



RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2016

Mars 2016

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	5
I. BREF APERÇU DE LA SITUATION	7
1.1. Inclusion des différents intervenants dans le processus de rédaction du rapport	7
1.2. Statut de l'épidémie	9
1.3. Politiques et programmes de riposte	10
1.4. Tableau des indicateurs	12
II. DESCRIPTION DE L'EPIDEMIE	22
2.1. Prévalence de l'infection à VIH	22
2.1.1 Aperçu de la situation au sein de la population générale.....	22
2.1.2 Aperçu de la situation chez les femmes enceintes	23
2.1.3 Situation au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection.....	24
2.1.4 Situation au sein des autres groupes spécifiques.....	26
2.2. Estimations et projections des indicateurs de 2016 à 2020.....	27
III. RIPOSTE NATIONALE AU SIDA	31
3.1. Engagement politique	31
3.2. Etat d'avancement de la mise en œuvre des aspects liés à l'accès universel	31
3.2.1 Réduction de la transmission par voie sexuelle.....	31
3.2.2. Soins et soutien aux OEV et PVVIH	38
3.3. Elimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduction sensible du nombre de décès maternels liés au sida.....	40
3.4. Interventions de la lutte contre le sida en milieu de travail	41
3.4.1 Au niveau du secteur public.....	42
3.4.2 Au niveau du secteur privé	42
3.5 Soins et traitement.....	43
3.5.1. Traitement par les ARV	43
3.5.2. Prise en charge des Infections Opportunistes	43
3.5.3. Prise en charge psychosociale et nutritionnelle.....	44
3.6. Financement de la réponse.....	46
3.7. Intégration des services	49
3.8. Elimination des inégalités entre les sexes	49
IV. PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS	52
4.1. Progrès réalisés.....	52
4.2. Défis à relever	52

4.3. Solutions concrètes	54
V. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	56
5.1. Appui financier	56
5.2. Appui technique	56
VI. SUIVI ET EVALUATION.....	58
6.1. Aperçu des forces du Système Unique de Suivi et Evaluation (SUSE)	58
6.2. Principaux défis du Système Unique de Suivi et Evaluation (SUSE).....	58
6.3. Solutions planifiées pour surmonter ces défis.....	59
6.4. Besoins en Assistance Technique et de Développement des Capacités pour le Suivi et Evaluation	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs de suivi de la Déclaration de Politique sur le VIH.....	12
Tableau 2 : Prévalence pondérée de l'infection à VIH par département et selon le milieu de résidence ..	23
Tableau 3 : Taux d'acceptation du test VIH et de séroprévalence chez les tuberculeux, toutes formes confondues par département en 2015	26
Tableau 4 : Taux d'acceptation au test VIH et de séroprévalence chez les nouveaux cas TPM+ par département en 2015	27
Tableau 5 : Projection pour les adultes (15-49 ans)	27
Tableau 6 : Projection pour les jeunes de 15 à 24 ans	28
Tableau 7 : Projection pour les enfants de 0 à 14 ans	28
Tableau 8 : Projection pour les enfants de 0 à 1 an.....	29
Tableau 9 : Projections pour la prévention de la transmission mère – enfant.....	29
Tableau 10 : Projection pour les orphelins et enfants vulnérables	30
Tableau 11 : Point des indicateurs de ABMS/PSI pour 2015	35
Tableau 12 : Données communautaires PNLs 2015.....	36
Tableau 13 : Point des services d'assistance juridiques offerts par ABDD courant 2015.....	39
Tableau 14 : Evolution du nombre de PVVIH recevant les ARV de 2008 à 2015 (effectif cumulé).....	43
Tableau 15 : Répartition des dépenses par source de financement en 2015	48
Tableau 16 : Solutions pour opérationnaliser le système unique de suivi et évaluation suivant les 12 composantes	59

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Prévalence du VIH au sein de la population générale, des populations clés et autres groupes vulnérables au Bénin.....	10
Figure 2 : Prévalence du VIH selon les départements du Bénin	22
Figure 3 : Tendances de l'infection à VIH de 2006 à 2015 chez les femmes enceintes selon les milieux de résidence	24
Figure 4 : Besoins en traitement ARV de 2014 à 2020.....	29
Figure 5 : Evolution des dépenses totales pour la riposte au VIH et au sida de 2011 à 2015	47
Figure 6 : Répartition des dépenses par sources de financement	47

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

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

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

I. BREF APERÇU DE LA SITUATION

1.1. Inclusion des différents intervenants dans le processus de rédaction du rapport

Le processus d'élaboration du présent rapport a connu l'implication de plusieurs acteurs en vue d'une participation multisectorielle, à savoir :

- le secteur public (Ministère de la Santé à travers le Programme National de Lutte contre le Sida, les Unités Focales de Lutte contre le Sida des Ministères, de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs, du Développement et de la Prospective ; de la Défense Nationale; de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et les Personnes de Troisième Age, de l'Enseignement Secondaire et les structures décentralisées du CNLS ; etc ;).
- le secteur privé (UGFM SEIB.sa, etc)
- la société civile (REBAP+, ABDD/IDLO, CERADIS, ROAFEM, BESYP etc) ;
- les Projets et Programmes (PNLS, OCAL, Plan Bénin, Expertise France, ABMS/PSI, Caritas, PNPMT, Projet Equité en Santé, etc)
- Les partenaires au développement (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, OMS, BIT/SIDA).

Plusieurs étapes ont été suivies:

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

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

- le rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH et le Sida 2015 ;
- le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2015 – 2017 ;
- le rapport de l'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/Sida au Bénin 2015 (TS et serveuses ; camionneurs et clients TS ; jeunes scolaires et non scolaires de 15 à 24 ans, les personnes privées de liberté) ;
- le Plan National d'Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (2012-2015) ;
- le document de Stratégie Nationale de Passage à l'Echelle PTME 2011;
- le rapport de l'Enquête CAP sur le VIH et les déterminants des comportements à risque dans les entreprises du secteur privé du Bénin (2011) ;
- le rapport de l'évaluation de l'accès universel à la prévention, traitement, aux soins et soutien ;
- le rapport de l'Enquête de surveillance de deuxième génération relative aux IST, VIH et Sida, dans les ports d'Apapa, de Cotonou, de Lomé, de Tema et d'Abidjan, 2015 (camionneurs et professionnelles du sexe) ;
- l'Enquête de surveillance de deuxième génération relative aux UDI 2015
- le rapport de suivi de cohorte et de la taille des HSH 2015 ;
- l'Enquête de surveillance de deuxième génération relative aux HSH 2015

- le rapport de monitoring des données du PNLIS, 2015 ;
- le rapport de progrès de l'UGFM SEIB sa 2015;
- le rapport de progrès de l'UCFM 2015 Plan Bénin 2015;
- le rapport de la cartographie et de l'estimation des tailles des populations clés les plus exposées au risque de transmission du VIH : PS, HSH le long du Corridor, août 2012 ;
- le Plan stratégique régional de riposte aux IST, au VIH et au Sida le long du Corridor 2012-2016 ;
- le rapport de l'Enquête Nationale de Sérosurveillance Sentinelle du VIH et de la Syphilis auprès des femmes enceintes ;
- Enquête TRaC sur l'utilisation de préservatifs par les jeunes lors des rapports sexuels dans les zones d'intervention du Projet Amour et Vie, ABMS/PSI, 2015 ;
- Rapport sur les Modes de Transmission 2013 ;
- Etude de survie des PVVIH un (01) an après la mise sous ARV ;
- Rapport NASA 2015 ;
- Rapport du système des Nations Unies 2015 ;
- Indicateurs SA et activités communautaires de l'année 2015 du projet Equité en Santé ;
- Rapport annuel de coordination 2015 Expertise France ;
- Rapport de mise en œuvre du projet OEV – boîte de mémoire - Caritas.
- Rapport d'évaluation de la qualité des services de la ligne verte (7344) de l'ABMS (Troisième passage) Juillet 2015 ;
- Rapport d'évaluation de la qualité des services dans les Centres Jeunes Amour & Vie (CJAV) 2015 ;

1.2. Statut de l'épidémie

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

Les données épidémiologiques de l'infection au Bénin sont renseignées à partir de :

- l'Enquête de Surveillance Sentinelle auprès des femmes enceintes admises en consultation prénatale ;
- l'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection et des sous-populations spécifiques (ESDG) ;
- l'Enquête Démographique et de Santé associée à la biologie du VIH et des IST (EDS+) qui ont permis d'obtenir les résultats suivants :
 - La prévalence pondérée de l'infection à VIH chez les femmes enceintes est estimée respectivement à 1,9%, 1,9%, 1,6% et 1,86% au cours des années 2012, 2013, 2014 et 2015¹. Le stéréotype de VIH isolé est essentiellement le VIH1.
 - Au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection, la prévalence de l'infection par le VIH est estimée respectivement chez les PS et leurs clients en 2015² à 15,7%, et 1,3%. Elle est estimée à 7,7%³ chez les HSH, 4,7%⁴ chez les CDI en 2013 et chez les PPL à 1,4%.
 - La prévalence de l'infection à VIH dans les groupes spécifiques est estimée à : 15,0%⁵ en 2015 chez les tuberculeux toutes formes confondues, 1,2% en 2015 chez les camionneurs. Elle est de 0,2% chez les jeunes de 15 à 24 ans en 2015⁶.
 - Le Bénin en 2011-2012, a organisé une Enquête Démographique et de Santé associée à la biologie du VIH et des IST qui a permis d'estimer une prévalence de 1,2% avec 1,4% pour les femmes et 1,0% pour les hommes au sein de la population générale⁷.

¹ Rapport de Sérosurveillance, 2015

² Enquête de Surveillance de Deuxième Génération du VIH et des IST auprès des PS au Bénin, 2015

³ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération du VIH et des IST auprès des HSH au Bénin, 2015

⁴ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération du VIH et des IST auprès des Consommateurs de drogues injectables au Bénin, 2015

⁵ Rapport annuel d'activités PNT 2015

⁶ Enquête Démographique et de Santé (EDSB IV-Bénin, 2011-2012)

⁷ EDSB IV Bénin 2011-2012

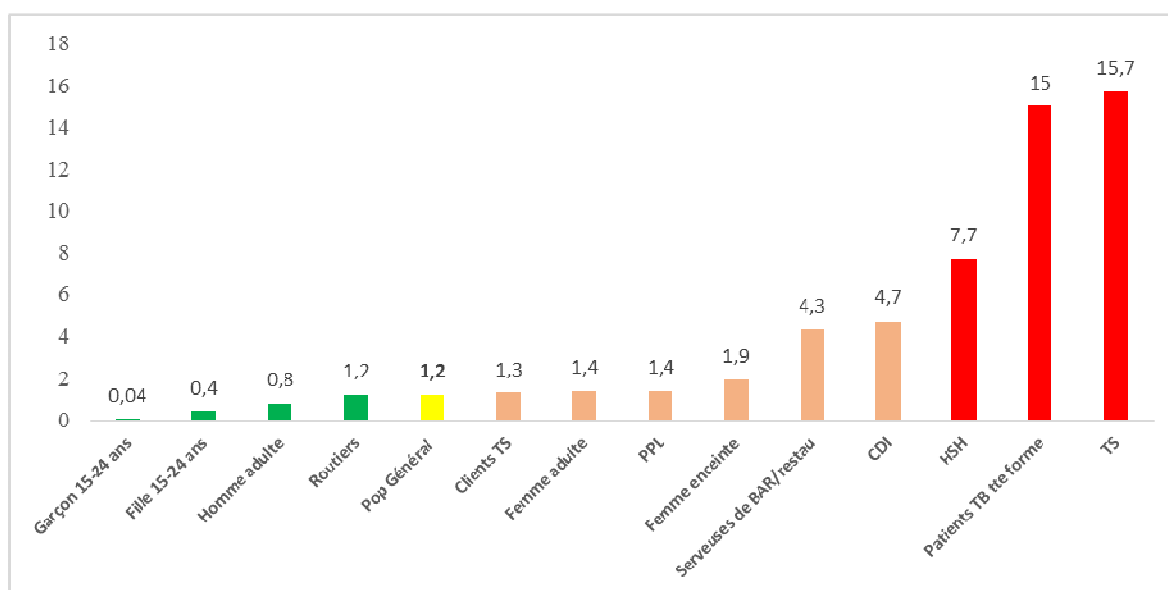


Figure 1: Prévalence du VIH au sein de la population générale, des populations clés et autres groupes vulnérables au Bénin

1.3. Politiques et programmes de riposte

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

➤ Au niveau national

- Sur le plan politique : on peut citer entre autres :
 - L'engagement du Gouvernement à travers l'augmentation des ressources financières et matérielles en 2015 (contribution à l'achat des ARV, réactifs et consommables médicaux), et humaines (mise à disposition du personnel; PNLS CIPEC, ZS etc.) pour la lutte contre le VIH et le Sida.
 - L'organisation conjointe de la 9ème session du CNLS et de la JMS sous l'égide du Président Chef de l'Etat, Président du CNLS
- Sur le plan programmatique : les principales actions réalisées se traduisent par l'organisation des enquêtes nationales et l'élaboration de différents plans d'action et rapports que sont :
 - Enquête de surveillance de deuxième génération relative aux IST, VIH et sida, dans les ports d'Apapa, de Cotonou, de Lomé, de Tema et d'Abidjan, 2015 (camionneurs et professionnelles du sexe) ;
 - Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/Sida au Bénin 2015 (TS et serveuses ; camionneurs et clients TS ; jeunes scolaires et non scolaires de 15 à 24 ans, les personnes privées de liberté) ;
 - Enquête de surveillance de deuxième génération relative aux UDI 2015 ;
 - Enquête de surveillance de deuxième génération relative aux HSH 2015 ;
 - Rapport de monitoring des données du PNLS, 2015 ;
 - Rapport de progrès de l'UGFM SEIB sa 2015;

- Rapport de progrès 2015 de l'UCFM Plan Bénin ;
- Rapport annuel ABMS/PSI 2015 ;
- Enquête Nationale de Sérosurveillance Sentinelle du VIH et de la Syphilis auprès des femmes enceintes 2015 ;
- Actualisation du Plan National de Suivi-évaluation ;
- Plans Opérationnel et de communication du PSN 2015 – 2017 ;
- Plan national de l'ETME 2016 – 2020 ;
- Rapport du Système des Nations Unies 2015.

➤ **Au niveau international**

Il s'agit ici de la participation du Bénin aux différentes conférences et consultation régionale et internationale ci-après :

- Conférence Internationale sur le VIH des pays francophones au Canada ;
- ICASA en Décembre 2015 ;
- Consultation régionale sur la recherche active des cas dans le cadre de la PTME et de la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre à Dakar ;
- Meeting scientifique et International sur la réduction de la demande de drogues au siège de l'UNODC à Viennes.

1.4. Tableau des indicateurs

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

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

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2016

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.	F	15-19	20	Nombre de personnes interrogées de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.	F	15-19	60	33.00	EDS 2012	INSAE
				20-24	24			20-24	68	36.00		
				25-49	21			25-49	89	23.60		
			M	15-19	30		15-19	75	40.30			
				20-24	62		20-24	136	45.80			
				25-49	114		25-49	727	15.68			
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Nombre de répondants âgés de 15 à 49 ans ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	F	15-19	273	Nombre total des répondants âgés de 15 à 49 ans. Le dénominateur inclut les répondants qui n'ont jamais entendu parler du VIH ou du sida.	F	15-19	2907	9.40	EDS 2012	INSAE
				20-24	521			20-24	2893	18.00		
				25-49	1622			25-49	10799	15.02		
			M	15-19	37		15-19	976	3.80			
				20-24	50		20-24	654	7.60			
				25-49	143		25-49	2803	5.10			
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives	F		75	Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH	F		5782	1.3	Rapport de serosurveillance chez les femmes enceintes 2014	PNLS
Professionnel(le)s du sexe												
1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » aux deux questions	F	<25	194	Nombre total de professionnel(le)s du sexe ayant été interrogé(e)s.	F	<25	219	88.58	ESDG TS 2012	PNLS
				25+	445			25+	485	91.75		
			M	<25	ND		M	<25	ND			
				25+	ND			25+	ND			
1.8	Pourcentage de	Nombre de	F	<25	221	Nombre de	F	<25	277	79.78	ESDG TS 2012	PNLS

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur		Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable	
	professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	<i>professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.</i>	M	25+	590	<i>professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels tarifés au cours des 12 derniers mois.</i>	M	25+	675	87.41		
				<25	ND				<25	ND		
				25+	ND			25+	ND			
1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.</i>	F	<25	163	<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe inclus dans l'échantillon.</i>	F	<25	178	91.57	ESDG TS 2012	PNLS
				25+	495			25+	527	93.93		
			M	<25	ND		M	<25	ND			
				25+	ND			25+	ND			
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif.</i>	F	<25	40	<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de dépistage.</i>	F	<25	302	13.25	ESDG TS 2012	PNLS
				25+	172			25+	709	24.26		
			M	<25	ND		M	<25	ND			
				25+	ND			25+	ND			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes												
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	<i>Nombre de HSH ayant répondu « oui » aux deux questions.</i>	M	<25	187	<i>Nombre total de HSH ayant été interrogés.</i>	M	<25	190	98.42	ESDG HSH 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	99			25+	101	98.02		
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal.</i>	M	<25	151	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au</i>	M	<25	184	82.07	ESDG HSH 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	81			25+	98	82.65		

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
						<i>cours des six derniers mois.</i>						
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.</i>	M	<25	94	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes inclus dans l'échantillon.</i>	M	<25	190	49.47	ESDG HSH 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	61			25+	101	60.40		
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif.</i>	M	<25	12	<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage.</i>	M	<25	143	8.39	ESDG HSH 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	13			25+	63	20.63		
Utilisateurs de Drogues Injectables												
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	<i>Nombre de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois par les Programmes de distributions d'Aiguilles et de Seringues (PAS).</i>	ND			<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays</i>	ND			ND		
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel</i>	M	<25	12	<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois</i>		<25	22	54.55	ESDG UDI 2014	SP/CNLS, Plan Bénin
				25+	49			25+	127	38.58		
			F	<25								
				25+	3			4	75.00			

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
						précédent						
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'elles se sont injectés de la drogue.	M	<25	11	Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant déclaré s'être injecté de la drogue au cours du mois dernier.	<25	18	61.11	ESDG UDI 2014	SP/CNLS, Plan Bénin	
				25+	83		25+	96	86.46			
			F	<25								
				25+	3			3	100.00			
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Nombre de consommateurs de drogues interrogés ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	M	<25	7	Nombre de consommateurs de drogues inclus dans l'échantillon.	<25	8	87.50	ESDG UDI 2014	SP/CNLS, Plan Bénin	
				25+	42		25+	45	93.33			
			F	<25								
				25+	1			1	100.00			
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif.	M	<25	1	Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage.	<25	17	5.88	ESDG UDI 2014	SP/CNLS, Plan Bénin	
				25+	7		25+	99	7.07			
			F	<25								
				25+	0			3	0.00			
Prévention de la Transmission Mère Enfant												
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de	Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de	a) Thérapie antirétrovirale pour les femmes enceintes séropositives au VIH qui sont éligibles pour le	1166	Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois	3861	30.19	Rapport de monitoring (S1 et S2) 2014, Estimations du Spectrum	PNLS			

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur		Dénominateur	Valeur	%	Source	Structure responsable
	transmission à leur enfant	<i>réduire le risque de transmission mère-enfant</i>	traitement						
			b) Prophylaxie pour les mères basée sur la trithérapie antirétrovirale	933			24.16		
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	<i>Nombre de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie, pendant la période couverte par le rapport. Les nourrissons ayant été dépistés ne devraient être comptés qu'une seule fois.</i>	1282		<i>Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois.</i>	3861	33.20	Rapport de monitoring (S1 et S2) 2014, Estimations du Spectrum	PNLS
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	<i>Le numérateur est constitué par le nombre estimé d'enfants qui seront nouvellement infectés par le VIH en raison de la transmission mère-enfant parmi les enfants nés de mères séropositives au cours des 12 derniers mois.</i>	799		<i>Nombre estimé de femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois.</i>	3861	20.69	Estimations du spectrum	PNLS

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur		Dénominateur	Valeur		%	Source	Structure responsable
Traitement antirétrovirale										
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période d'établissement des rapports.	moins 15 ans	1609	Nombre estimé d'adultes et d'enfants éligibles.	moins 15 ans	4454	36.12	Rapport de monitoring (S1 et S2) 2014, Estimations du Spectrum	PNLS
			15+	27241		15+	44342	61.37		
			Total	28850		Total	48796	59.12		
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Nombre d'adultes et d'enfants qui sont toujours en vie et toujours sous antirétroviraux 12 mois après le début du traitement.	M	<15	Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral au cours des 12 mois précédant la période de transmission des données*, y compris ceux qui sont décédés	M	<15	97,7	Rapport de survie 2014	PNLS
				15+			15+			
			F	<15		F	<15			

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
				15+		<i>depuis qu'ils ont commencé le traitement antirétroviral, ceux qui ont abandonné le traitement et ceux qui ont été perdus de vue au douzième mois.</i>		15+				
Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH												
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	<i>Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé ayant reçu une association d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé au plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programmes national contre la tuberculose) au cours de l'année où le rapport est soumis.</i>			553	<i>Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.</i>		640		86,71	Rapport PNT 2013	PNT/PNLS

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur			Dénominateur	Valeur			%	Source	Structure responsable
Dépenses nationales et internationales relatives au sida												
6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement		10 181 231 732 FCFA								NASA/REDES 2014	SP/CNLS
Elimination des inégalités entre les sexes												
7.2	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	<i>Femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement ou ayant eu un partenaire intime, qui déclarent être ou avoir été victime de violences physiques ou sexuelles de la part d'au moins un de ses partenaires au cours des 12 derniers mois.</i>	F	15 à 19 ans		Nombre de femmes interrogées âgées de 15 à 49 ans qui ont actuellement ou ont eu un partenaire intime.	F	15 à 19 ans		ND		Ministère de la Famille/Ministère de la Justice
				20 à 24 ans				20 à 24 ans		ND		
				25 à 49 ans				25 à 49 ans		ND		
7.3	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	Partie A : taux actuel de fréquentation des orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires. Partie B : taux actuel de fréquentation des non orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires, dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux.	Orphelins	F	25	Partie A : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents Partie B : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux	Orphelins	F	47	53.1	EDS 2012	INSAE
				M	33			M	45	74		
			Non orphelins	F	3207		Non orphelins	F	4417	72.6		
				M	3980			M	5076	78.4		

RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA AU BENIN 2016

N°	Indicateurs	Numérateur	Valeur		Dénominateur	Valeur	%	Source	Structure responsable
7.4	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	<i>Nombre de foyers les plus pauvres ayant reçu une quelconque forme de soutien économique externe au cours des 3 derniers mois.</i>	a) virement		<i>Nombre total de foyers les plus pauvres.</i>		ND		
			b) aide pour les frais de scolarité				ND		
			c) aide matérielle pour l'éducation				ND		
			d) aide à la création de revenus en espèces ou en nature				ND		
			e) aide alimentaire				ND		
			f) aide matérielle ou financière pour se loger				ND		

II. DESCRIPTION DE L'ÉPIDÉMIE

Le Bénin est un pays à épidémie mixte car il existe des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations clés plus exposées aux risques d'infection, notamment les TS et leurs partenaires, les prisonniers, les HSH et les UDI. Les sections suivantes présenteront la prévalence dans les différents groupes.

2.1. Prévalence de l'infection à VIH

2.1.1 Aperçu de la situation au sein de la population générale

Le Bénin a organisé la quatrième édition de l'EDS+ pour une meilleure évaluation de l'impact du programme en cours sur l'infection à VIH. En outre, l'EDSB-IV 2011-2012 renseigne sur la connaissance de l'épidémie du VIH et son profil à travers le pays. Ce qui conduit à des interventions et à la formulation de messages plus précis et mieux ciblés. Ainsi, le taux de prévalence est de 1,2% chez les personnes de 15-49 ans. Cette prévalence estimée chez les femmes à 1,4% est plus élevée que chez les hommes du même groupe d'âge (1,0%) (Sexe ratio de 140 femmes infectées pour 100 hommes). La prévalence la plus élevée est observée au niveau du groupe d'âge 30-34 ans (2,1%) et celle la moins élevée pour le groupe d'âge 15-19 ans (0,3 %).

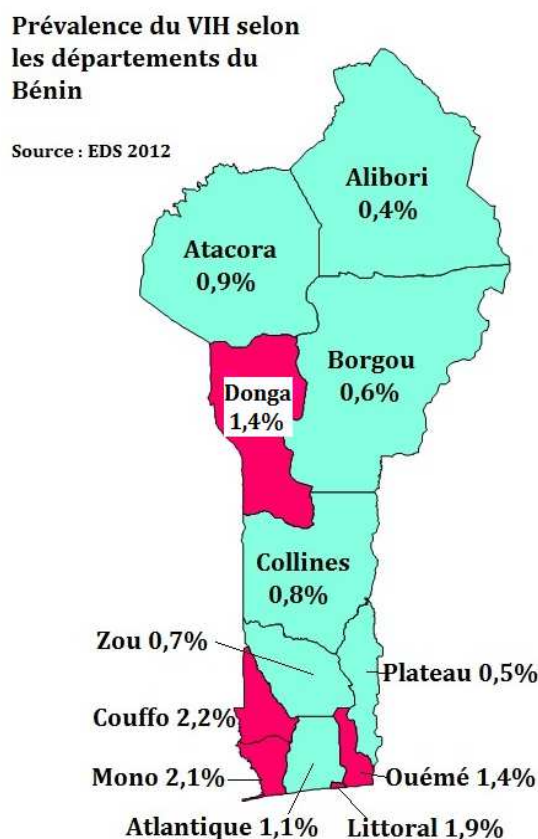


Figure 2 : Prévalence du VIH selon les départements du Bénin

En milieu urbain, la séroprévalence est plus élevée qu'en milieu rural (1,6 % contre 0,9 %). En particulier, c'est à Cotonou que la prévalence du VIH est la plus élevée (1,9 % contre 1,4 % dans les autres villes). Dans les départements, le niveau de séroprévalence varie d'un maximum de 2,2 %

dans le Couffo, de 2,1 % dans le Mono et de 1,9 % dans le Littoral à moins d'un pour cent dans les départements de l'Alibori, de l'Atacora, du Borgou, de Plateau et du Zou.

2.1.2 Aperçu de la situation chez les femmes enceintes

➤ Séroprévalence chez les femmes enceintes

La prévalence pondérée en fonction du poids démographique des départements et du type de milieu (urbain et rural) est estimée à **1,86% avec un IC à 95% : [1,59-2,12]**. La prévalence est significativement plus élevée en milieu urbain **2,10%** [1,82-2,39] qu'en zone rurale **1,43%** [1,20-1,66]. Les départements du Mono, de la Donga, et du Littoral ont enregistré les prévalences les plus élevées respectivement 6,53% ; 4,34% et 3,25% en 2015.

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

Départements	Milieu		Bénin	
	Urbain	Rural	Moyenne pondérée	IC à 95%
Alibori	0,20	0,20	0,20	0,13 - 0,26
Atacora	3,07	0,56	1,51	1,35 - 1,67
Atlantique	2,55	1,66	2,01	1,82 - 2,20
Borgou	1,36	0,45	0,81	0,69 - 0,93
Collines	0,94	0,53	0,68	0,57 - 0,80
Couffo	2,29	1,00	1,49	1,32 - 1,65
Donga	3,84	4,61	4,34	4,05 - 4,64
Littoral	3,25	-	3,25	2,90 - 3,59
Mono	2,25	8,80	6,53	6,16 - 6,91
Ouémé	1,38	1,00	1,15	1,00 - 1,30
Plateau	2,81	0,41	1,27	1,13 - 1,41
Zou	1,00	0,57	0,74	0,62 - 0,85
Bénin	2,10	1,43	1,86	1,59 - 2,12
	(IC= 1,82 - 2,39)	(IC= 1,20 - 1,66)		

Source : Données du rapport de sérosurveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes, 2015.

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

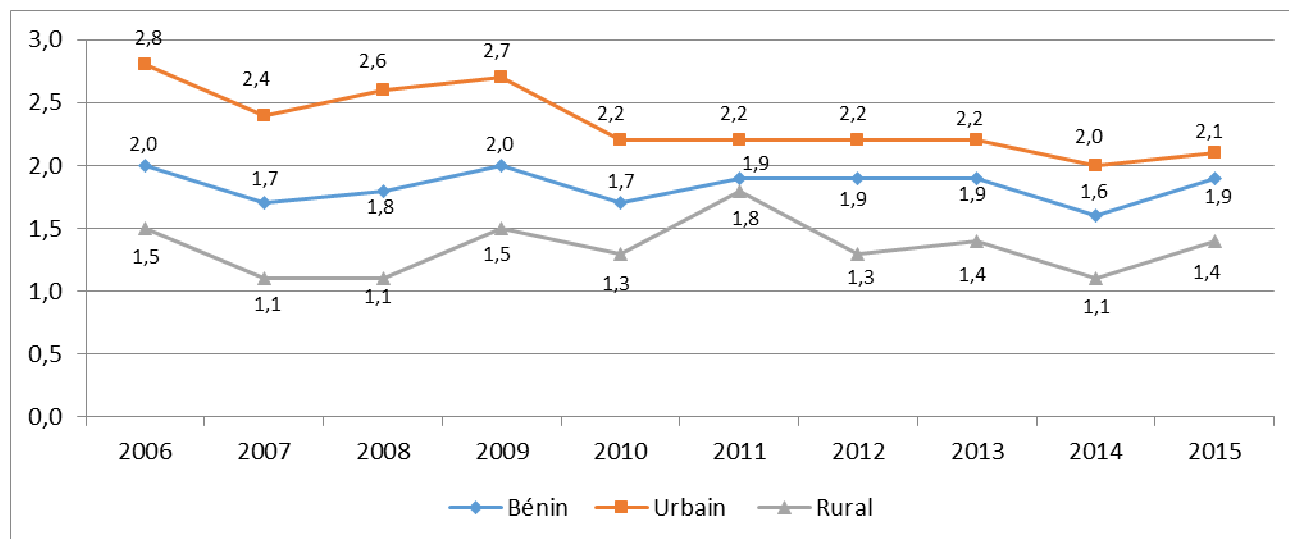


Figure 3 : Tendance de l'infection à VIH de 2006 à 2015 chez les femmes enceintes selon les milieux de résidence

La situation en milieu urbain reste préoccupante. Elle varie de 2,0 à 2,8% avec une évolution en dents de scie et une tendance stationnaire depuis 2010. Par contre, en milieu rural, elle varie entre 1,1 et 1,8%. Il est à souligner que la prévalence pour l'ensemble du pays oscille autour de 2% depuis 2002.

➤ **Séropositivité à VIH dans le cadre de la PTME**

En 2015, 362 025 femmes enceintes ont été dépistées au VIH sur 398 525 gestantes admises en première consultation prénatale soit 90,8%. Sur les 362 025 dépistages réalisés, 3814 femmes sont testées positives au VIH (1,1%). En plus de ces nouvelles femmes positives, 783 femmes déjà sous ARV sont arrivées sur les sites PTME avec une nouvelle grossesse. Sur les 3814 gestantes testées séropositives 2550 ont été mises sous option B+ (66,9%)⁸.

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

➤ **Professionnelles de sexe et leurs clients**

La prévalence du VIH a connu une diminution statistiquement significative entre 2012 et 2015 (15,7% en 2015 contre 20,9%). Cette prévalence varie selon le département et le type de prostitution (17,6% chez les TS affichées avec un IC à 95% [17,5 – 17,7] ; 8,0% chez les TS clandestines avec un IC à 95% [7,8– 8,2]). Le sérotype VIH1 est prédominant⁹.

Cette enquête a également permis d'estimer chez les clients des TS, une prévalence à 1,3%. Cette dernière est significativement en régression par rapport à celle de 2012 qui était de 2,3%.

Une étude spécifique dénommée « ESDG relative aux IST, VIH et Sida le long du Corridor Abidjan-Lagos » ayant pour cibles les Professionnelles du sexe, Camionneurs et Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes menée en 2015 par l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos (OCAL) a révélé que la prévalence chez les TS tout au long du corridor Abidjan-Lagos est de 8,2% IC à 95% [6,69 – 9,87] et varie selon les types de prostitution (9,5% chez les TS affichées; 6,5% chez les

⁸ Rapport de monitoring des données S1 et S2 du PNLS, 2015

⁹ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération chez les PS, 2015

TS clandestines). La portion Béninoise a la prévalence la plus élevée : 14,7% contre 4,9% au Ghana¹⁰.

➤ **Serveuses de bars et restaurants**

La prévalence de l'infection à VIH est de 4.3% avec un IC à 95% [2,2 – 6,5]. Au total, 352 serveuses de bars et restaurants ont été enquêtées à travers tout le pays avec 15 dépistées positives au VIH¹¹.

➤ **Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)**

La prévalence du VIH au sein de la population des HSH au Bénin est estimée à 7,7%, soit 6 fois celle de la population générale qui est estimée à 1,2%¹². Cette prévalence est en baisse comparée à celle de 2013 (12,6%)¹³.

S'agissant de la variation de la prévalence suivant les groupes d'âge, la prévalence du VIH est légèrement plus élevée chez les HSH âgés de 25 ans et plus, que chez ceux de 18-24 ans (9,2% contre 7,8%). La prévalence du VIH présente une tendance à la baisse selon le niveau d'instruction. Ainsi, cette prévalence est de 12,4% chez les HSH ayant un niveau primaire, 10,4% chez ceux ayant un niveau secondaire et seulement 4% chez ceux ayant un niveau d'instruction supérieur.

La prévalence du VIH chez les HSH est estimée à 12,3% IC à 95% [9,38 – 15,4] le long du corridor Abidjan-Lagos. Selon les pays, elle varie de 8,7% au Ghana à 14,7 au Togo. La portion Béninoise du corridor enregistre une prévalence de 12,4%. Les homosexuels sont deux fois plus infectés que les bisexuels (8,9% contre 15,0%) de même que les passifs (21,3% contre 11,7% chez les versatiles et 7,4% chez les actifs) pour l'ensemble des 5 pays¹⁴.

➤ **Consommateurs de drogues injectables (CDI)**

La prévalence du VIH au sein des CDI est de 4,7% en 2015. Elle est en baisse comparée à celle de 2013 (6,7%)¹⁵.

➤ **Personnes privées de liberté (PPL)**

La prévalence chez les détenus au niveau national est de 1.4% en 2015¹⁶. L'âge n'influence pas la prévalence du VIH chez les PPL. De même, les facteurs comme le niveau d'instruction, la religion, la nationalité, la situation matrimoniale et la connaissance d'au moins un mode de transmission du VIH n'influencent pas significativement la prévalence du VIH chez les PPL.

La prévalence chez les femmes prisonnières (4,9%) est significativement plus élevée que chez les hommes (0,7%).

¹⁰ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) relative aux IST, VIH et Sida le long du Corridor Abidjan-Lagos, OCAL 2015

¹¹ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération chez les serveuses de bars, 2015

¹² Enquête de Surveillance de Deuxième Génération chez les HSH, 2015

¹³ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération chez les HSH, 2013

¹⁴ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) relative aux IST, VIH et Sida le long du Corridor Abidjan-Lagos, OCAL 2015

¹⁵ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) du VIH et des IST auprès des UDI au Bénin, 2013

¹⁶ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) du VIH et des IST auprès des PPL au Bénin, 2013

2.1.4 Situation au sein des autres groupes spécifiques

➤ Camionneurs

Selon l'ESDG 2015, la prévalence du VIH chez les camionneurs est estimée à 1,2% contre 3,2% en 2012. Cette prévalence varie selon les nationalités et les tranches d'âge. Les conducteurs dont l'âge est inférieur à 19 ans ont une prévalence nulle¹⁷.

La prévalence du VIH au sein des camionneurs tout au long du corridor Abidjan-Lagos est de 3,3% IC à 95% [2,14 – 4,50] en 2015. La distribution par pays de la prévalence de l'infection est sensiblement la même. Toutefois, il convient de relever le niveau élevé de prévalence chez les camionneurs enquêtés sur le tronçon Sèmè-Lagos qui est nettement supérieure à la moyenne de l'OCAL (5,3%) mais sans différence significative. La prévalence des camionneurs sur la portion Béninoise du corridor est de 2,4% et est la plus faible parmi celles des 5 pays¹⁸.

➤ Jeunes de 15 à 24 ans

La prévalence du VIH chez les jeunes adolescents scolaires de 15 à 24 ans est de 0,2% avec une prédominance féminine (0,4% vs 0,1%). Chez les jeunes adolescents travailleurs, elle est de 0,2% légèrement plus élevée dans la tranche d'âge de 20-24 ans (0,4%) et de (0,1%) dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans¹⁹.

➤ Malades tuberculeux

Le taux de séropositivité à VIH chez les tuberculeux en 2015 est de 15%. Depuis 2006, cette prévalence oscille autour de 16% avec une fluctuation de $\pm 1\%$ (15% en 2006 et 2007, 17% en 2008, 16% en 2009, 2010 et 2014, 17% en 2011 et 16% en 2012 et 2013). Au sein des nouveaux cas TPM+, le taux de séroprévalence est de 14%.

Tableau 3: Taux d'acceptation du test VIH et de séroprévalence chez les tuberculeux, toutes formes confondues par département en 2015

Départements	Nombre de cas de TB enregistrés	Nombre de cas de TB testés	Taux d'acceptation (%)	Nombre de TB/VIH positif	Taux de séroprévalence (%)
Atacora-Donga	331	330	100	72	22
Atlantique-Littoral	1560	1525	98	276	18
Borgou-Alibori	360	355	99	44	12
Mono-Couffo	549	537	98	67	12
Ouémé-Plateau	739	717	97	93	13
Zou-Collines	553	553	100	61	11
Bénin	4092	4017	98	613	15

Source : Rapport d'activités du PNT/MS, 2015

¹⁷ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) du VIH et des IST auprès Clients des TS, Camionneurs et Personnes Privées De Liberté, PNLS 2015

¹⁸ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) relative aux IST, VIH et Sida le long du Corridor Abidjan-Lagos, OCAL 2015

¹⁹ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) du VIH et des IST auprès Jeunes scolaires et non scolaires de 15 à 24 ans, PNLS 2015

Comme le montre le tableau suivant, le taux d'acceptation du test sérologique VIH chez les nouveaux cas TPM+ est de 98% au niveau national et varie d'un département à l'autre (96% à 100%).

Tableau 4 : Taux d'acceptation au test VIH et de séroprévalence chez les nouveaux cas TPM+ par département en 2015

Départements	Nombre de nouveaux cas TPM+ enregistrés	Nombre de nouveaux cas TPM+ testés	Taux d'acceptation (%)	Nombre de TB/VIH positif	Taux de séroprévalence (%)
Atacora-Donga	251	250	100	47	19
Atlantique-Littoral	1244	1208	97	203	17
Borgou-Alibori	269	264	98	26	10
Mono-Couffo	502	486	97	58	12
Ouémé-Plateau	670	645	96	73	11
Zou-Collines	466	466	100	42	9
Bénin	3402	3319	98	449	14

Source : Rapport d'activités du PNT/MS 2015

2.2. Estimations et projections des indicateurs de 2016 à 2020

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

➤ Situation chez les adultes

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

	2016	2017	2018	2019	2020
Population VIH+					
Total	59,455	59,525	59,428	59,158	58,664
Hommes	24,203	24,157	24,047	23,871	23,610
Femmes	35,252	35,368	35,382	35,287	35,055
Prévalence	1.07	1.04	1.01	0.97	0.93
Nouveaux cas de VIH					
Total	3,080	2,731	2,443	2,168	1,873
Hommes	1,299	1,152	1,031	915	790
Femmes	1,781	1,579	1,413	1,253	1,082
Incidence	0.06	0.05	0.04	0.04	0.03
Décès annuels dus au SIDA					
Total	1,405	1,246	1,072	911	782
Hommes	616	567	494	424	368
Femmes	789	679	578	487	414
Nombre de décès du sida parmi les femmes enceintes	75	64	55	46	39

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

Tableau 6 : Projection pour les jeunes de 15 à 24 ans

	2016	2017	2018	2019	2020
Population VIH+					
Total	6,869	6,783	6,618	6,392	6,112
Hommes	2,586	2,583	2,551	2,494	2,416
Femmes	4,283	4,200	4,067	3,898	3,696
Prévalence	0.3	0.28	0.27	0.25	0.24
Nouveaux cas de VIH					
Total	1,086	961	858	758	652
Hommes	385	341	304	269	232
Femmes	701	620	553	489	421
Incidence	0.05	0.04	0.04	0.03	0.03

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

Tableau 7 : Projection pour les enfants de 0 à 14 ans

	2016	2017	2018	2019	2020
Population VIH+					
Total	4,589	4,268	3,932	3,591	3,211
Hommes	2,345	2,181	2,010	1,837	1,644
Femmes	2,245	2,087	1,922	1,754	1,567
Nouveaux cas de VIH					
Total	271	260	235	197	114
Hommes	138	132	120	100	58
Femmes	133	127	115	97	56
Décès annuels dus au SIDA					
Total	258	220	204	181	146
Hommes	131	112	104	92	74
Femmes	127	108	100	89	72
Population atteinte du VIH 15-17					
Total	1,046	1,058	1,053	1,044	1,030
Hommes	463	475	478	480	480
Femmes	583	584	575	564	551

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

Tableau 8 : Projection pour les enfants de 0 à 1 an

	2016	2017	2018	2019	2020
Population VIH+					
Total	147	146	129	106	60
Hommes	75	74	66	55	31
Femmes	72	71	63	52	29
Nouveaux cas de VIH					
Total	204	196	176	148	85
Hommes	104	100	90	76	43
Femmes	100	96	86	73	41
Décès annuels dus au SIDA					
Total	57	50	47	42	25
Hommes	29	25	24	21	12
Femmes	28	24	23	21	13

➤ **Besoins en traitement ARV**

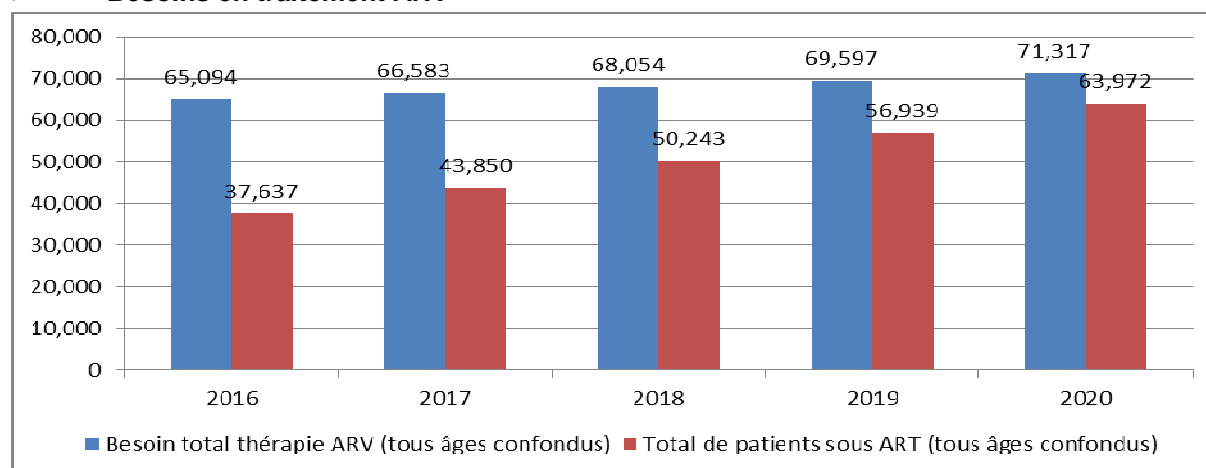


Figure 4 : Besoins en traitement ARV de 2014 à 2020

➤ **Prévention de la transmission mère-enfant**

Tableau 9 : Projections pour la prévention de la transmission mère – enfant

	2016	2017	2018	2019	2020
	3,865	3,875	3,869	3,857	3,838
Mère recevant une PTME	3,363	3,410	3,443	3,471	3,646
Névirapine unidose	0	0	0	0	0
Bi-prophylaxie ARV	0	0	0	0	0
Option A - maternel	0	0	0	0	0
Option B - triple prophylaxie à partir de la 14ème semaine	0	0	0	0	0
Option B+: ART commencé avant la grossesse en cours	1,160	1,085	1,354	1,929	2,687

	2016	2017	2018	2019	2020
Option B+: ART commencé pendant la grossesse en cours > 4 weeks before delivery	2,203	2,325	2,089	1,543	960
Option B+: ART commencé pendant la grossesse en cours < 4 weeks before delivery	0	0	0	0	0
Couverture PTME	87	88	89	90	95
Couverture PTME pour des traitements plus efficaces	87	88	89	90	95
Taux de transmission mère-enfant à 6 semaines	3.45	3.3	2.98	2.51	1.41
Taux de transmission final incluant la période d'allaitement	7.01	6.7	6.06	5.11	2.97
Nombre de femmes séropositives allaitant à 3 mois	3,830	3,840	3,834	3,822	3,804
Nombre de femmes séropositives allaitant à 12 mois	3,761	3,770	3,764	3,753	3,735
Nombre de nouvelles infections chez les enfants dues à la transmission de la mère à l'enfant					
Total	271	260	235	197	114
Hommes	138	132	120	100	58
Femmes	133	127	115	97	56
Femmes enceintes séropositives présentant un nombre de CD4 < 350	3,491	3,518	3,529	3,531	3,664
Couverture des traitements pour les femmes enceintes séropositives	87	88	89	90	95
Nombre d'enfants séropositifs	67	69	72	69	43

➤ **Situation chez les orphelins**

Tableau 10 : Projection pour les orphelins et enfants vulnérables

	2016	2017	2018	2019	2020
Orphelins de mère					
SIDA	13,038	12,422	11,693	10,866	10,000
Non SIDA	156,971	157,595	158,016	158,250	158,299
Total	170,009	170,017	169,709	169,117	168,298
Orphelins de père					
SIDA	21,334	20,523	19,502	18,318	17,052
Non SIDA	315,664	318,762	321,762	324,715	327,641
Total	336,998	339,285	341,264	343,033	344,693
Orphelins de père et de mère					
SIDA	7,651	7,207	6,717	6,192	5,680
Non SIDA	47,547	47,364	47,164	46,942	46,845
Total	55,198	54,571	53,881	53,134	52,525
Total orphelins	451,809	454,730	457,092	459,016	460,467
Tous orphelins du SIDA	28,021	26,964	25,619	24,042	22,326

III. RIPOSTE NATIONALE AU SIDA

31. Engagement politique

L'engagement politique en faveur de la réponse s'est davantage consolidé et soutenu par le Chef de l'Etat, Président du CNLS. La révision du décret instituant le CNLS et son adoption en conseil des ministres a permis de rattacher le CNLS à la présidence de la République. Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2012-2016 a été revu à mi-parcours sur le budget national avec le concours de l'ONUSIDA, l'OMS, du Fonds Mondial et Plan Bénin. Un nouveau Plan stratégique existe et couvre la période de 2015 à 2017. Ce plan a été lancé par le Chef de l'Etat en personne lors de la session du CNLS 2014 qu'il a présidé.

Dans le processus du développement de l'agenda Post 2015, le Chef de l'Etat a fait le plaidoyer par une visio-conférence pour le positionnement du sida dans l'agenda de développement post 2015 à l'occasion de la réunion de haut niveau de la commission ONUSIDA-Lancet tenue à Londres.

Dans le cadre du processus d'accélération de mise en œuvre de l'ETME, le plan ETME a été évalué et les goulots ont été identifiés avec des mesures pratiques pour la levée de ces goulots qui ont été dégagées.

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

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

3.2.1 Réduction de la transmission par voie sexuelle

3.2.1.1 Actions clés menées en 2015

➤ Communication pour un Changement de Comportement (CCC)

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

- La communication pour un changement de comportement auprès des HSH, UDI, des PvVIH, des travailleuses de sexe, des routiers/camionneurs, des jeunes non scolarisés et déscolarisés, des jeunes filles vendeuses ambulantes et des personnes privées de liberté (PPL) ;
- La distribution de préservatifs et des gels lubrifiants ;
- La référence pour le dépistage.

a) La communication pour un changement de comportement auprès des HSH, UDI, des PvVIH, des travailleuses de sexe, des routiers/camionneurs, des jeunes non scolarisés et déscolarisés, des jeunes filles vendeuses ambulantes et des personnes privées de liberté (PPL)

▪ Pairs Educateurs

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

L'ensemble de ces PE ont touché 210 877 personnes lors des activités de sensibilisation. .

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

Le centre d'écoute de REBAP+ a été visité par 826 personnes dont 545 cas référés sur les sites de PEC.

Pour ce qui concerne le Programme de la Pharmacopée et de la Médecine traditionnelle, les praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) à travers l'Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle du Bénin (ANAPRAMETRAB) ont pour le compte de 2015 fait des références vers les centres de dépistage VIH et sensibilisé la population qui a recours à elle pour une prévention de la maladie

Pour les activités des Agences du Système des Nations Unies, on peut citer :

- 10 000 jeunes de 11 communes ont bénéficié des interventions de mobilisation de jeunes dans l'organisation des services à base communautaire en SSRAJ/PF/VIH/SIDA en appuyant les réseaux et ONG et organisations de jeunes.
- 84 265 jeunes sont touchés avec 11319 dépistés dont 21 étaient positifs et 12 indéterminés,
- 10820 préservatifs distribués aux jeunes
- Production de supports d'IEC, soit 1000 exemplaires du manuel d'éducation affective et sexuelle: "**les ado veulent savoir**", 600 boîtes à image, 600 phallus, et autres équipements pour les 600 relais formés.
- Formation de 638 relais communautaires pour accroître l'offre des services SR/PF/VIH.
- Mise à disposition des préservatifs, pour le dépistage au VIH de 10000 personnes
- Renforcement des capacités de 75 jeunes volontaires en SSRAJ/PF/IST/VIH/SIDA pour assurer la sensibilisation de proximité, l'orientation et la référence des cas dans les Zones Sanitaires
- de la prévention primaire et de l'amélioration de la demande de services sur l'ETME, 2500 adolescents âgés de 10 à 17 ans du Programme de Cours Accélérés (PCA) sont formés sur les Compétences de Vie Courante (CVC) pour leur permettre d'éviter les comportements à risque face au VIH
- du suivi du couple mère – enfant, des activités de communication et de counseling ont été menées en direction des cibles et des acteurs de divers niveaux. Ainsi, 162 agents socio sanitaires sont formés sur le counseling /VIH et 163 PvVIH pairs éducateurs, membres des associations, formés pour le suivi communautaire du couple mère enfant. Le guide communautaire élaboré a été mis à la disposition des bénéficiaires. 35 villages ont bénéficié des projections de films et débats pour promouvoir le dépistage du VIH et lutter contre la stigmatisation.
- L'atelier de formation des agents des secteurs civil, des forces de l'ordre et de la santé à la prise en charge communautaire de la dépendance vis-à-vis des drogues selon le guide édité par l'UNODC Community Based Treatment Good Practice.

- La combinaison entre la prise en charge communautaire et sanitaire, la définition de services adaptés à la prise en charge de la dépendance vis-à-vis des drogues est faite et la cartographie des services de soins adaptés est réalisée selon l'outil de cartographie de l'Union Africaine

S'agissant des activités de sensibilisation menées par OCAL au Bénin sur financement Fonds Mondial, 396 376 personnes ont été touchées et ont bénéficié de 3 813 634 unités de préservatifs masculins et féminins ainsi que de 3 085 492 dosettes de gels lubrifiants.

L'organisation a eu à traiter 46 613 cas d'IST. Pour ce qui concerne le dépistage, 120 601 personnes dépistées ont reçu effectivement leurs résultats.

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

– **Les Centres Jeunes Amour & Vie**

Pour augmenter et améliorer l'accès, la disponibilité et l'utilisation des services de SRAJ, pour prévenir les grossesses précoces et les IST/VIH, l'ABMS a initié la mise en service de 15 Centres Jeunes Amour et Vie (CJAV). Dans une ambiance conviviale agrémentée de services Internet et de divers jeux, les CJAV offrent des services d'écoute et de conseils en matière de santé sexuelle et reproductive ainsi que des services intégrés de prise en charge des IST, de counseling et dépistage du VIH/SIDA, du dépistage de cancer du col et de planification familiale y compris la double protection,

L'évaluation de la qualité des services réalisée en 2015 indique que Les personnes fréquentant les CJAV sont des adolescents (moyenne d'âge : 16,9 ans), assez bien instruites (95,7% ont le niveau d'étude secondaire ou plus), vivent dans des ménages de 4 à 6 personnes. Les garçons sont légèrement plus nombreux que les filles à fréquenter ces centres (60,2% contre 39,8%). Ils sont aussi majoritairement chrétiens (71,6%) et musulmans (25,7%).

– **Organisation de 2 Camps « Young For Life »**

L'ABMS a organisé 02 camps "Young For Life" au profit de 121 jeunes des clubs scolaires sous le thème : « Les jeunes leaders des clubs scolaires s'engagent pour la promotion de la santé reproductive ». L'objectif est de renforcer les compétences de vie courante et d'améliorer le leadership des membres des clubs scolaires Amour&Vie les plus méritants.

Il en est de même pour les jeunes non scolarisés. Ces derniers ont bénéficié de 02 camps Young For Life. Ils sont au total 124 participants et neuf (09) animateurs d'ONG à prendre part aux différentes activités. A la lumière de ces camps, la stratégie d'autonomisation des clubs a été renforcée et se base essentiellement sur le développement des AGR. Au total, 122 clubs sur les 143 actifs organisent des AGR dont les fonds de roulement octroyés par l'ABMS ont été fructifiés.

– **Activités de CIP à l'endroit des adolescents et jeunes non scolaires par les ONG**

L'ABMS en collaboration avec les représentants des zones sanitaires et des responsables des CPS a organisé 18 séances de plaidoyer à l'endroit d'environ 450 patrons d'ateliers. L'objectif de ces séances est de les sensibiliser sur l'importance de la fréquentation des CJAV par les adolescents et jeunes non scolaires. Au cours de ces séances les patrons qui sont déjà convaincus ont été utilisés pour sensibiliser ceux qui sont encore réticents. Cette intervention auprès des patrons leur a permis de mieux comprendre les interventions de l'ABMS et d'être plus favorables à la fréquentation des CJAV par leurs apprentis.

Dans le but de rejoindre plus d'adolescents et jeunes non scolaires et surtout en dehors des ateliers, l'ABMS en collaboration avec ses ONG partenaires a mis en place 18 nouveaux clubs non scolaires dont 10 au niveau des quartiers et 8 dans les marchés. Ce qui porte à 81 le nombre total des clubs non scolaires. Des pairs éducateurs ont été formés au sein de ces clubs et sont chargés de diffuser des messages sur la SRAJ à l'endroit de leurs pairs dans les quartiers, marchés et tout autre lieu de rassemblement des jeunes. Les 168 séances de CIP organisés par ces clubs non scolaires ont permis d'exposer 5.361 cibles.

Des pairs éducateurs ont été formés dans les ateliers où il n'y a pas de clubs et sont chargés de la mise en œuvre des activités de CIP dans les ateliers en lieu et place des animateurs d'ONG qui vont les superviser. Au total donc, pour renforcer la stratégie de pair-éducation en 2015, l'ABMS en collaboration avec les ONG a formé au total 450 nouveaux pairs éducateurs non scolaires qui sont activement impliqués dans les activités de CIP à l'endroit de leurs pairs.

Dans le souci d'adapter les messages aux besoins spécifiques des jeunes, l'ABMS a organisé en collaboration avec les 9 ONG partenaires, un atelier d'élaboration de guides d'animation adaptés aux tranches d'âge des adolescents et jeunes non scolaires et aux déterminants de changement de comportement identifiés après l'enquête TRaC auprès des jeunes. Ces guides sont mis à la disposition des différents PE formés pour l'animation des séances à l'endroit de leurs pairs.

L'ensemble de ces stratégies développées avec le soutien des patrons d'ateliers, des responsables de marchés et de quartier a permis de mieux faire connaître le programme SRAJ de l'ABMS et d'améliorer le taux de fréquentations des CJAV par les non scolaires qui est passé d'environ 11 000 en 2014 à 13206 en 2015.

Les résultats de l'ABMS/PSI pour l'année 2015 sont synthétisés dans le tableau suivant :

Tableau 11 : Point des indicateurs de ABMS/PSI pour 2015

Indicateurs :	Valeur pour 2015
Nombre de Préservatifs	9795
Nombre de Cas d'IST	7987
Nombre de Dépistage DCC	31198
Nombre de CD VIH	40900
Nombre de Dépistage PTME	45489

Les activités de l'ONG CeRADIS courant 2015 tournent autour de :

- L'atelier de partage et d'appropriation de la Stratégie Accélérée (Fast Track) à l'endroit des populations clés au Bénin.

Cet atelier a réuni plusieurs acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH et provenant d'organismes étatiques, organisations de la société civile, des partenaires et des représentants des populations clés. Il en ressort que:

- les objectifs du PSN par rapport à la couverture en dépistage et suivi des groupes cibles avoisinent les cibles de Fast Track et qu'il revient d'accélérer et de renforcer les services de prévention notamment la mise en œuvre de la prévention combinée.
- De même pour le traitement, il faudra accroître l'offre de services ainsi que la mobilisation communautaire.
- Dans le cadre de l'obtention de « Zéro discrimination », la Loi sur le VIH est en cours de révision et il revient également à documenter et promouvoir les meilleures pratiques.

Certaines recommandations ont été formulées à savoir :

- Inclure des actions de plaidoyer auprès des parlementaires à propos des UDI
- Réaliser un voyage d'études sur le Ghana pour s'appropriier les bonnes pratiques
- Inclure un lien entre les UDI, les HSH et les PPL afin de ne pas omettre des aspects
- Poursuivre la réflexion relative à la taille des cibles des populations clés à inclure dans le processus.

- Les activités de l'Observatoire dans les sites de PEC et PTME

Au cours de l'année 2015, le Projet Equité en Santé Sexuelle et Reproductive (EQS) a mené des activités auprès des Travailleuses de Sexe dans les villes de Cotonou, Abomey-Calavi, Parakou, Sèmè-kpodji, Porto-Novo et environs. Elles se résument comme suit :

Au niveau des services adaptés (SA), 3679 visites ont été réalisées, 984 TS ont visité les SA, 1565 TS ont fait une visite de suivi médical pour le dépistage IST dont 1047 diagnostiqués et traités, 1959 tests VIH ont été réalisés dont 270 positifs.

Quant aux activités communautaires, 2014 TS ont été couvertes, 67507 contacts de sensibilisation réalisés dont 8677 sur les IST, 200974 sur le dépistage, 42860 sur les visites systématiques, 7105 sur le VIH, 43996 sur l'utilisation de préservatifs. Au cours des contacts plusieurs thèmes ont été développés et 2700280 préservatifs masculins et 800 fémidons ont été distribués.

Au cours de l'année 2015, le PNLS a contractualisé avec dix-neuf (19) ONGs pour l'offre du paquet de prévention à l'endroit des groupes cibles que sont les TS et les PPL. Les activités de celles-ci ont permis d'obtenir les résultats suivants :

Tableau 12 : Données communautaires PNLS 2015

Indicateur	TS sensibilisée	PPL sensibilisé	Nombre de préservatifs distribués	Nombre de dosettes de gels lubrifiants distribués
Valeur 2015	25 562	8 248	3 360 466	44 505

b) La communication de masse ou de groupe

Elles concernent les activités de mobilisation sociale sur la prévention de l'infection par le VIH, organisées au cours des grandes cérémonies et manifestations officielles et lors de la célébration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida, la Journée Internationale de la Femme, la semaine de la fête de l'indépendance et d'autres fêtes ethniques et religieuses à l'intérieur du pays. Ces sensibilisations de masse ont été organisées par les ONG, le REBAP+, les CFLS et CILS, le ROBS, les CELS.

Ainsi, ABMS/PSI a soutenu tout le long de l'année 2015, un ensemble d'initiatives de ses partenaires sur le terrain lors des occasions de grand rassemblement, des tournois, des journées culturelles etc. pour promouvoir l'utilisation de préservatif Kool. Outre l'appui en supports imprimés et en dotation de condoms, les initiatives bénéficient des services de MVU (Dispositif mobile de projection). Par ailleurs, dans le cadre de la campagne de communication contre les Relations Sexuelles Inter générationnelles, un long métrage a été produit sur les violences faites aux filles avec l'appui du réalisateur béninois Ignace Yechenou. A tout cela, s'ajoute la mini-campagne de lutte contre les rapports sexuels inter générationnels qui a bénéficié de 76 diffusions du spot TV, 148 diffusions de bandes défilantes TV sur les créneaux adaptés aux jeunes des deux chaînes partenaires.

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

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

o **Magazine et émissions radio ou télévision pour adolescents et jeunes**

En 2015, l'ABMS a produit 5 éditions du magazine Amour&Vie version scolaire parue en 330.000 exemplaires, qui ont touché 1.040.000 jeunes selon le principe qu'un magazine est lu par au moins 4 personnes

- Pour ce qui concerne le magazine Amour&Vie, version non scolaire, il faut souligner que 35.000 exemplaires ont été produits et distribués ; ceci en étroite collaboration avec les ONG qui les utilisent comme supports didactiques.
- Toujours en 2015, l'ABMS a fait réaliser 418 émissions radio diffusées sur les radios partenaires en français et en langues, produit 9 émissions TV, 6 téléfilms qui ont été diffusés sur Canal3 Bénin. Les acteurs ou invités directement impliqués dans les émissions TV et téléfilms sont au nombre de 663 dont 300 filles.

o **Animation de la page facebook Amour&Vie**

En 2015, 288 messages ont été publiés sur la page Facebook «Amour et vie ABMS». Le nombre total de fans à la date du 31 décembre 2015 est de 54.217. Soit, un total de 2.553 nouveaux fans abonnés à la page. La communication via facebook a permis de toucher 632.154 cibles cette année

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

Pour bien prendre en compte les préoccupations des groupes à haut risque et des groupes marginalisés, l'ABMS a organisé le renforcement des capacités des téléconseillers de la Ligne Verte. La formation a porté sur les notions de base sur les IST/VIH/sida, les moyens de prévention, les arguments et techniques de négociation du port de condom, le test de dépistage, le counseling pour le test du dépistage, les différents centres et types de prise en charge, PEC aux ARV, PEC nutritionnelle, prise en charge psychologique.

L'année 2015 a connu la poursuite par ABMS/PSI de l'animation des échanges d'informations au profit de la santé chez les jeunes par la Ligne Verte. L'évaluation de la qualité des services de la ligne verte indique que :

- Les appelants sont en majorité des hommes (62,5%), des jeunes de 10 à 24 ans (71,7%). Environ deux-tiers sont des élèves ou étudiants (64,5%), Un appelant sur huit est apprenti ou artisan (11,8%). Ils appellent majoritairement du sud Bénin notamment des départements du Littoral-Atlantique (32,4%), du Mono- ; Couffo (14,2%) et de l'Ouémé-Plateau (12,1%).
- Le niveau de satisfaction globale des usagers de la ligne verte est de 87,5%. Tandis qu'elle était de 83,7% en 2014.

➤ **Promotion du dépistage volontaire**

Une meilleure maîtrise de la lutte contre les IST, le VIH et le Sida passe par la connaissance du statut sérologique. Cette dernière est au carrefour de la prévention et de la prise en charge. En effet, les différentes actions de sensibilisation menées à l'endroit de la population en général et à l'endroit des groupes spécifiques en particulier ont facilité la promotion du dépistage volontaire. Dans le souci de permettre au plus grand nombre de se faire dépister, une politique d'extension des sites de dépistage a permis de passer de 28 en 2006 à 163 sites en 2015 dont 155 fonctionnels (non compris les sites PTME). Les sites fonctionnels sont ceux qui n'ont pas connu de rupture de réactifs de plus d'une semaine au cours du dernier trimestre 2015 selon les critères de fonctionnalité du PNLIS.

Au cours de l'année 2015, le nombre de personnes dépistées volontairement (en stratégie avancée et en poste fixe) est de 66 652 dont :

- 48 858 dans la population générale,
- 3 843 dans les populations clés (TS, clients de TS, UDI et HSH),
- 13 951 parmi les groupes spécifiques (PPL, routiers, jeunes déscolarisés ou non scolarisés, consultants pour IST)

Selon le rapport de serosurveillance 2015, le nombre de personnes dépistées ayant reçu les résultats de leur test s'élève à 65 680 (48 039 personnes dans la population générale, 3 812 dans les populations clés et 13 829 au sein des groupes spécifiques) équivalant à un taux de retrait de 98,54%. Parmi les personnes dépistées volontairement au sein de la population générale, des populations clés et des

groupes spécifiques, on compte 3872 cas positifs dont 3 152 au sein de la population générale, soit un taux de séropositivité de 6,5%.

3.2.2. Soins et soutien aux OEV et PVVIH

3.2.2.1 Appui aux OEV

Les différents appuis aux OEV sont relatifs aux activités du ministère de la Famille, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des personnes de troisième âge, avec l'appui de Plan Bénin sur financement FM. Ils se résument au titre de l'année 2015 à divers appuis:

- psychologique, 434 garçons et 451 filles soit au total 885 OEV
- en frais d'écolage aux OEV, 329 ont reçu cet appui dont 284 garçons et 45 ;
- nutritionnel, 34689 Kits nutritionnels ont été distribués dont 18195 aux garçons et 16494 aux filles ;
- médical, 5346 OEV dont 2746 garçons et 2600 filles.

Sur le budget national ; ce ministère a appuyé psychologiquement 52081 OEV

- en kits scolaires 4032 OEV ;

3.2.2.1 Appui aux PvVIH

Les actions de soutien sont essentiellement liées aux services de prise en charge sociale, psychologique, nutritionnel et d'appui juridique offerts par l'ensemble des acteurs de la prise en charge communautaire. Le soutien social aux PVVIH résulte de l'action conjuguée des acteurs de Centres de promotion Sociale installés sur toute l'étendue du territoire national par le Ministère en charge de la famille.

La mise en place du projet Fonds Mondial a facilité les actions de soutien et de prise en charge psychologique qui représentent également une part importante dans la stratégie de lutte contre le VIH. Ces actions de soutien et de prise en charge sont réalisées par EXPERTISE France (ex GIP ESTHER) à travers un dispositif composé de 486 médiateurs et de 8 psychologues qui facilitent et complètent la prise en charge médicosociale. Pour l'année 2015, les appuis apportés aux PVVIH se résument comme suit :

Appui nutritionnel			Appui psychologique		
H	F	T	H	F	T
3799	7924	11723	943	1939	2882

3.2.2.3 Appui juridique

L'Association Béninoise de Droit du Développement, avec l'appui de l'Organisation Internationale de Droit du Développement (OIDD) et de l'Office du Haut-commissariat aux Droits de l'Homme (OHCDH) est chargée de mettre en œuvre des actions juridiques et de sensibilisation. Il s'agit des actions d'information sur la loi et les questions de droit liées au VIH, des offres de consultations, de conseil et d'assistance juridique aux personnes séropositives, affectées ou vulnérables au VIH en vue de la réduction des barrières de la stigmatisation et de la discrimination et autres violations de droits humains liées au VIH et au sida. Les différents services offerts au titre de l'année 2015 se présentent comme il suit :

Tableau 13 : Point des services d'assistance juridiques offerts par ABDD courant 2015

N°	Services offerts	Nombre enregistré
1	Consultations juridiques	58
2	Conseils et information juridique	2653
3	Assistance juridique, règlement par approche alternatives	33
4	Assistance juridique, règlement par procédure judiciaire	14
5	Assistance Juridique, orientation vers les CPS	13
6	Dossiers non achevés	02

L'ONUSIDA a lancé en 2015 une étude nationale sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, conçue et mise en œuvre par et pour les PVVIH. Elle a été coordonnée par le RéBAP+ qui est l'association faitière des associations de PVVIH au Bénin. Sa mise en œuvre a été appuyée au double plan technique et financier par le bureau local d'ONUSIDA au Bénin et par l'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos. Afin de garantir la qualité de l'ensemble du processus de mise en œuvre de l'enquête et de faciliter la capitalisation des résultats au niveau des acteurs de la lutte contre le VIH au Bénin, un comité de pilotage a été mis en place. Ce comité a été présidé par le RéBAP+ sous le coaching du CNLS qui a assuré la vice-présidence. Le secrétariat dudit comité a été assuré par l'ONUSIDA et le réseau national des associations identitaires HSH (BESYP). Les autres membres sont constitués du PNUD, de l'OMS, de Plan-Bénin, de l'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos (OCAL), de l'Association Béninoise de Droit et Développement (ABDD), du Réseau des ONG et Associations de Femmes pour la lutte contre la féminisation du VIH/Sida (ROAFEM), de la Direction de la Santé au Travail (DST), de l'Association des Femmes Juristes du Bénin (AFJB), d'une représentante d'une association des professionnelles de sexe féminin (en occurrence l'association Solidarité) et d'un représentant de l'un des six services adaptés intégrés en cours de renforcement par le PNLS.

Cette enquête d'envergure nationale, représentative de l'ensemble des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) au Bénin a permis de déterminer les niveaux des différents indicateurs en matière de stigmatisation et de discrimination aussi bien au plan national que dans les six (6) départements. Les résultats seront utilisés pour développer un plan national de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH au Bénin.

L'UNDP a apporté un appui au comité de suivi et de plaidoyer de haut niveau conduit par les Représentants du PNUD, de l'ONUSIDA, du CNLS, du Réseau des Organisations et Associations de Femmes pour la lutte contre la féminisation du VIH (ROAFEM) et de l'Association Béninoise du Droit de Développement (ABDD), a été mis en place pour dynamiser le processus de révision de la loi. Le processus de relecture de la loi a été engagé sous le leadership du PNUD. A cet effet, les termes de référence ont été initiés pour conduire l'actualisation de la loi qui doit intégrer les préoccupations spécifiques de toutes les catégories sociales, notamment les populations clés.

L'ONUSIDA avec l'appui de l'OMS a également appuyé l'atelier de réflexion sur la problématique, les enjeux et les perspectives de la santé mentale et des troubles liés à la consommation abusive de drogues (y compris les drogues injectables) au Bénin avec la participation des Ministères de la Santé, de l'Intérieur,

Sécurité Publique et Cultes, de la Justice Droits de l'Homme et Législation, Enseignement Secondaire, de la Formation Technique et Professionnelle de la Reconversion et de l'Insertion des jeunes. Le Panel diversifié des invités dont la société civile, les universitaires et les PTFS a permis de rendre national la préoccupation des 14 seuls psychiatres en poste en 2015 au Bénin et sur lequel repose la charge de la santé mentale et de la prise en charge des troubles d'assuétude. Cet atelier a donné lieu à un plan opérationnel 2016 2018 sur la santé mentale et les troubles liés à la consommation de drogues, additif du plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2014 2018 du Bénin.

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

Démarrée au Bénin en 2001, la PTME est l'une des priorités du Plan Stratégique National 2015 – 2017 et est soutenue par plusieurs partenaires en l'occurrence l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, l'USAID, la Coopération française, Plan Bénin, l'Expertise France, le Fonds Mondial etc.

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

La mise en œuvre de l'option B+ a démarré en juin 2013 et est passée à échelle depuis 2014. Cette option recommande la mise des gestantes séropositives sous ARV à vie dès que le diagnostic de l'infection à VIH est fait.

A la fin de l'année 2015, la poursuite du processus d'accélération de mise en œuvre de l'ETME a permis d'avoir 925 maternités accréditées érigées en sites PTME soit une couverture de 87,59%.

La couverture des sites publics est au-delà de 85% dans tous les départements. Par contre, celle des centres privés demeure assez faible dans la plupart des départements.

Au total, 362 025 femmes enceintes sont dépistées au VIH sur 398 525 gestantes admises en première consultation prénatale, soit un taux de 90,8%.

Sur les 362 025 dépistages réalisés, 3 814 femmes sont testées positives au VIH (soit 1,1%). Et 783 gestantes déjà sous ARV sont arrivées avec une nouvelle grossesse. Sur les 3814 gestantes séropositives, 2550 ont été mises sous option B+, soit (66,9%). Au cours de l'année 2015, les gestantes séropositives qui ont accouché dans les sites de PTME sont au nombre de 2 128; parmi elles, 1 966 (92,4%) ont accouché sous protocole. Le nombre d'enfants nés vivants de mères séropositives dans les sites PTME s'élève à 2 158. Sur l'ensemble de ces enfants, 2 130 sont exclusivement nourris au sein et 28 à l'alimentation de substitution.

Les enfants nés de mères séropositives qui ont bénéficié de la PCR en 2015 sont au nombre de 1953 dont 1313 prélevés dans l'intervalle de 6 à 8 semaines de vie. Sur ces 1313 enfants ayant bénéficié de la PCR, 22 ont été testés positifs soit un taux de positivité estimé à 1,67% contre 2,1% en 2014.

Dans le cadre de l'accélération de la mise en œuvre du plan ETME 2012-2015, l'UNICEF a poursuivi son appui pour l'amélioration de l'offre de services PTME à travers le renforcement de capacité des acteurs, la disponibilité des intrants, le suivi des activités. Ainsi au cours de l'année 2015 :

- 50 prestataires qualifiés des départements de l'Atlantique/Littoral et de l'Atacora/Donga et 230 aides-soignantes des 9 zones sanitaires ont été formés sur la Prise en Charge Intégrée de la

Grossesse et de l'Accouchement (PCIGA) dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME). Ceci a permis de porter le nombre de sites PTME à 922 contre 847 en 214 soit une couverture géographique nationale de 87%.

- L'UNICEF a appuyé le PNLIS à travers l'achat de 610 coffrets Détermine, 300 coffrets de Bioline, 100 coffrets d'Immunocombs et la maintenance curative de 5 automates d'hématologie XT 2000i. Ceci a contribué à la continuité de l'offre du dépistage et du suivi biologique des PvVIH
- La multiplication du guide communautaire par l'UNICEF et la mise à disposition des bénéficiaires par le PNLIS a permis d'améliorer le suivi communautaire du couple mère enfant.

La recherche active des perdus de vue organisée dans 8 zones sanitaires avec l'appui de l'UNICEF a permis de ramener dans la file active 62% des perdus de vue dans la zone sanitaire ZOBOZA et 87% dans la zone sanitaire DAA. Le dépistage précoce du nouveau-né a pu être accéléré, grâce à la mise en place d'un circuit d'acheminement des prélèvements DBS qui permet de collecter les échantillons de sang et de les acheminer vers les centres de référence disposant d'appareil PCR, ainsi 79,7% des enfants nés de mères séropositives ont été dépistés au premier semestre 2015 dont 54,6% entre 6 et 8 semaines. Dans le cadre du suivi des activités, une revue du plan ETME a été organisée et a permis d'identifier les gaps. Une tournée nationale conduite en juillet a contribué à l'analyse des causes de ces gaps et des propositions d'actions correctrices ont été entreprises. Aussi tous les sites PTME des 9 zones sanitaires ont bénéficié d'au moins une visite de supervision au cours de l'année grâce à la décentralisation de cette activité au niveau des zones sanitaires.

Avec l'appui de l'UNFPA au Ministère de la Santé, le développement du Paquet minimum SRAJ/VIH/PF intégré a continué dans la zone de concentration des Nations et dans les zones d'intervention du Programme a été effectif.

En 2015, les agences OMS, Unicef, UNFPA et ONUSIDA ont été impliquée dans la mobilisation de ressources pour une proposition conjointe RMNCH (Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health) incluant ETME comme priorité et adressant ces défis. Cette proposition qui a été acceptée et a permis de mobiliser un montant total de 4 000 000 USD pour une période de 14 mois, dont 244 000 USD pour l'ETME.

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

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

Les acteurs concernés sont :

- La Direction de la Santé au Travail (DST /Ministère du Travail)
- Les conseils de Lutte contre le VIH/Sida des ministères et institutions (CMLS ; CILS)
- Les Organisations Non Gouvernementales (ONG)
- L'Organisation du Corridor Abidjan Lagos (OCAL)
- L'Unité de Gestion du Fonds Mondial SEIB Sa (UGFM)
- Le Bureau International du Travail (BIT)

3.4.1 Au niveau du secteur public

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

Les conseils de lutte contre le SIDA des Ministères et institutions sont chargés de sensibiliser les autorités et le personnel des différentes institutions sur l'évolution de la pandémie et les mesures de prévention. Dans cette optique, les activités menées s'articulent autour de :

- 1830 Enseignants et Elèves du primaire des 12 circonscriptions scolaires du Mono/Couffo ont été sensibilisés à travers des jeux concours sur les IST, le VIH et le sida
- 80 Enseignants participant à l'université d'été 2015 ont été formés sur les IST, le VIH et le sida
- 1000 Usagers de l'école ont été dépistés
- Les RUP et CO-RUP de 83 circonscriptions scolaires ont été formés sur les curricula sur les IST, le VIH et sida
- 1137 élèves-maîtres de 6 Ecoles Normales des Instituteurs publiques et 14 Ecoles Normales privées ont été formés sur les différents volets des IST, du VIH et du sida
- Le personnel administratif de 14 circonscriptions scolaires du Borgou et de l'Alibori a été formé sur les conséquences des relations intergénérationnelles et ses conséquences
- sensibilisation de 20 conducteurs de véhicules administratifs (CVA) sur le rôle des parents dans l'éducation sexuelle de leurs enfants
- Dépistage du Personnel du Ministère
- Sensibilisation Populations participant aux grands évènements
- Acquisition et installation de distributeurs automatiques et de lubrifiants
- 20 maîtres alphabétiseurs ont été formés sur la parenté responsable
- 30 Pairs Educateurs ont été formés sur leurs rôles et responsabilités

3.4.2 Au niveau du secteur privé

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

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

En 2015, l'UGFM SEIB a sensibilisé 31.707 travailleurs à travers 174 entreprises (BTP, Hôtellerie et Routiers) par les activités de prévention sur le VIH et le Sida en milieu de travail. L'objectif de ces activités de prévention au sein des entreprises est de contribuer à la réduction du nombre de personnes infectées par le VIH / et le sida sur les lieux de travail.

3.4.2.4 Distribution de préservatifs

Au cours de l'année 2015, 137.558 préservatifs ont été distribués aux travailleurs des différents secteurs lors des différentes sensibilisations par l'UGFM SEIB.

Dans le cadre du Mécanisme de Financement Transitoire du Fonds Mondial (MTF ou TFM en anglais) couvrant la période de janvier à Décembre 2015, les activités menées par l'Organisation du Corridor

Abidjan Lagos ont permis de distribuer 1 062 194 préservatifs (féminins et masculins) et 584 273 gels et lubrifiants aux populations cibles le long du corridor Abidjan Lagos.

3.5 Soins et traitement

3.5.1. Traitement par les ARV

Le traitement de l'infection à VIH et Sida a démarré à travers l'Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux (IBA-ARV) en 2002. Aujourd'hui la prise en charge des PVVIH par les ARV se poursuit au Bénin avec un réel effort de décentralisation, d'intégration et d'amélioration de la qualité des services fournis dans ce cadre. Cet effort se traduit par l'augmentation sans cesse croissante du nombre de sites qui passe de 03 en 2002 à 91 en 2015. Ils sont répartis sur tout le territoire national dans le but de faciliter l'accès au traitement par les ARV à tous les patients.

L'existence d'un engagement politique en faveur de l'accès universel au service de prise en charge par les ARV se traduit par le maintien de la politique de gratuité de la prise en charge à travers un paquet minimum incluant l'accès aux médicaments antirétroviraux et pour certaines infections opportunistes, de même que le bilan biochimique, hématologique, immunologique et virologique. Un apport nutritionnel est également accordé pour accompagner la PEC médicale.

Les indications thérapeutiques, les critères d'initiation et les différentes procédures s'alignent parfaitement aux recommandations de l'OMS.

Grâce à ces mesures, le nombre de bénéficiaires ne cesse de croître. Ainsi, le nombre cumulé de personnes vivant avec le VIH prises en charge par les ARV est passé de 12 078 en 2008 à 33 602 en 2015 dont 1845 enfants. 536 perdus de vue antérieurement ont été réintégrés dans la file active dont 37 enfants.

En 2015, 6310 personnes ont été nouvellement mises sous ARV dont 6000 adultes et 310 enfants ; 580 décès de PVVIH ont été enregistrés dont 16 enfants et le nombre total de perdus de vue s'élève à 1520 dont 91 enfants.

Tableau 14 : Evolution du nombre de PVVIH recevant les ARV de 2008 à 2015 (effectif cumulé).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Adultes sous ARV	12 080	15 401	19 150	22 522	26 018	23 436	27 241	31757
Enfant sous ARV						1 374	1 609	1845

Source : Rapports de monitoring de 2008 à 2015, PNLIS

3.5.2. Prise en charge des Infections Opportunistes

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

Au 31 décembre 2015, 5040 PVVIH ont été nouvellement mis sous traitement préventif pour les Infections Opportunistes dont 277 enfants. Le nombre total d'enfants et d'adultes ayant présenté des IO en 2015 est de 5665 avec 334 enfants. . Le nombre d'adultes et d'enfants traités pour IO est respectivement de 5325 et 332 en 2015.

3.5.3. Prise en charge psychosociale et nutritionnelle

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

➤ Rôle des Médiateurs

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

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

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

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

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

En 2015 les médiateurs ont touché 489 108 PVVIH et usagers touchés par les Médiateurs lors des séances éducatives

- Pour ce qui est des préservatifs distribués,
 - 3 646 993 Préservatifs masculins lors des séances éducatives
 - 6 699 Préservatifs féminins lors des séances éducatives.

➤ Rôle des associations et ONG au niveau du conseil nutritionnel

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

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

➤ **Rôle des Réseaux communaux communautaires**

Caritas a organisé 03 cadres d'échanges avec 70 parents ou tuteurs des OEV et 11 membres de Réseaux Communaux Communautaires. Ces cadres d'échanges sont initiés pour renforcer la prise en charge à la base et ont ciblé les OEV et familles engagés dans le Processus de la Boîte à Mémoire. Ces différentes séances ont permis aux familles impliquées dans la démarche de Boîte à Mémoire de se sentir accompagnés dans l'éducation de leurs enfants.

Le grand défi reste de développer des approches flexibles et rationalisées pour maintenir le canal de partage d'expérience entre les familles impliquées dans le processus de la Boîte à mémoire.

➤ **Rôle des psychologues**

Il existe deux catégories de psychologues impliqués dans la prise en charge psychologique des cibles. Il y a les psychologues professionnels recrutés positionnés sur les sites de prise en charge et de PTME. Ils fonctionnent notamment dans le cadre de la mise œuvre du Round9 avec l'accompagnement de l'Expertise France.

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

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

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

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

Ces psychologues ont appuyé à travers les consultations psychologiques 945 OEV garçons, 1 063 OEV filles et 3 848 PVVIH femmes.

Les troubles fréquemment identifiés au cours des consultations sont les suivants :

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

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

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

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

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

- l'organisation des Camps pour les OEV.

Les groupes de parole entre les OEV facilités par les psychologues des Maisons d'Ecoute de Caritas Bénin constituent une activité maîtresse menée. A cet effet, les OEV sont catégorisés selon leur profil psycho-sociale, de sorte à regrouper les enfants présentant des difficultés semblables ou des malaises comparables pour des échanges de thématiques très spécifiques.

Ces rencontres constituent des moments privilégiés de partage d'expression de soi, de connaissances et d'expériences. C'est également, un moment privilégié pour l'éducateur et surtout pour les psychologues, de mieux appréhender les troubles comportementaux à travers les différentes activités (dessins, contes, jeux, animations diverses). De façon concrète, cette activité a permis de relever 3 défis majeurs :

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

Au cours de l'année 2015, un effectif total de deux mille deux cents soixante-dix-douze (2272) Orphelins et Enfants Vulnérables ont bénéficié au moins une fois des services d'écoute et/ou d'accompagnement des Maisons de l'enfance de Caritas. Ces écoutes ont porté sur différents problèmes auxquels les psychologues ont apporté des approches de solutions et ont eu le mérite d'apaiser ces enfants, car plusieurs d'entre eux se sont estimés heureux d'avoir été écouté et conseillé par les psychologues. Caritas Bénin a réalisé 115 groupes de parole au total au profit de 509 OEV dont 450 engagés dans le processus de la Boîte à mémoire.

3.6. Financement de la réponse

En 2015, les dépenses totales pour la riposte au VIH et au sida sont estimées à un montant de Neuf milliards cent quatre-vingt-neuf millions six cent quatre-vingt-dix-neuf mille sept cent quatre-vingt-dix (9 189 699 790) FCFA. Alors qu'on observe un accroissement significative des dépenses entre 2011 et 2012, on note qu'à partir de 2013, les chiffres sont en diminution continue passant de 10 996 164 946 FCFA en 2013 à 10 181 231 732 FCFA en 2014 pour chuter à 9 189 699 790 FCFA en 2015.

La baisse progressive des dépenses sur le VIH et le sida observée s'explique essentiellement par la réduction des contributions des partenaires bilatéraux et multilatéraux autres que le Fond Mondial.

On peut estimer le niveau de dépenses totales pour la riposte au VIH et au sida par tête d'habitant à 1019 FCFA (1,75 USD) en 2014 contre 880 FCFA (1,5 USD) en 2015.

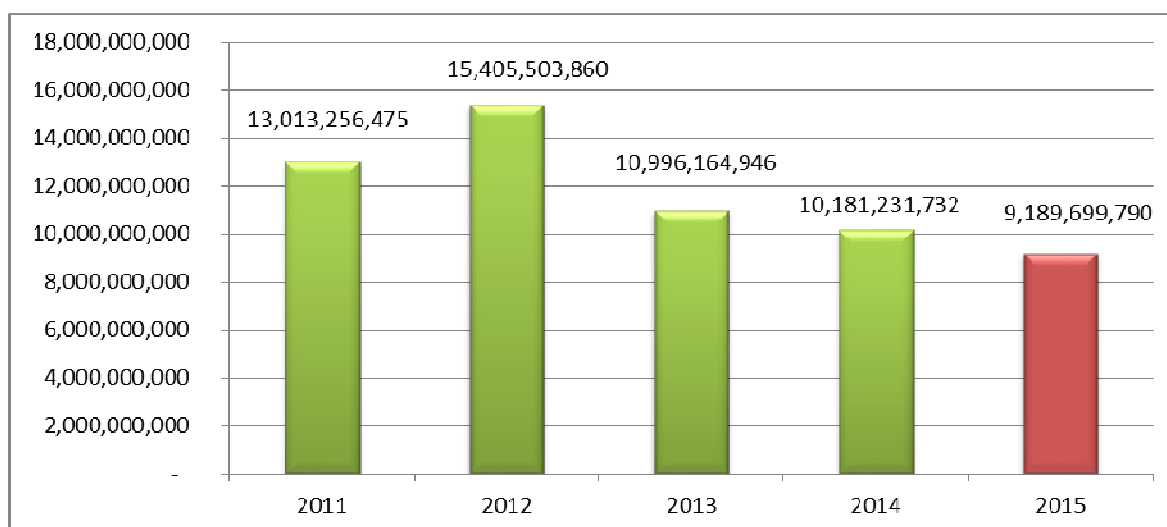


figure 5: Evolution des dépenses totales pour la riposte au vih et au sida de 2011 à 2015

En 2015, les financements extérieurs représentent 76,08% des dépenses totales contre 80,58% en 2014 soit une baisse de 4 points représentant plus de 1,2 milliards F CFA. Les financements intérieurs (public et privé) sont passés de 19,42% en 2014 à 23,93% en 2015 soit une augmentation de 2 points représentant plus de 222 millions F CFA.

La tendance à la hausse des dépenses sur fonds publics s'est poursuivie en 2015 avec plus de 2 milliards contre 1,5 milliard en 2014. Ce progrès réaffirme l'engagement de l'Etat dans la mise en œuvre de la feuille de route sur la responsabilité partagée de l'Union Africaine promue par le Président de la République.

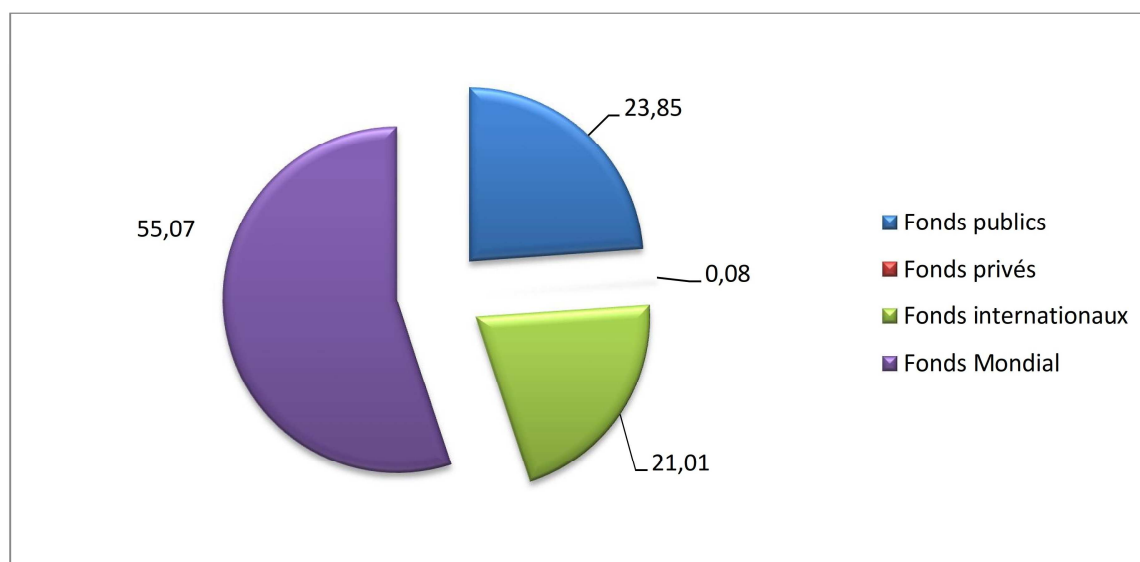


Figure 6: Répartition des dépenses par sources de financement

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

Tableau 15: Répartition des dépenses par source de financement en 2015

FS.01 Fonds publics	FS.01.01.01 Recettes du gouvernement central	2,191,569,091	
FS.02 Fonds privés	FS.02.01 Institutions et entreprises à but lucratif	7,071,000	
FS.03 Fonds internationaux		6,991,059,699	
	FS.03.01 Contributions bilatérales directes	FS.03.01.04 Gouvernement canadien	111,157,756
		FS.03.01.07 Gouvernement français	234,474,005
		FS.03.01.08 Gouvernement allemand	6,955,744
		FS.03.01.14 Gouvernement néerlandais	267,847,182
		FS.03.01.20 Gouvernement suisse	50,941,068
		FS.03.01.22 Gouvernement américain	168,326,732
	Total Contributions bilatérales directes		839,702,487
	FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	FS.03.02.07 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	5,060,566,334
		FS.03.02.08 Secrétariat de l'ONUSIDA	46,426,740
		FS.03.02.09 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	220,845,478
		FS.03.02.16 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)	27,281,000
		FS.03.02.17 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)	679,797,303
		FS.03.02.18 Banque mondiale (BM)	18,721,641
		FS.03.02.20 Organisation mondiale de la Santé (OMS)	31,219,330
	Total FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées		6,084,857,826
	FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	FS.03.03.22 Plan International	58,309,041
		FS.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.	8,190,345
	Total FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif		66,499,386
	Total		9,189,699,790

Source : REDES 2015, SP/CNLS Bénin

3.7. Intégration des services

Dans le cadre du renforcement de l'intégration des services VIH dans les services de santé, le Ministère de la santé a développé et mis en œuvre le Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI) pour la Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI) prenant en compte la PTME. En 2012 une feuille de route sur l'intégration de la PTME dans la SMNI a été élaborée avec l'appui des partenaires techniques et financiers ; à cet effet au niveau central, les documents de directives, normes et les outils destinés aux formations sanitaires de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant ont été actualisés pour inclure la PTME. Au niveau opérationnel, 80% des maternités offrent la PTME dans le cadre de suivi et de prise en charge des grossesses. Les 86 sites de prise en charge par les ARV sont des centres de santé au niveau communal, des hôpitaux départementaux et le CHU qui fonctionnent dans le cadre d'intégration de la pyramide sanitaire nationale. La prise en charge de la co- infection TB/VIH est assurée dans la majorité des centres de dépistage et de traitement de la tuberculose (CDT). Les Directions Départementales de la Santé et les Zones sanitaires assurent la mise en œuvre de cette politique d'intégration à travers le développement des plans de travail annuels et les supervisions intégrées trimestrielles. En effet, le système de monitoring du ministère de la santé a été mis à jour et a pris en compte les indicateurs PTME.

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

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

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

3.8. Elimination des inégalités entre les sexes

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

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

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

- la pauvreté : L'accès aux ressources reste une grande préoccupation du Gouvernement qui a développé un vaste programme d'autonomisation, de limitation de la dépendance des femmes vis-à-vis du mari et de la belle-famille par l'octroi de « microcrédit aux plus pauvres » et aussi en opérationnalisant le programme de gratuité de la césarienne ; le programme de gratuité de

l'enseignement aux filles de l'école primaire jusqu'au cours secondaire du 1er cycle vient renforcer l'accès universel des femmes à l'éducation ;

- les viols, le harcèlement sexuel et le rapport sexuel non consentant ;
- les mutilations génitales dont la pratique de réutilisation de matériel souillé pour plusieurs personnes peut être source de la transmission du VIH ;
- le partenariat sexuel multiple (polygamie) avec des femmes qui n'ont pas la possibilité de négocier les rapports sexuels protégés. Selon l'EDS-2012 seules 52,3% des femmes pensent qu'il est normal, de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint si elle sait que ce dernier a des rapports sexuels avec d'autres femmes contre 58,2% des hommes qui pensent que les femmes dans une telle situation ont le droit de refuser;
- les mariages forcées et précoces sont encore pratiqués dans certaines contrées du pays ;
- les violences physiques et sexuelles subies par près de la moitié des femmes exposent celle-ci à la contamination par le VIH ; selon une étude réalisée en Mars 2013 par le Ministère de la Famille, plus de 70% des femmes subissent toutes formes de violences ;
- le lévirat imposé aux femmes dans certaines régions du pays contraint les veuves à prendre en mariage le frère ou un parent de leur mari décédé en toute ignorance du statut sérologique de ce dernier;
- le niveau de connaissance et d'information sur l'infection à VIH, compte parmi les facteurs de propagation du VIH. En effet, en dépit des connaissances acquises, on note dans le rapport EDS 2011-2012 une faible utilisation du préservatif chez les femmes de 15-49 ans et jeunes filles de 15-24 ans ayant de multiples partenaires puisque 30.1% des femmes ayant déclaré des partenaires multiples, ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels contre 19.9% des hommes.

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

- La volonté politique manifestée par la prise de loi, la signature des conventions et instruments juridiques reconnus au niveau international et régional en matière des droits humains :
 - o à travers la SCRP III, le plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement 2009-2013 qui prévoit l'accès aux services de communication stratégique en SR/SRAJ/IST/VIH/Sida dans les zones de concentration du programme pour les communautés à la base, en particulier les femmes et les groupes vulnérables, les adolescents/jeunes (filles et garçons), les corps habillés et les travailleurs de sexe, généralement des femmes ;
 - o la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et la signature de son Protocole ;
 - o la Convention sur l'élimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des femmes ;
 - o la souscription à la Déclaration de Beijing ;
 - o La constitution du 11 décembre 1990 qui confère à l'homme et à la femme l'égalité en termes de droit et de dignité par son article 26;

- La loi n°2011-26 du 09 janvier 2012 portant prévention et répression des violences faites aux femmes au Bénin;
- Le programme de “microcrédit aux plus pauvres”;
- Le programme d'accès universel aux soins par la mise en œuvre du RAMU.
- ***L'appui des PTF dans le cadre de l'élimination des inégalités entre les sexes s'est manifesté à travers :***
 - le cadre de programmation stratégique pour la prévention du VIH Sida chez les femmes enceintes, les jeunes (filles et garçons), avec l'appui de l'UNFPA. Ce cadre a mis l'accent sur la communication, la programmation complète des préservatifs et l'intégration de la SR et le VIH à travers des activités intégrées au niveau institutionnel et opérationnel. En vue de l'accélération de la protection équitable des populations, l'Agenda femmes, filles, égalité des sexes et VIH a été intégré dans le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2012-2016. L'élimination des inégalités entre les sexes est prise en compte dans les documents de stratégies et programmes sectoriels de la santé :
 - le Projet PADEG (Programme d'Appui à la Démocratie et l'Egalité du Genre), financé par le Danemark et exécuté par le MFASSN- HPTA, lutte contre les Violences Basées sur le Genre (VBG) depuis Octobre 2010 ;
 - l'organisation des campagnes de communication pour un changement de comportement en matière de santé de la reproduction par l'accès à l'information, aux produits et services disponibles ont permis d'atteindre en 2012 un effectif de 120 HSH et de 40 UDI formés comme des pairs éducateurs et touché plus de 50.000 femmes, jeunes filles et garçons dans les milieux scolaires ou en apprentissage avec l'appui de l'USAID/PSI et de Plan Bénin .
 - la mise en œuvre du Projet Equité en Santé qui est en cours depuis 2013 (dans sa phase de recherche) et 2014 (phase d'intervention) vise à faciliter l'accès des TS aux soins de qualité (exposition aux activités visant le changement de comportement, suivi médical systématique, dépistage de VIH, traitement par les ARV des TS infectées, lutte contre les violences faites aux femmes, diagnostic du cancer du col de l'utérus, planification familiale etc.), en collaboration avec les Instituts de Recherche en Santé du Canada. Les services adaptés implantés sur l'étendue du territoire par le PNLS sont impliqués dans la fourniture des services de soins de qualité aux TS.

IV. PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS

4.1. Progrès réalisés

Les principaux progrès réalisés sont :

- Rattachement effectif du SP/CNLS à la Présidence de la République par le décret n°2014-667 du 25 Novembre 2014 ;
- Augmentation des fonds publics alloués à la réponse nationale à hauteur de 2 milliards de FCFA ;
- Meilleure évaluation de la situation des IST et du VIH et sida au sein des UDI, des HSH, TS, PPL, Adolescents et jeunes et camionneurs à travers les Enquêtes de Surveillance de Deuxième Génération (ESDG) ;
- Evaluation de l'impact des interventions en direction des OEV et des PVVIH sous ARV. ;
- Augmentation du nombre d'entreprises privées disposant de comités et de politiques avec l'appui du Fonds Mondial (de 471 à 654 en 2015) ;
- Amélioration de l'implication du secteur privé dans les activités de prévention à travers la poursuite de création des Comités d'Entreprise et la formation des acteurs ;
- Intensification du dépistage volontaire et gratuit en milieu de travail au Bénin avec l'avènement de VCT @ work appuyé par le BIT ;
- Mise en application des recommandations de 2013 de l'OMS, ce qui a fait passer la file active de 28 850 en 2014 à 33 602 en 2015 ;
- Renforcement des activités de prévention de la transmission sexuelle du VIH et de prise en charge des IST au niveau des populations clés grâce à l'appui du Fonds Mondial ;
- Intensification de l'appui psychosocial, nutritionnel et médical à l'endroit des OEV et PVVIH ;
- Augmentation de l'offre de services de PTME en direction des populations clés avec une couverture intégrale en appareils pour le Diagnostic précoce et la généralisation de l'option B+ ;
- Renforcement de l'appui économique à travers les AGR (Activités Génératrices de Revenus) en direction des PVVIH ;
- Obtention de la subvention du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial pour la période de 2016 à 2017.

4.2. Défis à relever

L'environnement international et national marqué par l'amenuisement des ressources financières affecte profondément la réponse nationale. Dans cette perspective, il s'agira de :

- **Disposer d'un mécanisme de mobilisation de financements extérieurs et innovant.**

Depuis 2012, le Bénin n'a plus bénéficié de nouveaux projets dans le cadre de la riposte nationale contre l'épidémie tant au niveau institutionnel que communautaire.

La crise financière, les épidémies nouvelles ainsi que les catastrophes naturelles au plan mondial contribuent à l'amenuisement des ressources en faveur de la riposte.

- **Disposer de ressources humaines et financières suffisantes à la coordination nationale.**

Les ressources humaines et financières dont dispose la structure faitière en charge de la coordination de la réponse nationale affecte de façon critique son fonctionnement et par conséquent ses résultats (rendements).

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

En 2015, plus de six cent entreprises privées et publiques disposent de politiques VIH et mènent des activités de prévention et de prise en charge. Mais à ce jour, on ne dispose d'aucun mécanisme pour apprécier la mise en œuvre de ces politiques et programmes.

- **Maintenir ou augmenter l'offre de services en matière de prise en charge de PTME et de suivi biologique.**

La couverture nationale en matière d'offre de service PTME en 2015 tourne autour de 87%. Pour atteindre l'objectif 90 90 90 en 2020, cette couverture devra être améliorée avec notamment la prise en compte des structures sanitaires privées.

- **Améliorer la coordination des actions des partenaires dans la lutte contre le VIH par le CNLS.**

Malgré les efforts consentis dans la réalisation du Three Ones, il persiste des insuffisances dans la mise en œuvre des attributions du SP/CNLS notamment en matière de leadership, coordination, plaidoyer et de mobilisation des ressources.

- **Amener le secteur privé à contribuer à la réponse nationale de la riposte.**

Les interventions de lutte contre le VIH sont pour la plupart concentrées au niveau des formations sanitaires publiques alors que le recours aux soins des populations béninoises se fait dans près de la moitié des cas au niveau du secteur privé, ce qui entrave l'accès universel à l'offre de soins en matière de VIH.

- **Amener les communes à intégrer la riposte au VIH dans les plans de développement communaux et à mettre en œuvre réellement les activités.**

Le Bénin s'est engagé avec ses pairs dans la mise en œuvre de la déclaration de Paris par laquelle les Maires s'engagent à mettre fin à l'épidémie du VIH d'ici à 2030. À ce jour, seules 10 communes sur les 77 que compte le Bénin ont signé cet engagement. À travers leur plan de développement, très peu ont des compétences technique, organisationnelle et financière pour contribuer à la riposte.

- **Accroître les ressources destinées aux groupes spécifiques notamment les adolescents et jeunes et les personnes privées de liberté.**

Le module sur les adolescents et jeunes a été jugé prioritaire lors de l'élaboration de la note conceptuelle par l'ensemble des acteurs de la riposte mais malheureusement n'a pas été prise en compte par le Fonds Mondial. De même, les interventions en direction des personnes privées de liberté ne sont pas optimales.

4.3. Solutions concrètes

- **Pour la baisse de financements extérieurs et la recherche de financements innovants**

Conformément aux résolutions issues de la 9eme session du Conseil National de Lutte contre le SIDA tenue à Cotonou le 1^{er} décembre 2015, il importe de mobiliser les partenaires au développement pour leurs apports en vue de combler le gap du PSN 2015-2017 et accélérer la mise en place de mécanismes de mobilisation de financements innovants enclenchés par le Ministère de la santé pour toutes les affections y compris le VIH.

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

Le décret rattachant le SP/CNLS à la Présidence de la République a pris effet en 2015. La prise des textes connexes de ce décret consacrant l'autonomisation de la structure et l'engagement politique favoriseront la résolution du problème de ressources humaines et financières. Le Secrétariat Permanent du CNLS à travers son leadership doit mener un plaidoyer fort à tous ceux qui peuvent l'aider à la résolution du problème.

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

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

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

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

- **Par rapport à l'offre de services en matière de prise en charge de PTME et de suivi biologique.**

Il convient d'augmenter la couverture de sites PTME en impliquant toutes les structures privées pour pouvoir enrôler toutes les femmes et espérer atteindre les cibles internationales d'élimination de la transmission mère-enfant. A cet effet, un mécanisme spécifique de formation par tutorat a été défini de façon consensuelle avec les associations de Clinique privées et devrait être mise en oeuvre. Par ailleurs, la mise en oeuvre de l'option B+ implique un suivi biologique approprié qui passe par la multiplication des laboratoires au niveau de tous les départements du Bénin pour offrir ce service.

- **En ce qui concerne la coordination des actions des partenaires dans la lutte contre le VIH par le SP/CNLS.**

Le renforcement en quantité et en qualité du SP/CNLS en ressources humaines et financières devrait contribuer à mieux asseoir son rôle de coordination des actions des partenaires dans la lutte contre le VIH. L'implication effective et le leadership affirmé du Président de la République, Président du CNLS, permettra de fédérer encore plus les efforts des acteurs de la riposte au VIH.

- **Amener le secteur privé à contribuer à la réponse nationale de la riposte.**

Il s'avère indispensable de trouver des mécanismes incitatifs pour les acteurs du secteur privé afin qu'ils adhèrent et mettent en oeuvre les activités en matière de lutte contre le VIH. A cet effet, les modèles de formation spécifiques, les motivations en termes d'achat de services et de renforcement du plateau

technique actuellement en discussion avec les acteurs de ce secteur devraient être mise en oeuvre et généralisés

- **Amener les communes à intégrer la riposte au VIH dans les plans de développement communaux et à mettre en oeuvre réellement les activités.**

Il est indéniable que l'épidémie de VIH est plu accentuée en zone urbaine qu'en zone rurale. La décentralisation des interventions avec la responsabilisation des Maires permettra d'apporter une réponse locale spécifique et appropriée aux questions liées au VIH. Ainsi, des plans d'actions VIH intégrés aux plans de développement communaux devront être développés par les municipalités. Leur mise en oeuvre pourrait se faire à travers des partenariats stratégiques avec les acteurs du système de santé, de la société civile, des structures privées et des partenaires techniques et financiers.

V. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

5.1. Appui financier

Les Partenaires techniques et financiers apportent leur appui à la réponse nationale au VIH et au sida à travers deux mécanismes notamment: le groupe thématique ONUSIDA du SNU et le cadre réunissant les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé. Au titre de 2015 on peut citer :

- La poursuite de l'appui du Fonds Mondial à travers le projet d'accélération de l'accès aux services de prévention de l'infection à VIH, de soins et traitement, et de soutien à base communautaire du Round 9 au cours de 2015 est de 5 060 566 334 FCFA dans la réponse.
- La poursuite de l'appui du Système des Nations Unies dans le cadre du programme conjoint sur le VIH et le sida pour un montant de 1 024 291 492 FCFA soit 2 048 583 USD. Ce programme a permis de renforcer la gouvernance, la planification stratégique, la PTME, la prise en charge, la qualité de l'information sur le VIH et le plaidoyer pour la mobilisation de ressources.
- L'appui conjoint continu du Système des Nations Unies, de la France, de l'USAID et du Fonds Mondial a apporté une amélioration positive au Système d'Approvisionnement des intrants et à la qualité des données de l'information stratégique.
- Le projet EQS (avril 2011 – mars 2016) a pour objectif général de permettre une meilleure compréhension de la santé sexuelle et reproductive (SSR) dans le milieu prostitutionnel béninois, afin de développer, implanter et évaluer des interventions visant l'amélioration de la SSR chez les TS et aussi la prévention de la violence faite à ces femmes dans une perspective d'équité en santé. En 2015, ce projet a appuyé la réalisation de l'ESDG (Jeunes, TS, PPL, Camionneurs).
- Le projet DENDJI est une initiative du Gouvernement Américain pour renforcer la qualité des services VIH offerts aux populations clé le long du corridor Abidjan-Lagos. Sa phase 1 est en cours d'exécution et prendra fin en mars 2018. Pour son démarrage en 2015 au Bénin, 10 Formateurs ont été formés et ont à leur tour renforcés les compétences de 50 agents socio-sanitaires (sur 100 attendus) intervenants dans des structures publics et privé de prise en charge des populations clés le long du Corridor.

5.2. Appui technique

Au titre de l'année 2015, l'appui technique des partenaires au développement a été effectif dans plusieurs domaines de la réponse nationale au Sida. Il s'agit entre autres de:

- Appui à la réalisation de l'étude nationale sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH (ONUSIDA)
- Appui pour l'élaboration et la soumission de la note conceptuelle 2016-2017 au nouveau modèle de financement du fonds mondial.
- Appui à la mise en place du comité de suivi et de plaidoyer de haut niveau pour dynamiser le processus de révision de la loi sur le VIH et le Sida.
- Accompagnement du pays dans l'organisation de deux missions d'assistance technique visant à rechercher des financements innovants pour la lutte contre le VIH/Sida.
- Appui Technique de l'ONUSIDA pour le renforcement des capacités des OSC sur la dynamique associative, le plaidoyer et la gestion axée sur les résultats.

- Appui technique du BIT à l'élaboration des politiques VIH pour la réponse en milieu du travail (Initiative VCT@work)
- Appui de l'OMS au Ministère de la Santé dans le cadre de la réalisation d'une recherche opérationnelle sur la prévalence de la co-infection hépatite BIC et VIH et les facteurs associés chez les enfants suivis.
- Appui de l'ONUSIDA à 10 villes du Bénin pour le développement de leurs plans d'accélération VIH pour mettre fin à l'épidémie du VIH d'ici à 2030.
- Appui technique de l'OMS au PNLS pour l'analyse de situation du sous-système de suivi et d'évaluation du programme VIH du secteur santé.
- Appui de l'UNICEF pour l'amélioration de l'offre de services PTME à travers le renforcement de capacité des acteurs.
- Appui de l'UNFPA au Ministère de la Santé dans le développement du Paquet minimum SRAJ/VIH/PF intégré dans la zone de concentration des Nations Unies adopté et dans les zones d'intervention du Programme.

VI. SUIVI ET EVALUATION

6.1. Aperçu des forces du Système Unique de Suivi et Evaluation (SUSE)

L'analyse du système unique de suivi évaluation à travers une étude financée par le Fonds mondial en 2014 montre beaucoup de forces et de potentialités dans chacune des douze composantes qui composent le système. Les plus remarquables sont au niveau institutionnel et normatif. En effet, le système de suivi évaluation est organisé dans un schéma pyramidal du niveau central vers le niveau périphérique avec des cellules de suivi évaluation à tous les niveaux et dont les responsabilités sont bien définies.

Des documents normatifs existent et explicitent les rôles et responsabilités des acteurs, les procédures et protocoles à suivre dans chacun des domaines.

Par ailleurs, un groupe technique de suivi évaluation regroupant les parties prenantes de la riposte et les partenaires est disponible et renforce le partenariat au niveau pays. Ce groupe dispose d'un agenda de travail qui lui permet de se pencher sur les grandes questions relatives au suivi évaluation des interventions de lutte contre le VIH et le sida ; tout ceci sous la coordination du SP/CNLS, l'institution de coordination de la riposte au niveau pays. En marge de ce groupe technique, il existe au niveau du Ministère de la Santé, un groupe technique sur les questions du système d'informations sanitaires constituant une réelle opportunité technique au système spécifique de suivi évaluation du VIH.

Au niveau des ressources humaines, le recours à l'assistance technique externe en suivi évaluation est assuré en quantité et en qualité pour répondre à des besoins spécifiques en lien avec les activités programmées.

Le système de suivi évaluation repose sur un plan de suivi évaluation aligné au plan stratégique national. Ce plan a été élaboré en tenant compte des standards internationaux avec l'inclusion d'une liste d'indicateurs normalisés et bien détaillés, d'un plan d'action budgétisé et des responsables de mise en œuvre bien précis. Ce plan prévoit des enquêtes et des évaluations permettant de mesurer les effets et impacts des interventions de lutte contre les IST, le VIH, et le sida.

En matière de collecte des indicateurs de routine, plusieurs outils standardisés sont rendus disponibles et utilisés par aussi bien les formations sanitaires que par les acteurs de la communauté. On note également l'existence de bases de données de gestion informatisée des données produites par le système et un mécanisme d'assurance qualité de ces données incluant des activités d'audit périodiques des données. Ces données produites par le système sont utilisées par les principaux responsables lors des revues périodiques et pour les choix stratégiques et la planification de la riposte.

6.2. Principaux défis du Système Unique de Suivi et Evaluation (SUSE)

Le Système Unique de Suivi et Evaluation permet d'apprécier régulièrement les performances d'exécution du Plan Stratégique National et apporte les informations nécessaires pour une utilisation efficiente et efficace des ressources. L'ensemble d'informations stratégiques obtenues grâce à ce système favorise la prise de décision pour une meilleure orientation de la riposte. Il présente des insuffisances à travers ses principales composantes.

En effet, au niveau des premiers acteurs comme le SP/CNLS, les ressources humaines, matérielles, logicielles, et financières sont en inadéquation avec les besoins. Plusieurs compétences nécessaires pour

les fonctions du système notamment en épidémiologie, en technologie de l'information sont soit insuffisantes soit absentes au sein des unités de suivi évaluation des parties prenantes.

Par ailleurs, la plupart du personnel de suivi évaluation existant surtout au niveau central sont recrutés par les projets; ce qui ne garantit pas une pérennité au système de suivi évaluation. Le personnel de l'Etat disponible au niveau du SP/CNLS est insuffisant.

Il ressort de cette situation qu'il faudra renforcer l'équipe nationale de suivi évaluation au niveau du SP/CNLS. Un focus sera mis sur les aptitudes et compétences du personnel remplissant les fonctions de suivi évaluation avec le développement d'un curriculum de formation dans ce domaine.

Sur le plan diffusion des données, on note que certains intervenants surtout ceux du niveau décentralisé n'ont pas suffisamment accès aux données.

6.3. Solutions planifiées pour surmonter ces défis

A la lumière des résultats de l'évaluation du système unique de suivi évaluation, qui a permis de poser le diagnostic dudit système, il est recommandé ce qui suit :

Tableau 16 : Solutions pour opérationnaliser le système unique de suivi et évaluation suivant les 12 composantes

COMPOSANTES	SOLUTIONS	RESPONSABLES DE MISE EN ŒUVRE
1. Structures organisationnelles dotées de fonctions de S&E	Doter les structures des différents niveaux en équipements adéquats	SP/CNLS
	Mobiliser et affecter des financements suffisants aux structures des différents niveaux afin d'assurer leur fonctionnement et de leur permettre l'exécution des activités programmées	
2. Ressources humaines pour le S&E	Intégrer les indicateurs de suivi de la performance des personnels dans le plan de suivi évaluation afin de les inciter à produire de bons résultats	SP/CNLS Récepteurs principaux
	Renforcer les capacités en ressources humaines adéquates des structures intervenant dans la riposte contre le VIH et le sida au Bénin à travers les formations initiale et continue, et un recrutement des personnels en effectif suffisant	
3. Partenariats pour planifier, coordonner et gérer le système de S&E	Renforcer le cadre de concertation en matière de S&E existant (redynamisation du groupe consultatif de S&E)	SP/CNLS
4. Plan de S&E national et multisectoriel	Disséminer le Plan National de suivi et évaluation 2015-2017 à l'endroit de tous les acteurs.	
5. Plan de travail de S&E annuel, chiffré et national	Accélérer la mise en œuvre des activités de suivi évaluation.	Toutes les parties prenantes de tous les niveaux

COMPOSANTES	SOLUTIONS	RESPONSABLES DE MISE EN ŒUVRE
6. Plaidoyer, communication et culture pour le S&E	Renforcer le plaidoyer en vue de la mobilisation de plus de ressources financières localement pour la mise en œuvre des activités	SP/CNLS
7. Suivi des programmes de routine	Sensibiliser les responsables S&E des CCLS sur les définitions de l'indicateur, politiques et directives.	SP/CNLS Récipiendaires principaux
	Former les responsables S&E des CCLS sur l'utilisation des formulaires, outils de collecte des données et la base de données nationales SUSE.	
	Sensibiliser les acteurs M&E des CCLS et BZS sur le processus de Gestion des Données	
	Former tous les acteurs M&E de tous les niveaux opérationnels du système de S&E sur la gestion (rapportage, cumul et calcul des indicateurs et validation des données)	
	Élaborer un outil de collecte des données sur la transmission des rapports et former les acteurs M&E de chaque niveau périphérique	
	Mettre en place un groupe de réflexion pour la mise en place d'un réseau informatique de partage de l'information	
8. Enquêtes et surveillance	Dresser un plan de recherche et un répertoire des activités des enquêtes et surveillances réalisées dans le domaine du VIH	SP/CNLS
9. Bases de données nationales et sous-nationales	Former tous les acteurs M&E de tous les niveaux opérationnels du système de S&E sur la l'archivage des données	SP/CNLS
10. Supervision formative et audit des données	Former les acteurs M&E de chaque niveau périphérique et intermédiaire sur l'utilisation de l'outil de supervision et de contrôle de qualité pendant les supervisions formatives	SP/CNLS, SP/CDLS
11. Évaluation et recherche	Rendre opérationnel la base données nationales SUSE au niveau du SP/CNLS	SP/CNLS
12. Diffusion et utilisation des données	Garantir plus de visibilité des données financières sur la mise en œuvre des activités	SP/CNLS

6.4. Besoins en Assistance Technique et de Développement des Capacités pour le Suivi et Evaluation

L'ensemble des besoins en assistance technique vont participer à la mise en œuvre du Plan National de Suivi et Evaluation du PSN 2015-2017. Ce chapitre repose essentiellement sur le plan de mise en œuvre du plan national de suivi et évaluation et du budget associé en présentant les éléments suivants:

- les aspects organisationnels, qui regroupent les activités du processus de planification du suivi et de l'évaluation, de l'affectation des ressources humaines et matérielles et du partenariat ;
- les aspects fonctionnels, qui regroupent la production de l'information, l'utilisation de l'information, le renforcement des capacités des acteurs intervenant à tous les niveaux du système national de suivi et évaluation et la maintenance du système pour en assurer la pérennité ;
- les aspects de dissémination et d'utilisation des données, qui regroupent les activités de partage et de diffusion des différents documents produits.

En résumé, l'assistance technique en particulier aidera :

- à la bonne complétude de l'information stratégique,
- aux études programmées sont réalisées,
- au renforcement des organes du Système National de Suivi Evaluation pour sa fonctionnalité.