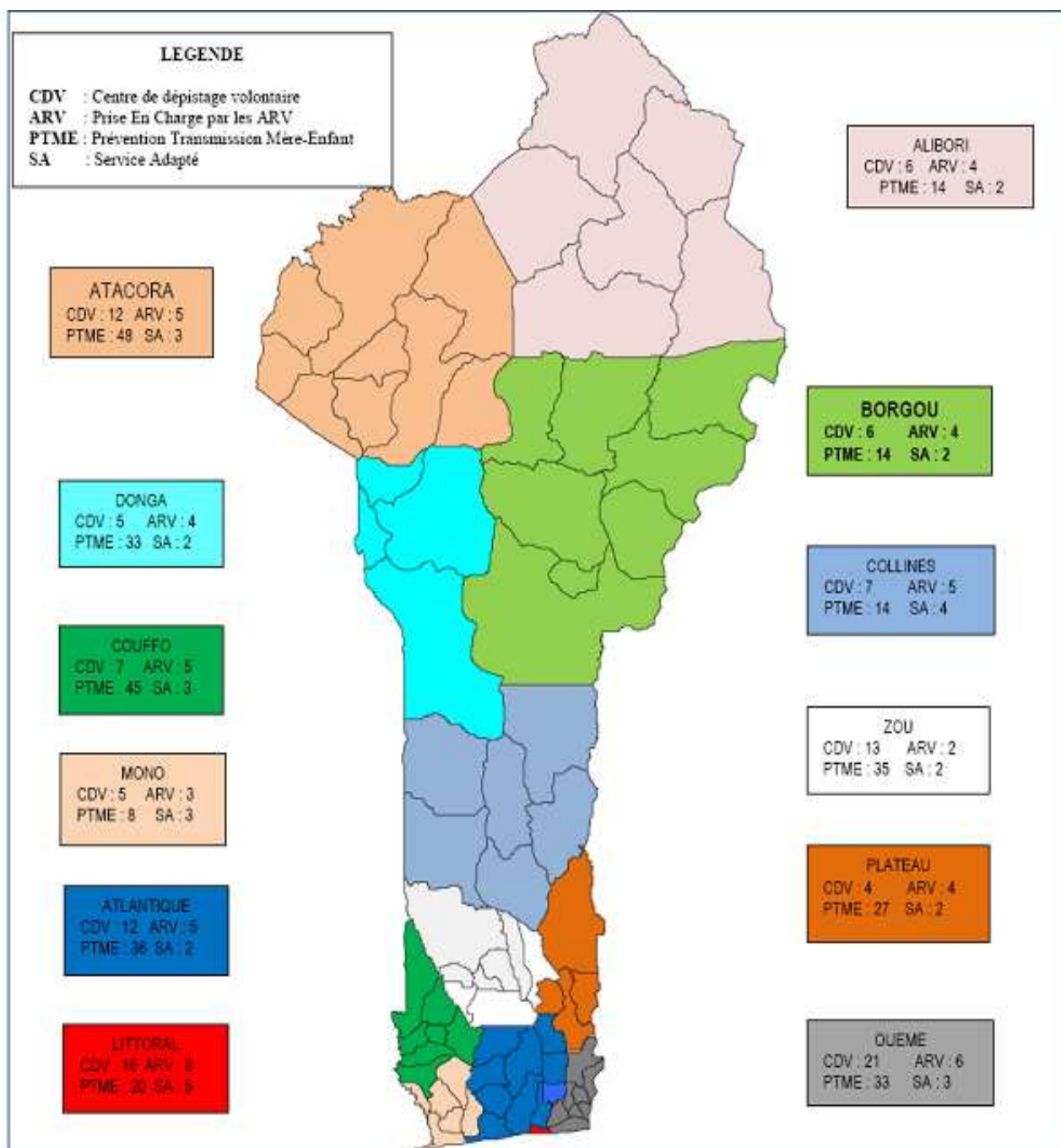


Figure 5 : Répartition des sites de dépistage, de PTME, de PEC / ARV et des services adaptés au Bénin en 2009

- **Prise en charge des Infections Opportunistes, prise en charge psychosociale et nutritionnelle**

La prophylaxie et le traitement des Infections Opportunistes (IO) se réalisent sur les sites de PEC des PVVIH. Environ 350 agents de santé (médecins et para médicaux) ont suivi une formation dans le domaine de la prévention des IO. Avec l'appui de l'OMS, des modules PCIMAA ont été développés et sont prêts à l'utilisation pour le renforcement des capacités des agents socio sanitaires et communautaires en prise en charge des IO. En 2008, au total 6 748

adultes et 972 enfants ont présenté des IO au cours de l'année contre 7 659 adultes et 1 046 enfants en 2007. Concernant le traitement, le nombre d'adultes et d'enfants traités pour les IO est respectivement de 6 688 et 972. En 2009, 7 104 adultes et 697 enfants ont été mis sous traitement préventif pour IO. Le nombre de personnes chez qui une IO a été diagnostiquée est de 9 022 dont 7 837 adultes et 1 185 enfants ; parmi eux 8 983 ont été traités dont 7 807 adultes et 1 176 enfants.

Le volet psychosocial est surtout assuré par les acteurs de la société civile. Ces acteurs font partie des ONG et des associations des personnes vivant avec le VIH. Au niveau des sites de PEC et des maternités, il s'agit surtout des médiateurs et des médiatrices qui appuient le personnel de santé pour les activités suivantes: consultation d'observance, visite à domicile, recherche des perdus de vue, conseil hygiéno-diététique et nutritionnel. En 2008-2009, il existe au total 85 médiateurs intervenant sur les sites de PEC des PVVIH, 100 médiatrices au niveau des maternités des départements de l'Atlantique, du Littoral, de l'Ouémé, du Mono, du Couffo, du Zou et du Borgou. Il existe très peu de psychologues intervenant dans la PEC psychologique des PVVIH (quatre intervenants seulement sur les sites du CNHU, de l'HIA et de la clinique Louis Pasteur). De plus, la surcharge de travail du personnel paramédical ne favorise pas leur intervention dans ce domaine. Les médiateurs sont utilisés pour pallier à ce déficit en personnel. Ils ont été formés dans divers domaines tels que la nutrition, la PTME, l'éducation thérapeutique et la prise en charge psychosociale. Au cours des deux années, 4 667 personnes ont bénéficié d'un appui psychosocial comprenant des visites à domicile, le soutien spirituel, le soutien scolaire et soutien pour apprentissage avec l'appui du PMLS 2.

La prise en charge nutritionnelle est réalisée par des infirmiers, sages-femmes et les médiateurs formés sur la plupart des sites de PEC des PVVIH. Leurs activités consistent à l'éducation nutritionnelle et la démonstration culinaire. En ce qui concerne le renforcement de capacités, 152 prestataires toutes catégories confondues sont formés de 2007 à 2008 dont 52 médecins. Au niveau communautaire, 194 membres d'associations des PVVIH interviennent aussi dans la PEC nutritionnelle des PVVIH à travers l'éducation nutritionnelle et le conseil des pairs. Actuellement, le PAM appuie 27 sites de PEC en apport de vivres. La gestion logistique de cette intervention est confiée aux agents de santé formés à cet effet et provenant de catégories diverses (infirmiers, assistants sociaux et aides soignants). En 2008 et 2009, 1934 PVVIH adultes et enfants ont reçu un appui nutritionnel (apport de vivres) sur financement du PMLS 2 dans le cadre de la mise en œuvre de sous-projets exécutés par des ONG. Aussi, Plan Bénin a apporté un appui nutritionnel dans le département du Couffo en 2008 et 2009 à 722 PVVIH.

- **Prise en charge des co-infectés TB/VIH**

Depuis 1990, la surveillance de la co-infection TB/VIH se faisait au CNHPP auquel s'est ajouté le CPP Akron de Porto-Novo en 2000. A partir de 2006, la surveillance de la co-infection est étendue à tous les centres de dépistage et de traitement de la tuberculose du Bénin (CDT) qui sont au nombre de 51 dont 20 mettent les malades co-infectés TB/VIH sous thérapie antirétrovirale.

Le nombre de CDT est passé à 57 en 2009. Selon la politique de prise en charge de la co-infection mise en œuvre conjointement par le PNLS et le PNT, le dépistage est systématiquement proposé à tout malade tuberculeux. Une fois qu'un patient tuberculeux est dépisté positif au VIH, il est mis sous CTM pour la prévention des Infections Opportunistes et sous ARV s'il répond aux critères d'éligibilité immunologique.

En 2008, sur les 3 977 tuberculeux enregistrés, 3 802 ont été dépistés pour le VIH (taux d'acceptation soit de 96%) et 644 tests se sont révélés positifs, soit un taux de séropositivité de 16,9%. Le nombre de patients tuberculeux toutes formes confondues dépistés en 2009 est de 3 902. Sur ce nombre, 3 845 ont été dépistés en 2009 dont 629 cas positifs au VIH ce qui donne un taux de séropositivité chez les tuberculeux de 16,4%. Le taux d'acceptation (98,5%) est le même qu'en 2008. Depuis 2006, le taux de séroprévalence au sein des tuberculeux se situe en moyenne autour de 16% avec une fluctuation de 1%.

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

Pour ce qui concerne le milieu carcéral, l'enregistrement des données sur la co-infection TB/VIH n'est pas systématique au niveau national. Cependant, une étude rétrospective sur la co-infection commanditée par le Programme National de Tuberculose, menée sur les sites de traitement de la tuberculose à Akron et au CNHPP sur les détenus atteints de tuberculose, dépistés et traités au cours de la période de 2006 à 2008 dans ces deux centres montre un total de 21 cas de tuberculose avec une séroprévalence au VIH de 27%. Le taux de décès enregistré est de 18% et le taux d'échec au traitement est de 9%.

Par ailleurs, depuis novembre 2009 le SP/CNLS en collaboration avec le PNT et le PNLIS ont mis en place un projet VIH/TB en milieu carcéral grâce à l'appui technique et financier du bureau régional de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, et de l'ONUSIDA. Il résulte d'une étude récente menée dans ce cadre, que:

- le dépistage de la tuberculose dans les prisons se réalise pour tout détenu suspect. En ce qui concerne le VIH, le dépistage dans les prisons n'est pas structuré.
- La confidentialité liée au VIH en milieu carcéral n'est pas limitée au cercle restreint du patient et de l'agent de santé. Les besoins parfois fréquents d'autorisation de sorties pour conduire les séropositifs au VIH sur les sites de prise en charge pour diverses raisons de santé conduisent à élargir ce cercle au personnel de sécurité ;
- Les médicaments de traitement de la tuberculose sont disponibles et gratuits pour le traitement de tous les cas et ne sont jamais confrontés à une rupture de stock. Quant au VIH, malgré la gratuité des ARV, les détenus détectés séropositifs au cours de la période de leur incarcération ne se pressent pas toujours pour se rendre sur les sites de prise en charge.

- **Promotion de la médecine traditionnelle**

En 2008, le Programme National de Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) a formé en 2008 et en 2009 respectivement 502 et 398 praticiens de la médecine traditionnelle sur la prévention, le diagnostic du VIH/SIDA et la prise en charge psychosociale des PVVIH. Cette formation avait pour objectifs de :

- renforcer les connaissances des PMT sur les IST et le VIH/SIDA, notamment par rapport aux modes de transmission, au diagnostic, à la prévention et à la prise en charge psychosociale des PVVIH ;
- inventorier les pratiques jugées efficaces en matière de prise en charge des IST/VIH/SIDA ;

- définir les bases d'une collaboration efficace avec les praticiens de la médecine moderne.

Par ailleurs, 654 responsables de couvents traditionnels ont été formés sur la prévention, le diagnostic du VIH et la prise en charge psychosociale du VIH avec le soutien financier du PMLS 2 dans 10 zones sanitaires.

Chaque session de formation a débouché sur un plan d'action prenant en compte l'identification et le recensement des plantes médicinales entrant dans la prise en charge du sida et la création de jardins de plantes médicinales.

La formation des PMT a été renforcée par l'organisation de réunions périodiques de concertation, destinées à harmoniser les points de vue sur les connaissances et pratiques en matière de déontologie et d'exercice de la médecine traditionnelle. En 2008, au total quatre (4) réunions de concertation entre praticiens de la médecine traditionnelle et professionnels de la médecine moderne ont été organisées. En 2009, trois réunions ont été organisées et ont regroupé 98 praticiens des deux catégories de médecine.

Avec l'appui du Projet Multisectoriel de Lutte contre le SIDA 2 (PMLS II) VIH/SIDA), le PNPMT a assuré la formation de 56 médecins coordonnateurs de zone sanitaire sur les systèmes d'éducation et de transmission du savoir en médecine traditionnelle au Bénin. Cette option est indispensable pour l'examen des possibilités offertes par la médecine traditionnelle dans la mise en œuvre des stratégies nationales visant à lutter contre l'infection à VIH.

L'année 2008 a été marquée par le renforcement des activités de recherche sur les produits et pratiques traditionnels utilisés pour la prise en charge des PVVIH (Evaluation des remèdes utilisés en Médecine Traditionnelle pour la prise en charge du VIH/SIDA au Bénin).

Le PNPMT, en collaboration avec le PNLIS et la Direction de la Recherche en Santé (DRS) avec l'appui financier du Fonds Mondial, a mis en place des études cliniques pour évaluer l'efficacité et la tolérance des recettes traditionnelles dans la prise en charge des PVVIH. Au terme du projet, une douzaine de praticiens de la médecine traditionnelle et leurs produits seront sélectionnés et l'efficacité (clinique, virologique et immunologique) des produits sera évaluée, de même que leur tolérance (toxicité et métabolisme). Les praticiens de la médecine traditionnelle pourront ainsi bénéficier d'un appui pour la production des remèdes en raison de leur efficacité observée dans la prise en charge des PVVIH. Par ailleurs, en 2009, avec l'appui financier du PALS/BAD, un protocole a été élaboré de façon consensuelle pour établir des normes et procédures pour préciser les niveaux acceptables de compétence des différents acteurs dans la prise en charge des IST et du VIH/sida.

Dans le cadre du renforcement des capacités des praticiens de la médecine traditionnelle à faire le diagnostic du VIH/SIDA et assurer la prise en charge des maladies opportunistes et la prise en charge psychosociale des PVVIH, des séances de causeries par les praticiens de la médecine traditionnelle au profit de leurs pairs ont été organisées impliquant 1 556 praticiens de la médecine traditionnelle et portant sur la référence aux centres de santé dans tous les départements.

L'une des activités les plus importantes de l'année 2008 est la réalisation en collaboration avec le Centre Béninois de Recherche Scientifique et Technique (CBRST) et le PMLS 2 de l'inventaire de 304 plantes utilisées en Médecine Traditionnelle pour la prise en charge des IST et le sida, ce qui a contribué à la mise en place d'une monographie sur la flore du Bénin en matière de prise en charge des IST et du sida.

En 2009, le PNPMT, avec l'appui financier du PMLS 2, a élaboré un document sur les bonnes pratiques en matière de lutte contre le VIH/sida en médecine traditionnelle au Bénin. Il s'agit d'un catalogue qui a permis de documenter 12 bonnes pratiques de prise en charge des IST et du VIH dans le domaine de la médecine traditionnelle.

Pour encourager les praticiens de la médecine traditionnelle à donner, de façon réaliste, les recettes de plantes médicinales sur les IST et le sida, il a été défini, de commun accord, un contrat de confiance et un mécanisme de motivation. Il a été, par exemple, notifié aux praticiens de la médecine traditionnelle que la recette retenue portera le nom et les coordonnées de l'auteur et si possible sa photographie dans le document final.

3.4.3. Atténuation d'impact

Le cadre stratégique national de lutte contre le SIDA 2007-2011 a prévu au niveau de l'axe stratégique IV « Soutien aux personnes infectées et affectées et promotion du respect des droits humains » de réduire l'impact du VIH/SIDA sur les familles, les communautés et les secteurs socio-économiques, et d'accroître de 3% à 50%, la proportion d'OEV au sein des ménages bénéficiant d'au moins un soutien externe d'ici à 2011.

Depuis 2006, le Bénin s'est doté d'un document de Politique, Normes et Procédures de PEC psychosociale des PVVIH et des OEV.

En ce qui concerne les Activités Génératrices de Revenus, il n'existe pas dans le pays un cadre formel pouvant favoriser la mise en œuvre des interventions. Néanmoins, il existe quelques initiatives isolées. Certains partenaires se sont investis dans les activités génératrices de revenus ayant permis à des familles de réduire l'impact de la maladie. Des parents/tuteurs des OEV ont été formés pour bien exercer les activités génératrices de revenus afin d'assurer l'avenir des enfants. Par ailleurs, des formations sont données aux parents sur la rédaction des testaments afin d'assurer leur succession.

La gestion des interventions en direction des OEV est confiée à des secteurs autres que celui du système de santé. Dans le secteur public, il s'agit du Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale (MFSN). Outre le MFSN, plusieurs ONG, associations de PVVIH et autres structures s'investissent dans la gestion des OEV il s'agit de : Unicef-Bénin, Plan Bénin, PMLS II, BornFonden, GAS-France, PAM, Fonds mondial, BIT IPEC, Caritas Bénin, CRS-Bénin, Ambassade des USA, le consortium de trois ONG dénommée OBADE et BCAT.

Sur le plan quantitatif, les résultats atteints, montrent une couverture insuffisante des OEV dus au Sida rapportée aux données générées par Spectrum. Au plan qualitatif, la ventilation des données suivant les différents domaines d'intervention en direction des OEV sont consignée dans le tableau ci-dessous. La scolarisation, l'insertion socio professionnelle et les autres domaines tels que la PEC médicale, l'alimentation/nutrition, la PEC psychosociale/juridique sont faiblement couverts.

Tableau 15 : Différents appuis aux OEV en 2008 et en 2009

	Appui médical	Appui nutritionnel	Appui psychologique	Appui apprentissage	Appui scolaire	Touchés
Nombre d'OEV en 2008	931	11475	13963	1638	12892	15055
Nombre d'OEV en 2009	10298	14917	16755	1507	18442	19949

Le Réseau Béninois des Associations de PVVIH (ReBAP+) a bénéficié de l'appui financier et technique du PALS/BAD pour la mise en œuvre de son plan d'action. C'est ainsi que le projet a financé un voyage d'études et d'échanges d'expériences au Mali au profit des membres du réseau de même que l'organisation de l'Assemblée générale ordinaire du réseau.

3.4.4. Participation de la société civile

La collaboration avec les ONG remonte à l'année 1997 avec la mise en œuvre du Plan à Moyen Terme de 2^e génération qui consacre le début de la multisectorialité de la lutte contre le Sida. Ainsi, avec l'appui des partenaires, des animateurs et responsables d'ONG ont été formés sur des thématiques diverses dans le but d'appuyer la lutte. Des microprojets d'ONG ont été financés depuis lors tant dans le domaine de la prévention que de la prise en charge psychosociale et nutritionnelle du VIH. Plusieurs organisations de la société civile, associations et groupements communautaires y compris les structures confessionnelles sont organisées en réseau et contribuent à la riposte contre l'infection par le VIH. Certaines organisations disposent des centres de dépistage, de soins, de traitement et de soutien.

Il y a deux modalités de collaboration avec les ONG :

- **la contractualisation pour des paquets d'interventions spécifiques définies dans le plan d'action des structures contractantes** : En 2008, grâce à l'appui du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, 54 ONG ont été sélectionnées et appuyées financièrement et techniquement. Cet appui concerne l'encadrement des Travailleuses de Sexe, des routiers et autres assimilés (33 ONG) et pour la sensibilisation des jeunes déscolarisés et non scolarisés (21 ONG). Leurs interventions sur le terrain pendant quatre mois, a permis d'avoir des résultats suivants : 128 948 jeunes déscolarisés ont été sensibilisés sur les IST et le sida, 108 230 routiers et assimilés et 92 176 TS et assimilées ont reçu un encadrement. Une frange importante de la population générale (158 526) a été aussi exposée aux informations sur les IST et le sida. Dans le même ordre d'intervention, le PMLS 2 a financé sur la période 2008-2009, 12 ONG pour l'intermédiation sociale dans le but d'apporter un appui aux Organisations à Base Communautaire pour l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans d'action. De même, 17 autres ONG ont reçu un appui dans le cadre des activités de CCC en direction des TS.
- **le financement des initiatives des ONG** : Le PALS-BAD vient en appui à 14 associations de PVVIH dans les 6 communes ciblées par le projet pour l'exécution des sous-projets concernant les AGR, l'appui institutionnel et l'organisation de repas communautaires. Par ailleurs, le PMLS 2 finance 41 associations et réseaux d'association de PVVIH sur toute l'étendue du territoire national pour l'appui institutionnel et le développement des AGR.

La société civile est active dans les instances de coordination et de prise de décision des structures en charge de la lutte contre le Sida notamment le Comité National de lutte contre le sida. Le réseau des Associations Béninoises de jeunes engagés dans la lutte contre le SIDA (RABEJ/Sida) a participé à toutes les étapes de l'élaboration du document de politique nationale de riposte au VIH/SIDA chez les jeunes au Bénin en 2008. Le Réseau des Associations des Personnes Vivant avec le VIH (RéBAP+) est très actif à travers les médiateurs disponibles sur les sites de prise en charge et de PTME, la vulgarisation de la loi portant prévention et la prise en charge et contrôle du VIH. Dans ce même ordre d'idées, l'Association Béninoise du Droit de Développement (ABDD) avec l'appui de l'IDLO est très impliquée dans la mise en place de services juridiques pour les PVVIH au Bénin. Aussi le RéBAP+ est actuellement associé au processus d'évaluation technique du projet d'appui nutritionnel aux ménages affectés par le VIH au Bénin.

Il faut aussi souligner que la mobilisation des professionnels de la communication et des organisations des femmes s'est beaucoup intensifiée durant l'année 2009 notamment avec l'organisation par l'ONUSIDA, de deux ateliers d'appropriation des trois principes clés et des priorités de l'ONUSIDA. En ce qui concerne les organisations des femmes, outre l'appropriation des priorités de l'ONUSIDA, elles se sont appropriées le « plan opérationnel sur les femmes, les filles l'égalité du genre et le VIH/sida » récemment lancé par l'ONUSIDA à New-York.

La société civile s'est mobilisée pour assurer le succès des éditions 2008 et 2009 de la JMS dont le thème en 2009 était: «Accès universel et droits de l'homme».

Enfin, la société civile vient de participer en 2009 aux côtés des partenaires et acteurs de la lutte à toutes les étapes du processus de développement du plan d'appui technique pour l'accélération et l'amélioration de la réponse nationale. Ce plan d'appui technique a pris en compte les besoins de tous les acteurs de la lutte aussi bien du secteur public, privé que de la société civile.

3.4.5. Droits de la personne

L'environnement juridique du VIH est défini par les instruments internationaux de protection des droits de la personne ratifiés par le Bénin. Parmi ceux-ci, on peut citer:

- la Déclaration universelle des droits de l'homme
- les Conventions de l'Organisation Internationale du Travail
- la Charte Africaine des droits de l'homme et des Peuples
- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
- la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

L'environnement juridique au plan national est surtout dominé par les textes nationaux suivants :

- La loi N° 2005-31 du 10 Avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin qui prévoit des dispositions protégeant les personnes infectées et affectées surtout en ce qui concerne :
 - Droit à l'information et au traitement
 - Ethique médicale
 - Droit à la vie
 - Milieu de travail
 - Assurance-maladie

- La loi N°2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et de la reproduction reconnaît entre autres, les droits des personnes atteintes par les IST et le VIH/Sida à jouir de tous leurs droits civils, politiques et sociaux et de leurs droits de bénéficier d'une assistance particulière, de soins de base et de traitements ainsi que d'une garantie de confidentialité dans leurs rapports avec le personnel socio-sanitaire. Cette loi reconnaît également aux femmes mariées, l'accès aux services de prévention en matière de santé sexuelle sans l'autorisation de leur mari.
- La loi N°2003-03 du 03 mars 2003 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines. Cette loi est une avancée dans le domaine de lutte contre les violences faites à l'égard des mineurs et jeunes filles, sources de plusieurs cas d'infection par le VIH.
- La loi N°2002-07 portant Code des personnes et de la famille en République du Bénin.
- La Déclaration Nationale Tripartite de la lutte contre le VIH/Sida en milieu de travail (2005) : cette Déclaration prend en compte tous les employeurs, les travailleurs et les demandeurs d'emplois, qu'ils soient du secteur public ou du secteur privé, de l'économie formelle ou informelle aussi bien du monde urbain que du monde rural. Elle vise les objectifs suivants :
 - réduire la séroprévalence du VIH/Sida en milieu de travail et par voie de conséquence, dans la population générale ;
 - protéger les travailleurs contre toute discrimination en rapport avec leur statut sérologique réel ou supposé ;
 - assurer une meilleure prise en charge thérapeutique et psycho-sociale aux salariés travailleurs séropositifs ou qui sont affectés de toute autre manière par le VIH/Sida ;
 - maîtriser l'impact du VIH/Sida sur la productivité des entreprises et le développement socio-économique de la Nation.
- Le décret 2002-273 du 18 Juin 2002, portant attributions, organisation et fonctionnement du CNLS et de ses démembrements.
- L'Arrêté interministériel 2003-11 du 2 Avril 2003, portant attributions, organisation et fonctionnement du Secrétariat Permanent du CNLS.
- Les Arrêtés ministériels de création des unités focales de lutte contre le VIH/SIDA.
- Au niveau des démembrements, les Arrêtés des Préfets, des Maires.

Malgré ces avancées, l'amélioration de l'environnement juridique de la réponse au VIH/sida demeure encore un énorme défi au Bénin. En effet, un certain nombre de facteurs continuent d'être mentionnés comme handicaps majeurs au développement de la réponse juridique.

Au premier rang, se trouve le problème de la (faible) vulgarisation de la loi 2005-31 du 10 Avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida au Bénin sur l'ensemble du territoire national. Par ailleurs, certaines dispositions (articles de cette loi), mériteraient d'être mises à jour conformément aux recommandations de l'ONUSIDA en collaboration avec le Réseau Canadien des Droits Humains et VIH. Une autre difficulté est d'enregistrer des recours qualifiables en ce sens que, jusque là, il reste difficile d'établir des faits de discrimination ou de stigmatisation au vu de la loi. On a également pu constater que l'accès à la justice au Bénin est un problème non seulement pour les PVVIH, mais aussi pour la classe moyenne en général, car il s'agit d'un processus à la fois long et coûteux. Le réseau des PVVIH, RéBAP+, a fait remarquer que certains avocats demandaient des honoraires excessivement élevés et n'étaient

pas toujours intéressés à défendre la cause des PVVIH. Comme conséquences, les PVVIH victimes de plus en plus de pratiques discriminatoires sont condamnés au silence.

Il a été en outre évoqué le fait que le décret portant création du fonds de financement des actions en vue de la vulgarisation et l'applicabilité de la loi n'est jusque là pas pris par le gouvernement.

Compte tenu des insuffisances qui ont été remarquées, le Bureau ONUSIDA pays a engagé depuis 2009 un processus de relecture pour une révision à terme de la loi au regard des directives internationales sur les droits relatifs à la protection des personnes infectées et affectées par le VIH.

La « Déclaration Nationale Tripartite de lutte contre le Sida en milieu du travail » tout comme la loi sur le VIH n'a pas bénéficié d'une large diffusion au sein des entreprises au Bénin. Toutefois, il faut noter des avancées. Quelques initiatives de sensibilisation ont été prises par le BIT et certaines organisations de la société civile afin de promouvoir la lutte contre stigmatisation et la discrimination et autres injustices associées au VIH au niveau des centres de santé, en milieu de travail et dans les sphères familiales ou communautaires. Aujourd'hui, 10 grandes entreprises et 13 groupements de l'économie informelle sont dotés d'une politique de lutte sur leur lieu de travail.

Afin de contribuer à combler le déficit en service juridique aux personnes vivant avec le VIH et autres personnes vulnérables, l'Association Béninoise de Droit de Développement (ABDD) a réalisé, au courant du deuxième semestre 2009 avec l'appui de l'Organisation Internationale du Droit de Développement (IDLO) et de l'ONUSIDA une étude d'évaluation des besoins en services juridiques. Cette étude a révélé l'inexistence de services d'appui juridique favorables à la réduction de la discrimination et de la stigmatisation vis-à-vis des personnes infectées et affectées par le VIH. Grâce à un financement de l'IDLO, un projet pilote de promotion de services juridiques aux PVVIH et autres personnes vulnérables va être mis en place dès le début du mois d'avril 2010. Ces services juridiques couvriront entre autre les services suivants :

- l'information juridique afin de fournir des renseignements sur les instruments juridiques de protection disponibles dans le pays et auprès des partenaires, les systèmes juridiques, les procédures et les coûts de procédures ;
- l'assistance-conseil, qui consiste en l'appui d'un expert (avocat, juriste...) dans la saisine et le déroulement de la procédure ;
- la médiation dans le contexte familial et professionnel afin de concilier les parties en vue d'éviter la cassure sociale, les procès coûteux et longs.

4. MEILLEURES PRATIQUES

4.1. EXPÉRIENCE DE RÉINTÉGRATION SOCIALE DE PVVIH EXCLUES DE L'EMPLOI

Introduction

L'infection par le VIH entraîne ou aggrave la pauvreté, notamment en réduisant l'accès au travail aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH). En effet, sur 10 PVVIH, 9 sont en âge de travailler et le plus souvent désirent ardemment continuer de le faire tant qu'elles en ont encore la force. L'économie informelle occupe environ 80% des actifs, contre 9% pour le secteur étatique et 11% pour le secteur privé formel.

Des études font état d'une discrimination fondée sur le statut sérologique au VIH en milieu de travail, particulièrement dans l'économie informelle, ce qui complique l'accès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) aux activités génératrices de revenus.

Certes, la loi 2005-31 du 10 avril 2006 protège les demandeurs d'emploi et les travailleurs déjà en activité porteurs du VIH, contre la discrimination à l'embauche ou le licenciement du seul fait de la séropositivité au VIH. Mais si l'application de cette loi peut paraître relativement aisée dans l'administration publique et dans l'économie privée formelle, on perçoit mal comment elle peut protéger les milliers d'hommes et de femmes déjà exclus du système de protection sociale du seul fait qu'ils évoluent dans l'économie informelle, et qu'en plus ils sont porteurs du VIH.

Au nombre des personnes qui se sont retrouvées dans la pauvreté suite aux causes ci-dessus énoncées, il convient d'ajouter celles dont les moyens de production ont tout simplement été perdus dans leur courses effrénées pour retrouver la santé : fonds de commerce sacrifiés pour payer les soins, emplacement de travail occupé par quelqu'un d'autre après une absence prolongée pour raison de maladies, etc. Cette expérience contribue à l'accroissement des capacités économiques et sociales des PVVIH en les aidant à créer/développer des micro et petites entreprises et des coopératives de travail sur une base durable.

Mise en œuvre de la pratique

La réintégration sociale de PVVIH exclues de l'emploi expérimentée par le Projet Sida-COOP du BIT a pour base :

- la formation et l'outillage des femmes et des hommes infectés ou affectés par le VIH/Sida à l'entrepreneuriat pour se prendre en charge à travers des activités génératrices de revenus ;
- la création de micro et petites entreprises et des coopératives de travail pour les PVVIH .

C'est une expérience qui a évolué selon plusieurs étapes :

- le regroupement volontaire des personnes infectées par le VIH membres d'une Association reconnue et partenaire du ReBAP+, qui, confrontées à la précarité de leur situation économique et sociale, ont décidé de créer une entreprise commune pour s'auto-employer et ainsi améliorer leurs revenus. Pour cette entreprise, le mode de fonctionnement est caractérisé par le contrôle démocratique ;
- l'organisation et la tenue des Assemblées Générales Constitutives des Coopératives ;
- dix groupes de PVVIH ont manifesté librement leur volonté de se constituer en coopératives ; ont été appuyés pour l'élaboration de leurs statuts, de leur règlement

intérieur et des documents de gestion pour une grande transparence dans la gestion des coopératives ;

- les Assemblées Générales Constitutives se sont tenues en présence de personnel qualifié du service d'appui aux coopératives. Les coopératives sont enregistrées au niveau des services déconcentrés du Ministère chargé de la promotion des coopératives (MAEP).
- la formation initiale à l'esprit coopératif et à la culture d'entreprise organisée au profit de 100 membres des Associations affiliées au ReBAP+ des villes de Cotonou, Sèmè-Kpodji et de Porto-Novo, a permis de comprendre le concept de coopérative, les avantages de cette forme d'organisation et le processus de sa création ;
- la deuxième formation à l'entrepreneuriat et à l'élaboration des plans d'affaires ;
- les coopérateurs et coopératrices membres des structures ainsi constituées ont reçu une formation pour étudier la faisabilité de l'activité économique qu'ils veulent entreprendre. Cette formation a été assurée avec le concours de l'Université Africaine de Développement Coopératif et sous le leadership d'un Consultant formateur en Management des entreprises coopératives ou associatives ;
- L'élaboration du plan d'affaires par les coopérants à l'issue de la 2^{ème} formation, dit plan qui présente les différents aspects technique, organisationnel, commercial, économique et financier du projet d'entreprise.

Les dix coopératives sont constituées par 106 personnes infectées par le VIH dont 73 femmes et 33 hommes. Les femmes dans leur majorité sont des veuves, chef de ménage ayant à charge plusieurs orphelins (4 à 5 voire plus). Elles mènent des activités peu rémunératrices et éprouaient de sérieuses difficultés pour répondre aux besoins de leur famille. Les hommes quant à eux s'occupent des activités de production artisanale (menuiserie, maçonnerie, mécanique auto ou moto ou taxi moto).

Ces acteurs sont d'une manière générale des personnes à faibles revenus dont la situation économique et financière s'est sensiblement détériorée du fait des soins que leur impose leur infection au VIH.

Les principales activités menées par les coopérants s'inscrivent dans les registres de l'élevage, de la transformation, de la commercialisation des produits agricoles et enfin l'assistance aux malades dans les hôpitaux. Ainsi :

- trois coopératives (Coopérative "Amour de Dieu" de Sèmè-Kpodji, "Œil de Dieu" d'Akassato et « Sèna » de Cotonou) s'adonnent à la cuniculture (élevage de lapins) ;
- deux coopératives font l'élevage du porc (coopérative « Gbénonkpo » de Porto-Novo et « Djromahuton » d'Ekpè) ;
- deux coopératives s'investissent dans l'élevage des poules pondeuses (coopérative « Mahukpégo de Dangbo » et « les Amis de l'espoir » d'Adjarra) ;
- une coopérative travaille dans le domaine de la transformation du manioc en ses sous-produits et compte renforcer cette activité (« Espoir vivre ensemble » de Kpadovié) ;
- une coopérative fait du commerce des produits vivriers principalement du maïs. Il s'agit de la coopérative « Dieu est Grand » de Godomey ;
- une coopérative offre des services d'assistance dans les hôpitaux et maisons aux personnes malades dont la situation critique nécessite qu'une assistance leur soit apportée. Il s'agit de la coopérative « le bon samaritain » de Godomey.

Les premières ressources mobilisées pour le renforcement des compétences des PVVIH en esprit entrepreneurial ont été l'œuvre du Bureau International du Travail (BIT), promoteur de l'initiative, et de la Coopération suédoise au Bénin. Le BIT dans le cadre du projet SIDA-COOP

a apporté un appui de 10.000 USD et l'ONUSIDA une somme de 3.000 USD pour l'acquisition du matériel suivant :

- 50 clapiers pour l'élevage des lapins ;
- 50 mangeoires pour la volaille ;
- 50 abreuvoirs pour la volaille ;
- 2 motos et 4 casques pour la coopérative de prestation de services aux malades du sida ;
- une râpeuse pour la transformation du manioc ;
- une presse- manioc.

Résultats attendus

A l'issue d'une période de 6 mois environ de mise en œuvre de l'expérience qui correspond à la première phase de ce processus, les résultats enregistrés sont encourageants:

- 103 PVVIH ont eu leurs compétences renforcées en esprit entrepreneurial et coopératif (dont 73 femmes),
- 10 Coopératives de PVVIH ont été créées et concernent divers domaines à savoir élevage, services, commerce...
- des plans d'affaires pour l'ensemble des coopératives ont été créés,
- les coopératives ont été enregistrées au ministère chargé de l'action coopérative (Ministère de l'Agriculture de l'Elevage, et de la Pêche),
- les équipements, matériels et premiers fonds de démarrage ont été mis en place.

Le comité de mobilisation se met résolument au travail pour boucler le financement du plan d'affaires de certaines coopératives (04) qui n'ont pas réellement démarré et de mettre en place un mécanisme de suivi évaluation pour ressortir en surface les résultats tangibles de cette initiative qui pourra être partagé avec d'autres acteurs.

Leçons apprises

Il est possible de redonner espoir aux PVVIH, surtout celles du secteur informel qui ont perdu leur emploi. Les PVVIH ont la capacité de se mettre ensemble pour améliorer leur condition de vie et sortir de la précarité, de la stigmatisation et de la discrimination.

Mais il est encore difficile de fédérer toutes les énergies autour de l'initiative pour la mobilisation complémentaire des ressources et le suivi évaluation des résultats tangibles.

Conclusion

Les PVVIH sont encore capables d'expression positive en matière de travail, aidons-les , accompagnons-les, redonnons leur l'espoir d'un lendemain meilleur et faisons qu'elles ne soient plus d'éternelles mal assistées, mais des acteurs privilégiés de leur destin. Tel est le but que poursuit ce projet qui a permis de rendre actives, productives et autonomes des PVVIH.

4.2. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH À BASE COMMUNAUTAIRE : EXPÉRIENCES DANS LA ZONE SANITAIRE DE POBÈ AU BÉNIN

Introduction

L'infection par le VIH et le sida apparaît de plus en plus comme un frein au développement de la communauté. A cet égard plusieurs stratégies ont été mises en place pour freiner l'évolution de la maladie et soulager les peines de la population. Des études réalisées dans de nombreux pays du Sud montrent que le niveau de connaissance des femmes en matière de VIH et du sida en général et de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) en particulier est faible. Suite aux expériences de certains pays africains, il est démontré que l'implication des conjoints et de la communauté rendrait meilleure l'acceptabilité de la PTME. Dans la zone sanitaire PAK (Pobè, Adja-ouèrè, Kétou) est située au Centre-Est du Bénin, l'expérience de l'implication de la communauté dans la prise en charge psychosocial des gestantes et des nourrices séropositives a à faciliter l'acceptation de ces femmes dans la communauté. Cette pratique s'est focalisée sur le plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement et le suivi intégré des OEV avec les autres enfants.

Cette expérience a comme origine fondamentale, le rejet des gestantes et nourrices séropositives par la communauté avec comme corollaire leur stigmatisation et discrimination, la rupture de l'harmonie conjugale conduisant inéluctablement au divorce.

L'expérience ci-dessous décrites a comme objectifs de :

- mettre en place un mécanisme de dialogue communautaire pour la PTME dans la Zone sanitaire PAK,
- informer les gestantes et leur communauté à l'adhésion à la PTME,
- sensibiliser les gestantes et leurs conjoints pour réaliser volontairement le test de dépistage à vih/Sida,
- impliquer les conjoints des gestantes séropositives dans les activités de PTME pour une meilleure compréhension de la séropositivité chez la femme,
- promouvoir l'intégration sociale des PVVIH en général et des femmes séropositives en particulier dans leur milieu et les impliquer dans les différentes activités.

Mise en œuvre

Cette expérience est mise en œuvre depuis 2007 avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, des autorités politico-administratives et des responsables et leaders religieux. Les principales activités menées sont :

- la formation des guérisseurs sur les voies de contamination,
- la sensibilisation des chefs coutumiers et religieux sur le vih/Sida,
- l'organisation des séances de dépistages,
- les visites à domicile pour le suivi des OEV,
- le plaidoyer à l'endroit des autorités religieuses.

Les principaux acteurs et collaborateurs qui ont permis à cette initiative de prendre corps et d'aider à réduire la stigmatisation et favoriser l'implication des gestantes et nourrices séropositives dans la vie communautaire sont les agents de santé, les médiatrices, qui elles aussi sont des personnes vivant avec le vih, les responsables de cabinets médicaux privés et des ONGs locales.

Résultats obtenus

Au terme de deux années d'expérimentation de cette approche communautaire de la PTME, les résultats obtenus sont les suivants :

- 3 588 nouveaux nés de moins d'un mois vus à domicile, tout enfant confondu (avec une attention particulière sur les nouveau-nés nés de mère séropositive),
- 182 d'entre eux ont présenté des signes de danger et référés à l'hôpital,
- 19 décès néo-nataux sont enregistrés,
- 3 038 nouveaux nés disposent de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILD),
- Taux d'acceptabilité de la PTME en CPN passé de 53% en 2007 à 72% en 2009,
- Mise en place de groupe de soutien de leaders religieux et traditionnels à la PTME ayant à sa tête le Roi d'Issaba, qui a réglé 56 problèmes de dislocation du couple pour raison de la PTME sur 73 soit 77 %,
- 188 femmes séropositives sur 280 ont pu facilement partager leur séropositivité avec leur conjoint soit 67,14 %,
- Madame le Maire de la commune de Pobé a accepté d'être la marraine PTME de la zone sanitaire.

Leçons apprises

Elles sont de deux ordres: les acquis et les points à renforcer: Les acquis : ce sont les stratégies qui ont permis d'atteindre les résultats escomptés. Il s'agit de :

- L'implication des leaders religieux et chefs coutumiers dans la sensibilisation et dans la résolution des conflits liés au VIH due aux plaidoyers faits à leur endroit,
- L'adhésion des nourrices séropositives aux suivis à domicile due à la stratégie de suivi systématique mise en place à l'endroit de toutes les nourrices de la zone évitant ainsi toute stigmatisation et discrimination
- Le faible taux des perdues de vue dû au professionnalisme des agents et à la stratégie de suivi cumulé mise en place
- Le sevrage précoce désormais admis dans la communauté grâce à l'implication des leaders religieux, chefs coutumiers et des conjoints,
- La bonne perception de la maladie grâce aux séances de sensibilisation et le leadership des chefs coutumiers et autorités religieuses

Points à renforcer : c'est la non extension des sites PTME faute de moyens financiers pour couvrir les charges afférentes. La non satisfaction des autres besoins exprimés par les couples infectés (appui nutritionnel, appui médical, réinsertion sur le plan du travail, soutien financier...) sont des éléments dont la prise en compte aiderait à suffisamment améliorer la couverture en PTME de la zone sanitaire Adjaouèrè-Pobè-Kétou.

Conclusion

Cette expérience mérite d'être répliquée dans d'autres zones sanitaires après une analyse situationnelle d'autant qu'elle a induit dans la zone sanitaire PAK, un changement de comportement à l'adhésion de la prise en charge psychosociale de la part des conjoints, l'acceptation des séropositifs en général et des femmes séropositives en particulier dans la communauté et le soutien psychosocial et spirituel renforcé par les chefs religieux et coutumiers.

4.3. IMPLICATION DES PRATICIENS DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE (PMT) ET DES RESPONSABLES DES CULTES TRADITIONNELS DANS LES INITIATIVES DE PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE ET PSYCHOSOCIALE DES IST ET DU SIDA AU BÉNIN

Introduction

Depuis sa découverte en 1981, l'infection par le VIH et le sida ont un impact important sur les individus et les communautés dans le monde en général et en Afrique au Sud du Sahara en particulier. Aussi, en raison du fait que jusqu'à présent, la médecine moderne peine à contrôler la propagation de l'infection, les efforts s'orientent-ils non seulement vers les possibilités offertes par la médecine traditionnelle, mais surtout vers les praticiens de cette médecine, qui doivent, désormais, jouer un rôle plus important dans la mise en œuvre des stratégies nationales.

De ce fait et en raison de leur position privilégiée dans la société béninoise, le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles (PNPMT) a opté pour l'implication des Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) dans les initiatives de prise en charge du VIH/Sida. Cette option se justifie par le fait que plus de 80% de la population recourent à ladite médecine (OMS, 2002) dispensée par plus de 7.500 praticiens (MS, 2000) pour leurs besoins en soins de santé. C'est dans ce cadre que le PNPMT a prévu la formation des responsables des cultes traditionnels sur le diagnostic du VIH/Sida, la prise en charge des maladies opportunistes et la prise en charge psychosociale des PVVIH dans tous les départements du Bénin.

Il s'agira à travers cette implication de :

- Renforcer les connaissances des responsables des cultes traditionnels sur les IST et le VIH/Sida, notamment par rapport aux modes de transmission, au diagnostic, à la prévention et à la prise en charge psychosociale des PVVIH ;
- Inventorier les pratiques jugées efficaces en matière de prise en charge des IST/VIH/Sida et de ;
- Définir les bases d'une collaboration efficace avec les agents de santé modernes.

Mise en œuvre de la pratique

Aujourd'hui, l'accent est mis sur les responsables de cultes traditionnels qui assument une double fonction de Praticiens de la Médecine Traditionnelle et de responsables religieux. Cette catégorie socioprofessionnelle n'a pas fait l'objet d'une véritable attention jusqu'à ce jour, alors qu'elle peut intervenir, de façon efficace, dans les actions de prévention et de prise en charge des IST et du VIH/Sida, en raison du fait qu'elle manipule de nombreux objets qui peuvent être sources de contamination et qu'elle mobilise un nombre important d'individus autour du phénomène religieux.

Au Bénin, le couvent traditionnel est un lieu sacré d'initiation aux différents cultes. Au Sud du pays, les « Vodunsihoundjaï » (les grands initiés du culte Vodun) et les « vodunsi » (simples adeptes) constituent la population du couvent où des règles strictes de vie régissent le fonctionnement des activités culturelles : interdiction formelle de l'adultère, respect mutuel, confidentialité, solidarité, etc. Dans le Nord, cohabitent différentes sortes de cultes traditionnels.

Cette expérience connaît trois étapes que sont :

- La formation des praticiens de la médecine traditionnelle

- L'identification des remèdes traditionnels avec la constitution de la pharmacopée traditionnelle sur le VIH et
- L'implantation des jardins botaniques

L'initiative est à la première phase et au regard de la cible visée, la méthode utilisée est basée sur les techniques d'andragogie : jeux de rôle, démonstrations, exposés, études de cas, etc. La stratégie se fonde sur l'appropriation de la lutte contre le VIH/Sida par la communauté et le renforcement de leurs capacités à prendre en charge les cas.

Deux jours ont été consacrés à chaque session de formation qui s'est déroulée par commune, de façon successive. Cette approche permet de faciliter les échanges et les visites ultérieures entre apprenants. Les modules ont été déroulés par les PMT formateurs départementaux, appuyés par l'équipe du PNPM et celle de la Zone Sanitaire.

De façon pratique, les formateurs ont utilisé le « Manuel de formation des PMT sur la prise en charge des IST et du VIH/Sida » élaboré à cet effet et comportant les cinq modules suivants :

- les généralités sur les IST et le VIH/Sida ;
- le diagnostic ;
- la prévention ;
- la prise en charge psychosociale des PPVIH ;
- la collaboration entre les PMT et les praticiens de la médecine moderne.

Dans certains endroits, la formation a été soutenue par des projections de documentaires qui ont été suivies de débats, d'études de cas, de jeux de rôle sur différents aspects tels que :

- les différentes étapes de l'interrogatoire d'un malade souffrant d'IST ;
- les différentes étapes de l'interrogatoire d'un malade souffrant du VIH/Sida.

Au terme de la formation, les responsables des cultes traditionnels:

- appréhendent l'ampleur des IST et du VIH/Sida, non pas seulement comme un problème de santé publique, mais aussi comme un problème de développement ;
- décrivent le mode de transmission des IST et du VIH/Sida et les principaux moyens de prévention de la maladie ;
- assurent le diagnostic et la prise en charge psychosociale correcte des IST et du VIH/Sida ;
- transmettent des messages à domicile et dans la communauté sur les IST et le VIH/Sida ;
- réfèrent les cas soumis à leurs compétences au centre de santé le plus proche.

Résultats

Au total, 654 chefs religieux ont été formés contre 600 attendus dans 20 localités du pays. A la fin de chaque session, il a été défini un dispositif de collaboration avec l'équipe sanitaire locale. Chaque session de formation a débouché sur un plan d'action prenant en compte l'identification et le recensement des plantes médicinales entrant dans la prise en charge du VIH/Sida. La création de jardins de plantes médicinales a été mise en discussion.

Leçons apprises

Cette expérience a été une occasion de discussion et d'échanges entre responsables de cultes traditionnels et professionnels de la santé. Elle a permis de renforcer les mécanismes de collaboration entre les deux types de pratiques médicales, de façon à augmenter ainsi l'offre et la qualité des soins et les chances de bonne santé de la population.

Conclusion

La collaboration entre les deux types de médecine est un problème qui demeure une préoccupation pour l'Etat Béninois depuis des années. Cette initiative qui implique les responsables de cultes traditionnelles et les praticiens de la médecine traditionnelle dans la démarche communautaire de lutte contre le sida et les IST est salubre car renforce la collaboration entre les PMT et les professionnels de la médecine moderne et ouvre la voie à une approche communautaire axée sur la prise en charge psychosociale de la maladie.

4.4. RÉINSERTION PROFESSIONNELLE ET SOCIALE DES TRAVAILLEUSES DU SEXE (TS) MINEURES EXERÇANT DANS LA VILLE DE COTONOU AU BÉNIN.

Introduction

Le projet canadien spécialisé dans le suivi des TS dans sa 3^{ème} phase (Projet SIDA-3) qui avait, à son terme transféré ses interventions au Programme National de Lutte contre le sida (PNLS), avait noté lors de la mise en œuvre de ses activités sur le terrain un nombre de plus en plus élevé de TS mineures exerçant sur les différents sites de prostitution.

Cette expérience s'est basée sur la cartographie des milieux prostitutionnels de Cotonou d'une part, le dénombrement des TS mineures (âgées de moins de 18ans) et leur réinsertion sociale par une formation professionnelle et leur installation.

Mise en œuvre de la pratique

Il s'agissait dans un premier temps de réaliser le mapping des sites de prostitution, des TS mineures et clandestines des arrondissements de Cotonou; puis de sélectionner certaines d'entre elles en vue de leur accorder une bourse de formation professionnelle puis un équipement approprié à la qualification acquise pour une insertion dans la vie active.

Un suivi rapproché à été instauré au cours de la formation avec la collaboration étroite des responsables de centres de formation qui avaient pour responsabilité de produire à l'équipe de mise en œuvre du projet des rapports réguliers sur le comportement et les aptitudes des TS mineures en apprentissage.

Après l'installation des TS mineures, elles ont fait l'objet d'un suivi régulier par les ONGs et l'équipe de mise en œuvre du projet constituée du personnel des services de Prise en charge des IST et de suivi des groupes à haut risque, du service de coordination des ONG et de celui du suivi - évaluation .

Le mapping des sites de prostitution réalisé dénombrait 126 sites abritant 1 306 Travailleuses du Sexe (TS) à Cotonou. Parmi ces TS, 173 étaient des Affichées, 363 des TS serveuses et 770 des TS Clandestines. Le nombre de TS mineures s'élevait à 115.

Deux ONGs ont été recrutées avec des animateurs préalablement formés pour la sensibilisation des TS en général puis des TS mineures en particulier sur les risques de transmission des IST et du VIH et pour les référer vers le centre de référence pour la prise en charge des IST et leur suivi médical mensuel.

Sur l'ensemble des TS mineures, 60% sont de nationalité béninoise et 40% de nationalité togolaise. Elles ont un âge compris entre 14 et 17 ans avec une moyenne de 16 ans.

Elles sont élèves ou étudiantes dans 30% des cas, vendeuses dans 25%, coiffeuses dans 35% et couturières dans 10%.

La répartition des TS mineures selon le niveau d'études montre que plus de la moitié d'entre elles a le niveau primaire (60%)

En fonction des critères qui justifient l'entrée dans la prostitution, du nombre d'années de pratique (moins de 2 ans de prostitution), des conditions socio-économiques de la famille et de la volonté de la TS mineure à exercer un métier autre que la prostitution si elle en avait l'opportunité), six (06) TS mineures ont été identifiées.

Résultats atteints

Ainsi grâce aux ONGs de sensibilisation, 5 TS mineures (la 6^{ème} a été perdue de vue lors du suivi) ont été sélectionnées parmi les 115 recensées et des formations professionnelles de leur choix retenues sont :

- Opératrice de saisie : 1 TS
- Cuisine : 1 TS
- Coiffure dame : 2 TS
- Photographie/Reportage : 1 TS

Chacune des TS sélectionnées a bénéficié d'une bourse qui prenait en compte le coût de la formation y compris les frais afférents à la dot de fin de formation (3000.000 FCFA en moyenne), les frais de subsistance au cours de la formation (850 FCFA par jour), l'achat d'équipements pour l'installation à la fin de la formation (allant de 300.000 FCFA à 400.000 FCFA selon les équipements d'installation), et un fonds de lancement de 100.000 FCFA en moyenne.

Sur les 5 TS mineures ayant bénéficié de la bourse, 4 ont pu achever leur formation et ont obtenu leur parchemin. Ces filles ayant achevé leur formation ont été installées et suivies dans le temps.

Parmi elles, une n'a pas poursuivi l'exercice de sa profession (opératrice de saisie) faute de clients mais elle n'a non plus été retrouvée sur les sites de prostitution de Cotonou. Les trois (03) autres continuent d'exercer leur profession et vivent de cette nouvelle source de revenu sans plus s'adonner au commerce du sexe.

Leçons apprises

Plusieurs facteurs qui s'imbriquent sont à l'origine de la prostitution. Il est possible de retirer de filles de la prostitution et de leur donner espoir et un statut social toléré par la communauté.

Conclusion

A l'instar des autres pays, la prostitution des filles mineures est une réalité au Bénin. Une action précoce peut permettre de décrocher les TS mineures et de les insérer socialement et ceci a été possible pour ces cinq (05) TS grâce au financement du Projet Canadien de Lutte contre le Sida en Afrique de l'Ouest.

5. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

5.1. APPUI FINANCIER

Le financement extérieur demeure la principale source de financement de la lutte contre le sida au Bénin. Il s'élevait à 7 651 191 256 F CFA soit 66% du montant total des dépenses en 2008 (11 609 515 212 F CFA) et 7 333 677 233 F CFA soit 47,7% en 2009 (15 379 764 947 FCFA). Cette baisse observée en 2009 est due à l'augmentation des ressources de l'Etat.

Ce financement se divise en trois sources dont les fonds bilatéraux, les fonds multilatéraux et les ressources apportées par les ONGs internationales et se décompose comme suit :

- Les Organismes Multilatéraux pour un montant de **5 001 539 104 F CFA** en 2008 et **5 498 711 702 F CFA** en 2009
- Les organismes bilatéraux pour un montant de **2 077 729 553 F CFA** en 2008 et **1 263 154 573 F CFA** en 2009
- Les ONG internationales pour un montant de **571 922 599 F CFA** en 2008 et **571 810 958 F CFA** en 2009

Les graphiques qui suivent présentent la répartition des ressources extérieures en 2008 et 2009.

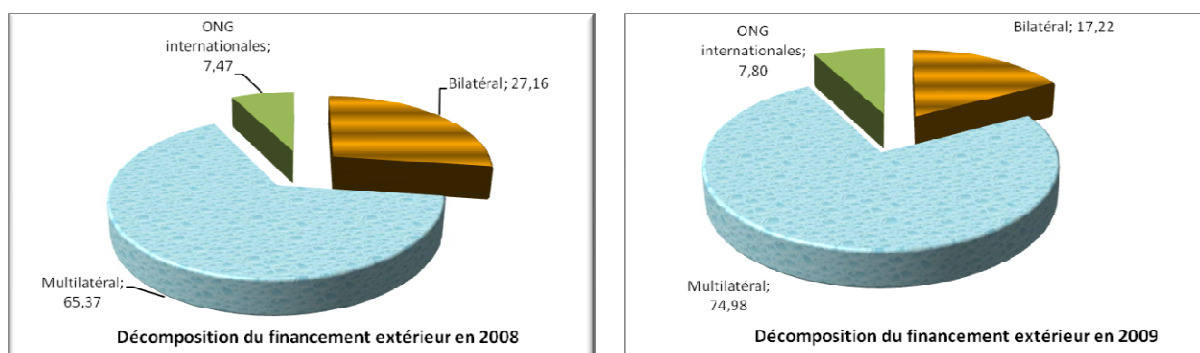


Figure 6 : Décomposition des dépenses du financement extérieur en 2008 et 2009

Cette répartition met en exergue une prédominance des ressources allouées par les partenaires multilatéraux de la réponse nationale.

5.2. APPUI TECHNIQUE

Cet appui porte essentiellement sur le renforcement des capacités, l'assistance technique et l'expertise dont bénéficie la partie béninoise pour renforcer la réponse nationale face à l'épidémie à VIH/Sida/IST:

- Soutien au renforcement des capacités techniques du secteur de la santé et secteurs sociaux à travers plusieurs formations au niveau national ;
- Développement d'un plan national d'assistance technique ;

- Contribution au renforcement des capacités techniques nationales et le développement des directives nationales, protocoles et guides nationaux ;
- Soutien à la formation du personnel chargé du suivi évaluation au niveau central et au niveau décentralisé sur le logiciel CRIS et le système de suivi –évaluation ;
- Appui à l'évaluation des « Three Ones » au Bénin et au management des opérations des projets ;
- Appui à la l'élaboration du rapport UNGASS Bénin 2010 et le rapport sur l'accès universel ;
- Soutien à la dissémination des résultats de l'estimation nationale des ressources et dépenses de lutte contre le SIDA(REDES) 2006-2007, et à la réalisation du REDES 2008-2009 ;
- Appui technique et financier à la réalisation du plan opérationnel de communication en matière de VIH/sida ;
- Appui à la revue conjointe des plans d'actions des Unités Focales de Lutte contre le Sida des ministères et de la présidence de la République ;
- Appui au développement de la proposition du Bénin au 9^{ème} Round du Fonds Mondial ;
- Appui à la réalisation de la revue conjointe à mi parcours du plan stratégique 2007-2011 ;
- Soutien au renforcement du leadership, des capacités de coordination et de suivi et évaluation du Secrétariat permanent du CNLS ;
- Soutien au renforcement des capacités des organisations des femmes, des réseaux des médias et des UFLS ;
- Appui à la mise en place du Système unique de suivi et évaluation ;
- Appui à l'évaluation technique et aux procédures d'acquisition pour garantir une disponibilité en médicaments essentiels, vaccins et ARV au Bénin conduite par des experts de l'OMS et renforcer par le Groupe Thématique ONUSIDA élargi avec des plaidoyers en direction du Ministre de la santé ;
- Appui au développement du partenariat avec la société civile et le secteur privé avec un soutien au renforcement des capacités de la société civile notamment: le réseau béninois des associations des personnes vivant avec le VIH (RéBAP+), le Réseau des ONG Béninoises de Santé (ROBS), le Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagés dans la riposte au Sida (RABeJ/Sida) ;
- Soutien aux voyages d'études et participation à des conférences internationales.

6. SUIVI ET ÉVALUATION

Les années 2008 et 2009 ont été essentiellement marquées par l'opérationnalisation du système unique de Suivi et évaluation. Plusieurs étapes ont permis d'atteindre les objectifs de la mise en œuvre du troisième principe des "Three Ones".

6.1. MANUEL ET PLAN MULTISECTORIEL DE SUIVI ET ÉVALUATION

Le manuel national opérationnel de suivi et évaluation élaboré en 2006, vient d'être révisé avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA et de la Banque mondiale. Ce manuel comporte la liste des indicateurs nationaux adoptée par les principales parties prenantes. Cette liste intègre les indicateurs de la déclaration des Nations Unies sur l'engagement à lutter contre le VIH/Sida. Le manuel comporte de même le circuit de l'information, la stratégie d'évaluation de la qualité et de l'exactitude des données.

Par ailleurs, le plan multisectoriel de suivi et évaluation au niveau national vient d'être élaboré et budgétisé. L'opérationnalisation de cet outil est en cours.

6.2. BASE DE DONNÉES

Dans le cadre stratégique 2007-2011 il est prévu la création d'une banque de données nationale pour la production et la vulgarisation des informations stratégiques. Elle permettra au regard des tendances, une meilleure orientation et allocation des ressources. Actuellement il existe au niveau national, des bases de données éparses non encore centralisées.

Pour corriger cette situation, le SP/CNLS avec l'appui du PMLS 2 (Banque Mondiale) vient de recruter un gestionnaire de base de données chargé de mettre en place et de gérer la base de données nationale.

Toutefois, malgré l'inexistence de cette base de données centralisée, il y a un flux d'informations utiles et actualisées entre les partenaires qui permet à chaque institution de suivre la mise en œuvre des différents projets et programmes pour une meilleure efficacité de la riposte nationale.

6.3. SUIVI DES ACTIVITÉS DES PROJETS ET PROGRAMMES

Le développement du système de suivi et évaluation national du Benin implique l'intégration de toutes les activités financées dans le cadre de la lutte contre le Sida dans un système commun d'envergure nationale. Cependant l'unicité du système de suivi et évaluation n'exclut pas un suivi plus rapproché des différents projets selon les directives et procédures mises en place par ces derniers. Ainsi les différentes procédures prévues par le SP/CNLS pour la mise en œuvre et le suivi et évaluation des activités des projets se résument comme suit :

- élaboration et validation des plans opérationnels budgétisés,
- élaboration et validation des plans de suivi,
- suivi/supervision de la mise en œuvre des plans d'actions,

- collecte des données,
- soumissions de fiches de suivi mensuels et rapports trimestriels au SP/CNLS,
- saisie des données (techniques et financières) au niveau de la cellule de suivi et évaluation du SP/CNLS,
- supervisions conjointes des aspects techniques et financiers des projets et programmes par le SP/CNLS, les partenaires financiers et techniques et les responsables en charge des projets,
- élaboration de rapports annuels de chaque projet et programme et intégration dans le rapport annuel du SP/ CNLS.

Actuellement, le Bénin dispose d'une surveillance épidémiologique renforcée à travers une surveillance sentinelle effective au niveau de tous les départements, une surveillance des comportements et de la biologie des populations sous surveillance (jeunes, travailleuses de sexe, hommes en tenus et routiers ...) et des Enquêtes Démographiques et de Santé + VIH (EDS+) au niveau de la population générale dont les jeunes et travailleurs, etc.

le suivi des activités d'IST/VIH, la surveillance épidémiologique, les études et recherches ont permis de fournir des données pour alimenter le système d'informations national.

La base de données est alimentée à travers ces sources de données, et leur transmission plus ou moins régulière a été essentielle pour la complétude et la mise à jour de la base de données du PNL. Le traitement des données et la consolidation des informations ont permis la production des rapports annuels du CNLS, de l'élaboration du document de plaidoyer (Impact du Sida au Bénin) etc.

6.4. PROCESSUS DE L'OPÉRATIONNALISATION DU SYSTÈME UNIQUE DE SUIVI ET ÉVALUATION

Sous le leadership du SP/CNLS, le système unique de suivi et évaluation se met progressivement en place. Les étapes suivies jusque là se présentent comme suit :

- mise en place et formation (sur leur mandat et le CRIS) du groupe consultatif de suivi et évaluation suite aux recommandations de l'atelier sur le suivi et évaluation des activités de lutte contre le VIH et le Sida tenu à Dakar en octobre 2003.
- organisation d'un atelier de consensus sur les indicateurs nationaux de suivi et évaluation.
- élaboration et révision du manuel opérationnel de suivi et évaluation.
- lancement et mise en œuvre de la phase pilote de l'opérationnalisation du système unique de suivi et évaluation :
 - o formation des membres du SP/CNLS, des structures décentralisées du CNLS et des principaux acteurs de la réponse sur le manuel de suivi et évaluation et le logiciel CRIS ;
 - o confection de nouveaux outils de collecte de données sur la base du consensus sur les indicateurs retenus ;
 - o formation des acteurs chargés du remplissage des outils sur le terrain ;
 - o testing des outils dans 6 zones sanitaires (soit une zone sanitaire par département) ;

- organisation d'un atelier de consensus sur les outils de collecte des données et le circuit de l'information ;
- organisation d'un atelier de finalisation et d'harmonisation des outils de collecte et des guides de remplissage ;
- édition des outils de collecte et des guides de remplissage ;
- lancement officiel du système unique de suivi et évaluation.

6.5. PRINCIPAUX DÉFIS ET CONTRAINTES

Bien que le système unique de suivi et évaluation ait connu des avancées significatives, elle ne pourra être plus efficace que si ces quelques défis et contraintes bénéficient d'une attention particulière :

- l'élaboration et la mise en œuvre du plan national opérationnel de suivi – évaluation ;
- la dissémination des outils communautaires de suivi – évaluation ;
- l'alignement du circuit de l'information relatif au VIH au circuit du Système National d'Information (SNIGS) ;
- le management et le contrôle de la qualité des données incluant notamment la coordination totale des activités par la cellule de suivi et évaluation du SP/CNLS ; la supervision conjointe des aspects techniques et financiers des projets et programmes par le SP/CNLS, les partenaires techniques et financiers et les responsables en charge des projets ; la remontée instantanée des données ; l'établissement de bases de données au niveau central et décentralisé ; l'appui à la collecte des données ; la généralisation du CRIS ; la soumission des fiches de suivi mensuel et rapports trimestriels ;
- le renforcement des capacités des structures décentralisées et des systèmes communautaires : le recrutement de personnel qualifié au profit des structures décentralisées ; gouvernance, leadership et implication effective des communautés et des Organisations de la Société Civile dans le suivi et évaluation ;
- l'élaboration de la cartographie des interventions dans le cadre de la riposte à l'infection VIH dans le pays y compris le suivi/supervision de la mise en œuvre des plans d'action et l'élaboration des rapports annuels de chaque projet et programme, leur envoi systématique pour leur intégration dans le rapport annuel du SP/CNLS ; l'interprétation et utilisation des données dans le cadre de l'amélioration des programmes et projets ;
- l'inscription d'une ligne budgétaire par l'Etat aux activités de suivi et évaluation même si la cellule bénéficie actuellement pour son fonctionnement de l'appui de l'ONUSIDA, de la Banque Mondiale, du Fonds Mondial et de la BAD.

7. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

7.1. RETARD DANS L'OPÉRATIONNALISATION DU SYSTÈME UNIQUE DE SUIVI ET ÉVALUATION

Sous le leadership du SP/CNLS et l'appui technique et financier de l'ONUSIDA et de la Banque Mondiale, le système unique de suivi et évaluation se met progressivement en place. Les étapes suivies jusque là se présentent comme suit :

- mise en place et formation (sur leur mandat et le CRIS) du groupe consultatif de suivi et évaluation suite aux recommandations de l'atelier sur le suivi et évaluation des activités de lutte contre le VIH et le Sida tenu à Dakar en octobre 2003.
- organisation d'un atelier de consensus sur les indicateurs nationaux de suivi et évaluation au sortir de l'identification et de la sélection des indicateurs des activités de lutte contre le VIH et le Sida.
- élaboration du manuel opérationnel de suivi et évaluation.
- élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre de la phase pilote de l'opérationnalisation du système unique de suivi et évaluation.
- lancement et mise en œuvre de la phase pilote de l'opérationnalisation du système unique de suivi et évaluation :
 - o formation des membres du SP/CNLS, des structures décentralisées du CNLS et des principaux acteurs de la réponse sur le manuel de suivi et évaluation et le logiciel CRIS ;
 - o confection de nouveaux outils de collecte de données sur la base du consensus sur les indicateurs retenus ;
 - o formation des acteurs chargés du remplissage des outils sur le terrain ;
 - o testing des outils dans 6 zones sanitaires (soit une zone sanitaire par département) ;
 - o évaluation de la phase pilote.
- organisation d'un atelier de consensus sur les outils de collecte des données et la remontée des informations.
- organisation d'un atelier de finalisation et d'harmonisation des outils de collecte et des guides de remplissage.
- révision du manuel opérationnel de suivi et évaluation
- édition des outils de collecte et des guides de remplissage.
- Recrutement d'un gestionnaire pour la mise en place et la gestion de la base de données du CNLS.
- Lancement du système unique de suivi et évaluation
- Formation sur les outils sanitaires au niveau décentralisé
- Multiplication et distribution des outils sanitaires au niveau décentralisé.

L'engagement des autorités nationales à travers le SP/CNLS avec l'appui des partenaires techniques et financiers dans les derniers développements du processus permettra une opérationnalisation du système unique de suivi et évaluation.

7.2. INSTABILITÉ DE L'ANCRAGE INSTITUTIONNEL DU SP/CNLS

Vu le caractère multisectoriel de la réponse, il a été suggéré à la création du CNLS de rattacher directement son secrétariat permanent à la Présidence de la République au risque d'une sectorialisation de la riposte au VIH. L'article 2 du décret créant le CNLS à cet effet, prévoit que le Président du Comité est le Président de la République. Il se pose pourtant un véritable problème lié à la tutelle du secrétariat permanent du CNLS. Depuis la création du SP/CNLS, on observe une instabilité de la tutelle du secrétariat qui passe d'un ministère à un autre (ministère du Plan puis ministère de la Santé). Cette situation influe sur le leadership du CNLS. Aussi, depuis plusieurs années le SP/CNLS qui est l'organe technique du CNLS ne dispose pas d'un budget de fonctionnement et de ressources humaines et matérielles suffisantes. Toutes choses qui affectent la bonne coordination des activités de riposte à l'épidémie. La faiblesse du leadership du SP/CNLS a pour conséquence une faible emprise sur certains partenaires techniques et financiers qui mènent eux même des activités de terrain sans pour autant s'aligner sur la coordination du CNLS.

Des actions ont été menées et d'autres en cours en vue de fixer définitivement l'ancrage institutionnel du SP/CNLS, à savoir :

- Séances de plaidoyers auprès des autorités ministérielles et de la Présidence de la République
- Révision des décrets et arrêtés portant création et fonctionnement du CNLS et de son secrétariat permanent.

7.3. DIFFICULTÉS DANS L'APPROVISIONNEMENT ET LA DISTRIBUTION DES ARV

Le non respect des délais de livraison des intrants (médicaments ARV) a entraîné la consommation entière du stock de sécurité des ARV au plan national. Les sites de prise en charge se sont retrouvés dans une situation de rupture. Par ailleurs, pour des raisons liées aux procédures de passation des marchés publics et à la lourdeur administrative, les livraisons attendues du PMLS 2 pour mai 2009 pour des besoins exprimés depuis février 2008, n'ont pas été effectives jusqu'au 31 décembre. La non validation du plan GAS (Gestion des Approvisionnements et des Stocks) de la phase 2 du round 5 n'a pas permis un approvisionnement normal (achat d'un stock de six mois pour palier au risque de rupture).

Une feuille de route a été élaborée afin d'assurer la disponibilité des médicaments, réactifs et vaccins au Bénin. Cette feuille de route se présente comme suit :

- Elaboration de plan d'approvisionnement national (actualisation régulière) et proposition de tableaux de bord pour un meilleur suivi du Plan annuel d'approvisionnement.
- Obtention d'une dérogation afin que les médicaments soient une exception à la règle des procédures de passation des marchés publics
- Formalisation du Comité National de quantification et de suivi/évaluation dans la gestion des intrants pharmaceutiques
- Renforcement de la capacité de coordination et du leadership, tant du Ministère de la Santé que de ses programmes
- Création d'un « panier commun » des médicaments au niveau de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME)

- Révision formelle de la convention entre le Ministère de la Santé avec la CAME pour les approvisionnements, le stockage, la distribution et la collecte des données basées sur la consommation
- Mise en œuvre des directives concernant la tarification et le recouvrement des coûts des médicaments
- Renforcement du système d'assurance qualité (contrôle de qualité et pharmacovigilance)
- Adaptation du système de gestion des informations
- Réalisation des études sur la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation rationnelle des médicaments

7.4. FAIBLE COORDINATION DE L'APPUI TECHNIQUE, DE LA MOBILISATION ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES DISPONIBLES

Dans le but de faire travailler l'argent disponible (make the money work), un plan d'assistance technique (PAT) a été développé en vue d'aider le SP/CNLS pour :

- la planification de l'appui technique : plaidoyer et mobilisation pour l'appui technique.
- la cartographie des interventions et des partenaires.
- l'harmonisation des partenaires dans la fourniture de l'appui technique ;
- une plus grande mobilisation des partenaires dans le financement de l'appui technique.
- la détermination des activités spécifiques et budgétisation.

Un cadre de suivi-évaluation du PAT, intégré au Système national de suivi-évaluation a été défini pour suivre la mise en œuvre du PAT, vérifier la qualité de l'appui fourni, le renforcement des capacités nationales et l'impact de l'appui technique sur l'accélération de la réponse nationale.

7.5. INSUFFISANCE D'ÉTUDES POUR LE SUIVI DE L'ÉPIDÉMIE DANS CERTAINS GROUPES SPÉCIFIQUES (HSH, CDI ET LEURS PARTENAIRES)

D'une manière générale, on constate une évolution favorable des indicateurs relatifs au VIH et au sida au Bénin. Toutefois, les nouvelles sources de contamination sont mal connues. Les principales sources de contaminations peuvent ne pas refléter le véritable profil épidémiologique du pays. Pourtant, l'accès universel qui est un but essentiel poursuivi dans la lutte contre le VIH/SIDA nécessite une bonne compréhension des différents modes de transmission de la maladie au sein de la population pour une bonne maîtrise de l'épidémie sur le plan national afin de mieux cibler les interventions et limiter aussi sa transmission.

L'ONUSIDA en 2008 a fait réaliser une étude de modélisation qui a permis d'estimer l'effectif de certaines sous-populations à risque (HSH, CDI et leurs partenaires) qui ne sont pas trop prises en compte dans le système de surveillance au Bénin. L'application du modèle proposé par l'ONUSIDA avec l'appui de la Banque Mondiale en utilisant les données existantes sur le VIH et les IST, vise une meilleure compréhension de la dynamique de distribution des nouvelles infections selon les différents groupes à risque dans le pays. Un tel exercice basé sur les données de prévalence du VIH et des IST en liaison avec le comportement dans chaque groupe à risque peut contribuer à une réadaptation des stratégies nationales de prévention et à

l'identification des domaines prioritaires d'intervention dans le cadre de la réponse à l'infection du VIH/SIDA.

7.6. FAIBLE ALLOCATION DES RESSOURCES POUR LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS EN DIRECTION DES JEUNES

Des études telles que le REDES 2006-2007 ont montré que les ressources financières mobilisées ces dernières années en direction des jeunes sont très faibles. L'ESDG 2008 a montré une baisse des indicateurs comportementaux en matière d'IST/VIH/SIDA surtout chez les jeunes. En effet, les rapports sexuels avec un partenaire commercial chez les jeunes sexuellement actifs dans les 12 derniers mois précédant l'étude sont passés de 9,0 % en 2005 à 24,9% en 2008 ; de même, l'utilisation du préservatif à chaque rapport sexuel commercial dans les 12 derniers mois précédant l'étude est passée de 26,3% en 2005 à 16,5% en 2008.

Au regard de ces constats, les programmes et projets en cours d'exécution dans le pays (comme le PMLS II, PSI, PARL/Sida, PALS/BAD, etc.) ont réorienté leurs stratégies de CCC qui est désormais fortement orientées vers les jeunes. Ces efforts ont permis une meilleure allocation des ressources allouées aux jeunes ces dernières années comme l'a relevé le Rapport REDES 2008-2009.

De plus, le Cadre Stratégique National de Lutte contre le Sida 2007-2011 est en cours de révision et tient grand compte de ces constats pour accorder l'attention requise à cette cible.

Par ailleurs, le Document de Politique Nationale de riposte au VIH chez les jeunes au Bénin élaboré en 2008 est en cours de déclinaison en Plan d'actions en vue d'une meilleure prise en compte des préoccupations des jeunes.

7.7. FAIBLE FONCTIONNALITÉ DES UNITÉS FOCALES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Le SP/CNLS a installé des unités focales de lutte contre le sida dans les ministères et institutions de la République et dans les unités de production. Ces UFLS ont pour mission d'impulser les interventions de prévention et de prise en charge en direction des personnels de ces structures et des cibles dont ces secteurs ont la charge.

Seulement quelques unes sont fonctionnelles. La non-fonctionnalité des UFLS est due entre autres à la mobilité des responsables et des membres, au changement ou à la scission des ministères, à l'insuffisance des capacités de planification, de mobilisation des ressources et de suivi.

En 2009, le SP/CNLS avec le soutien du PALS/BAD a procédé au renforcement des capacités des UFLS (publiques et privées) en IEC/CCC, Micro planification et Suivi et évaluation.

Le PMLS 2 depuis 2008 finance les plans d'actions des UFLS aussi bien du secteur public que du secteur privé.

EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT

COORDINATION DE LA REDACTION DU RAPPORT

N°	Noms Prénoms	Titre/Structure
1	Dr OBEY MÈGNIGBÈTO Antoinette	Secrétaire Permanent du CNLS
2	Dr BARUANI Yuma Kilundu	Coordonnateur Pays ONUSIDA
3	Dr BONI Sonia	Secrétaire Permanent Adjoint du CNLS
4	Dr AKINOCHE Evelyne	Coordonnateur National du PNL
5	Dr HESSOU Septime	Chef cellule Suivi et évaluation /CNLS

COR GROUP DE REDACTION

N°	Noms Prénoms	Titre/Structure
1	Mr ADOKO Achille	Consultant
2	Dr AHOUSSINO Clément	CA/PNL
3	Dr EKANMIAN K. Gatien	SE/ONUSIDA
4	Dr AKINOCHE Evelyne	CN/PNL
5	Dr HESSOU Septime	SE/SP-CNLS
6	Mr DOSSOU Lionel	SSE/SP-CNLS
7	Mr YADOLETON Tranquillin	SSE/SP-CNLS

COMITE DE REDACTION

N°	Noms Prénoms	Structure
1	Dr OBEY MEGNIGBETO Antoinette	SP/CNLS
2	Dr AKINOCHE Evelyne	PNL
3	Dr BARUANI Pascal	ONUSIDA/UCC
4	Dr AHOUSSINO Clément	PNL
5	Dr HESSOU Septime	SP/CNLS
6	Dr EKANMINAN K. Gatien	ONUSIDA
7	Dr BONI Sonia	SP/CNLS
8	Mr DOSSOU Lionel	SP/CNLS
9	Mr YADOLETON Tranquillin	SP/CNLS
10	Mr ADOKO Achille	Consultant
11	Dr AFFEDJOU Bertin	PNL
12	Mme MELOME Marie Constance	PNL
13	Dr HOUANSOU Télésphore	OMS
14	Mme AMOUSSOUGA Immaculée	Réseau Béninois des Journalistes en santé population
15	Dr AHLONSOU François	Service National de Transfusion Sanguine (CNTS)
16	Dr SOUDE Théodore	UNFPA
17	Mr HOUNGBO Rock	ReBAP+
18	Mr AHOUCHEDE Christian	ReBAP+
19	Mr DJEBOU Gabin	RABeJ

20	Mr AÏDJINOÛ Flavien	RABeJ
21	Dr AKOWANOU Emile	Médecin Spécialiste intégration VIH/SR
22	Dr TOUSSOU Justin	PMLSII
23	Mr BALOGOUN Amour	PSI
24	Dr DAZOGBO LOKOSSOU Alexandrine	UNFPA
25	Mr MAKPENON Angelo	PNT
26	Mme SACCRAMENTO Claire	Réseau des médias Béninois de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
27	Dr AGONDOHOVI Ghislaine	Plan Bénin
28	Mr SALIFOU Sèfiou	Ministère de la famille et de la Solidarité Nationale
29	Mr AKOPHOA Nassirou	Association Béninoise du Droit de Développement
30	Mr TCHIBOZO Benoît	ROBS
31	Mr CHATIGRE Jérôme	ROBS
32	Mme PAPAGEORGIOU Mélina	UNICEF
33	Mr AGBAYAHOUN Aniel	Consultant

EQUIPE DE VALIDATION

N°	Noms Prénoms	Structure
1	Dr TOSSOU Justin	PMLS 2
2	Mme OLODO Inoussa sarafatou	SP/CNLS
3	Mr HOUNGNIHIN Roch	PNPMT
4	Mr YADOULETON Tranquillin	SP/CNLS
5	Mr DOSSOU Lionel	SP/CNLS
6	Mr DOSSOU Christian	INSAE
7	Dr MONTEIRO PIO Germain	SP/CNLS
8	Mr ADOKO Achille	Consultant
9	Mr AGBAYAHOUN Aniel	Consultant ONUSIDA
10	Mme LEGONOU Gisèle	PNLS
11	Mme HOUNHAKOU Rissikatou	PNLS
12	Mr AFFODJI Jules	PNPMT
13	Dr De SOUZA PADONOU Léopoldine	OCAL
14	Mr DJEBOU Gabin	RABeJ/Sida
15	Mr KOUDOUFIO Bertin	UFLS/MJSL
16	Dr GNANHOUI DAVID Bernard	Plan-Bénin
17	Mme GBETIE ép DURAND	SNTS
18	Dr AFFEDJOU Bertin	SP/CNLS
19	Dr AKINOCHE Evelyne	PNLS/MS
20	Dr BONI Sonia	SP/CNLS
21	Mr ZOSSOU Florentin	DPP/MS
22	Dr EKANMIAN Gatién	ONUSIDA
23	Mme OLOGOUDOU Karen	PAM
24	Mr TCHIBOZO Benoît	ROBS
25	Mr AKEREKORO Jacques	Alliance ATM
26	Mr SALIFOU Sèfiou	UFLS/MFSN

27	Mr GBODJA Constant	PARL-SIDA
28	Mme NONVIGNON Julliette	PARL-SIDA
29	Mr TROUGNIN Victor	PALS/BAD
30	Dr RIBIERE TRAORE Albertine Aminata	UNFPA
31	Mr CHATIGRE Jérôme	ROBS
32	Mr TONATO A. Honorée	OCS/MPDEPP-CAG
33	Dr MEDEGAN-KIKI Valentine	PALS/BAD
34	Dr AMEGNIGAN Jonathan	SP/CNLS
35	Mr BONI BIAO Karim	SP/CNLS
36	Mr AHOUCHEDE Christian	ReBAP+

COMITE DE RELECTURE

N°	Noms Prénoms	Structure
1	Dr MEDEGAN KIKI Valentine	PALS/BAD
2	Dr KINDE GAZARD Dorothée	CNC
3	Dr OBEY Antoinette	PNLS
4	Dr AKINOCHE Evelyne	SP/CNLS
5	Dr BARUANI Yuma Kilundu	ONUSIDA
6	Mr ACOTCHOU Marius	RéBAP+
7	Dr HOUNHOUEDO Théophile	ROBS
8	Mlle CHRISTOFFERSEN Sarah	ONUSIDA
9	Dr EKANMIAN K. Gatien	ONUSIDA