



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
REPUBLICQUE DU BENIN



RAPPORT DE SUIVI DE LA DECLARATION DE POLITIQUE DU BENIN

GAM 2016

MARS 2017

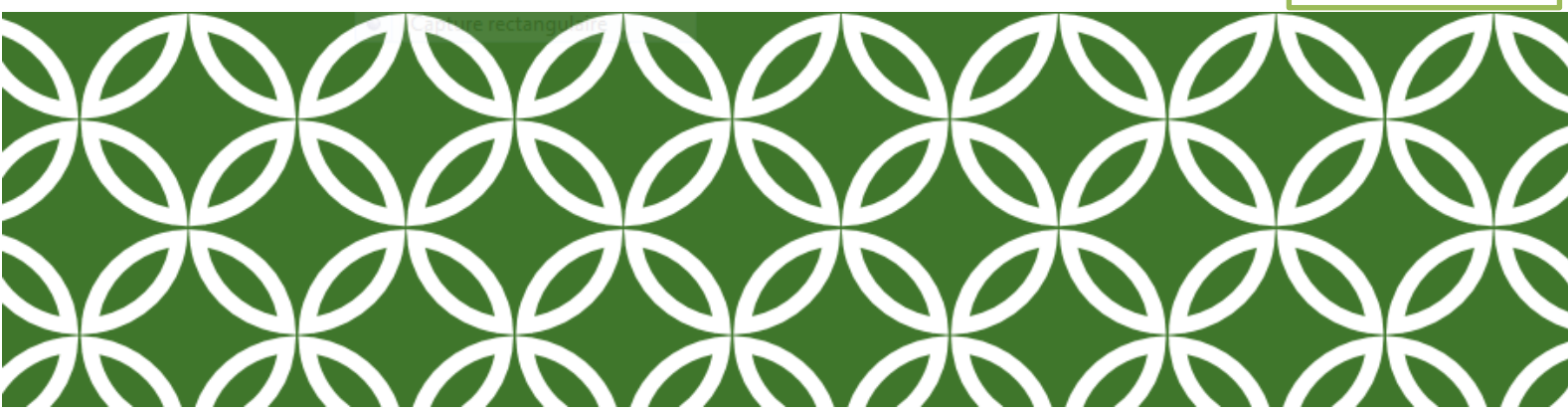


TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	4
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	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.....	8
1.3. Politiques et programmes de riposte	10
1.4. Tableau récapitulatif des indicateurs GAM 2016	11
II. DESCRIPTION DE L'ÉPIDÉMIE	23
2.1. Prévalence de l'infection à VIH	23
2.1.1 Aperçu de la situation au sein de la population générale	23
2.1.2 Aperçu de la situation chez les femmes enceintes	24
2.1.3 Situation au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection	25
2.1.4 Situation au sein des autres groupes spécifiques.....	27
III. NIVEAU D'ATTEINTE DES 10 ENGAGEMENTS DE LA STRATEGIE ONUSIDA 2016-2021	29
ENGAGEMENT 1 : Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90–90–90 d'ici 2020.....	29
ENGAGEMENT 2 : Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018	32
ENGAGEMENT 3 : Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers	36
ENGAGEMENT 5 : S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes	36
ENGAGEMENT 4 : Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020	39
ENGAGEMENT 6 : S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020.....	39

ENGAGEMENT 9 : Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme .	39
ENGAGEMENT 7 : Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020.....	43
ENGAGEMENT 8 : Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux	44
ENGAGEMENT 10 : S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C.....	45
IV. BONNES PRATIQUES	46
V. PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS	47
5.1. Progrès réalisés	47
5.2. Défis à relever	47
5.3. Solutions concrètes.....	48
VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	50
6.1. Appui financier.....	50
6.2. Appui technique.....	50
VII. SUIVI ET EVALUATION	52
7.1. Aperçu des forces du Système Unique de Suivi et Evaluation (SUSE).....	52
7.2. Principaux défis du Système Unique de Suivi et Evaluation (SUSE)	53
7.3. Solutions planifiées pour surmonter ces défis	53
7.4. Besoins en Assistance Technique et de Développement des Capacités pour le Suivi et Evaluation	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs de suivi de la Déclaration de Politique sur le VIH.....	11
Tableau 2 : Prévalence de l'infection par le VIH en 2016 au Bénin et selon le milieu de résidence.....	24
Tableau 3 : Taux d'acceptation du test VIH et de séroprévalence chez les tuberculeux, toutes formes confondues par département en 2016.....	27
Tableau 4 : Nombre d'enfants mis sous ARV et Cotrimoxazole en 2016.....	30
Tableau 5 : Evolution du nombre de PVVIH recevant les ARV de 2008 à 2016 (effectif cumulé).	30
Tableau 6 : Nombre de femmes séropositives ayant accouché sous protocole PTME	33
Tableau 7 : Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié d'une PCR en 2016	33
Tableau 8 : Nombre d'enfants nés de mères séropositives dont la PCR est positive ..	34
Tableau 9 : Récapitulatif des appuis psychologique et juridique aux OEV en 2016 .	42
Tableau 10 : Récapitulatif des appuis économique, psychologique et juridique aux PvVIH en 2016.....	42
Tableau 11 : Solutions pour opérationnaliser le système unique de suivi et évaluation suivant les 12 composantes.....	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Prévalence du VIH au sein de la population générale, des populations clés et autres groupes vulnérables au Bénin	9
Figure 2 : Prévalence du VIH selon les départements du Bénin	23
Figure 3 : Tendances de l'infection à VIH de 2002 à 2016 chez les femmes enceintes selon les milieux de résidence	24
Figure 4 : Evolution des dépenses totales pour la riposte au VIH et au sida de 2012 à 2016	44
Figure 5 : Répartition des dépenses par sources de financement en 2016.....	44

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABDD	: Association Béninoise de Droit de Développement
ABMS	: Association Béninoise du Marketing Social
AGR	: Association Génératrice de Revenus
ARV	: Anti Rétro Viraux
CAP	: Connaissances Attitudes Pratiques
CCLS	: Conseil Communal de Lutte contre le Sida
CDLS	: Conseil Départemental de Lutte contre le Sida
CDI	: Consommateurs de Drogues Injectables
CIPEC	: Centre d'Informations, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil
CNLSTP	: Conseil National de Lutte contre le Sida, la Tuberculose, le Paludisme et les Epidémies
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
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
MPD	: Ministère du Plan et du Développement
MS	: Ministère de la Santé
ND	: Non Disponible
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
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PARL/Sida	: Projet d'Appui au Renforcement de la Lutte contre le 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
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
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TS	: Travailleuse de Sexe
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 Santé de Lutte contre le Sida, le Programme National contre la Tuberculose, les conseils ministériels ou d'institution de Lutte contre le Sida des Ministères (Sports, Plan et Développement, Défense Nationale, travail, fonction publique et Affaires Sociales, Enseignements Secondaire technique et de la formation professionnelle, tourisme et culture), le Conseil National de Coordination et d'Orientation des projets financés par le Fonds Mondial, et les structures décentralisées du CNLS- TP, le PNPMT ;
- les organisations internationales : OCAL, Plan International Bénin, Expertise France, ABMS/PSI, Caritas ;
- Les partenaires au développement (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, OMS) ;
- le secteur privé ;
- la société civile (REBAP+, ABDD, CERADIS, ROAFEM, BESYP, RACINES, etc).

Ce processus d'élaboration a connu les différentes étapes ci-après :

- la séance de prise de contact entre le CNLS-TP, l'ONUSIDA, le PSLS, l'OMS, l'UNICEF et d'autres acteurs clés pour le lancement du processus d'élaboration du rapport ;
- la mise en place 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 en ligne (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, CDI, HSH) ;

- le Plan National d'Élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (2016-2020) ;
- 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) ;
- le rapport de suivi de cohorte et de la taille des HSH 2015 ;
- les rapports de monitoring des données du PSLs, 2016 ;
- le rapport de progrès de l'UCFM Plan International Bénin 2016;
- le rapport de l'Enquête Nationale de Sérosurveillance Sentinelle du VIH et de la Syphilis auprès des femmes enceintes 2016 ;
- l'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, 2016 ;
- le Rapport sur les Modes de Transmission 2013 ;
- l'étude de survie des PVVIH un (01) an après la mise sous ARV, 2014 ;
- le Rapport NASA/REDES 2016;
- le Rapport JPMS du système des Nations Unies 2016 ;
- les indicateurs SA et activités communautaires de l'année 2016 du projet Équité en Santé ;
- le Rapport d'évaluation de la qualité des services de la ligne verte (7344) de l'ABMS (quatrième passage) 2016 ;
- le Rapport d'évaluation de la qualité des services dans les Centres Jeunes Amour & Vie (CJAV) 2016.

1.2. Statut de l'épidémie

À l'instar des autres pays de la sous-région, le Bénin est un pays à épidémie mixte. Depuis 2006, 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), les détenus, les HSH et les CDI.

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

- l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) : La prévalence de l'infection à VIH dans la population générale est estimée à 1,2% en 2006 avec 1,4% pour les femmes et 1,0% pour les hommes¹.
- l'Enquête de Surveillance Sentinelle auprès des femmes enceintes admises en consultation prénatale : la prévalence pondérée de l'infection à VIH chez les femmes enceintes est estimée respectivement à 1,9%, 1,9%, 1,6%, 1,86% et 1,6% au cours des années 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016². Le stéréotype de VIH isolé est essentiellement le VIH1.
- l'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération auprès des populations clés plus exposées aux risques de l'infection à VIH et des sous-populations spécifiques (ESDG) : au sein de ces populations, la prévalence est estimée respectivement chez les PS et leurs clients en 2015³ à 15,7%, et 1,3%. Elle est estimée à 7,7%⁴ chez les HSH, 4,7%⁵ chez les CDI, 1,4% chez les PPL, 1,2% chez les camionneurs et 0,2% chez les jeunes de 15 à 24 ans⁶.

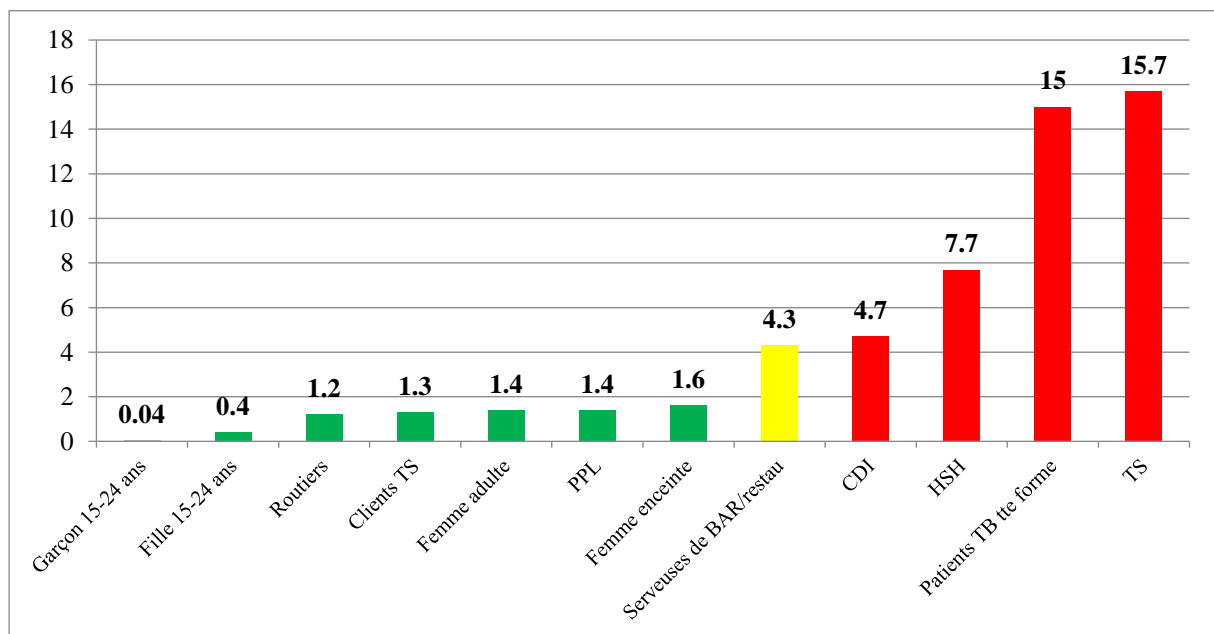


Figure 1 : Prévalence du VIH au sein de la population générale, des populations clés et autres groupes vulnérables au Bénin

¹ Enquête Démographique et de Santé (EDSB IV-Bénin, 2011-2012)

² Rapport de Sérosurveillance, 2016

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

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

⁵ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération du VIH et des IST auprès des Consommateurs de drogues injectables au Bénin, 2015

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

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 depuis plusieurs années (contribution à l'achat des ARV, réactifs et consommables médicaux), et humaines (mise à disposition du personnel; PSLS CIPEC, ZS etc.) pour la lutte contre le VIH et le Sida.
 - L'engagement de la fondation « Claudine TALON » qui appuie toutes les interventions en faveur du VIH spécifiquement liées aux mères et aux enfants.
 - La contribution de l'Etat béninois à hauteur 2 millions dollars US dans la reconstitution des fonds du Fonds Mondial.
- Sur le plan programmatique : les principales actions se traduisent par l'élaboration de différents plans stratégiques et d'action :
 - Le Plan Opérationnel et de communication du PSN 2015 – 2017 ;
 - Le Plan national de l'ETME 2016 – 2020 ;
 - Le Plan National de Lutte contre la Stigmatisation et la Discrimination 2016-2020 ;
 - Les plans d'actions d'accélération de la réponse au VIH des villes (Cotonou, Porto-Novo, Bohicon, Dogbo, Abomey et Djougou).

➤ **Au niveau international**

Il s'agit ici de la participation du Bénin aux différentes conférences et consultations régionales et internationales suivantes :

- la Conférence mondiale sur le sida en Afrique du Sud en 2016 ;
- la Réunion de Haut Niveau des Nations Unies sur le VIH/sida New York 2016 ;
- l'accélération du développement de la jeunesse en Afrique, BANJUL 2016 ;
- le 5^{ème} sommet panafricain sur le VIH/SIDA, LIBREVILLE 2016 ;
- la conférence mondiale sur la planification familiale, INDONESIE 2016 ;
- la 3^{ème} session de la conférence internationale sur les populations clés, CAMEROUN 2016.

1.4. Tableau récapitulatif des indicateurs GAM 2016

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

Indicateurs	Numérateur	Valeur		Dénominateur	Valeur		%	Source
ENGAGEMENT 1 : Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90–90–90 d'ici 2020								
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.	15+	36101	Nombre total de PVVIH	15+			Rapport de monitoring (S2) 2016, Estimations du Spectrum
		-15	2010		-15			
		Total	38111		Total			
Pourcentage de PVVIH sous ARV ayant une charge virale indétectable	Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une charge virale		12149					Rapport de monitoring (S2) 2016, Estimations du Spectrum
	Nombre de PVVIH ayant une charge virale indétectable		4962					
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							97,7	Rapport de survie 2014

ENGAGEMENT 2 : Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018						
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant		4217	Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois		Rapport de monitoring 2016, Estimations du Spectrum
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	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.		1223	Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois.		Rapport de monitoring 2016, Estimations du Spectrum
Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	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.			Nombre estimé de femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois.		Estimations du spectrum

ENGAGEMENT 3 : Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers

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	186	Nombre total de professionnel(le)s du sexe ayant été interrogé(e)s.	F	<25	325	57.23	ESDG TS 2015	
			25+	570			25+	844	67.54		
		M	<25			M	<25				
			25+				25+				
Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.	F	<25	276	Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels tarifés au cours des 12 derniers mois.	F	<25	310	89.03	ESDG TS 2015	
			25+	769			25+	820	93.78		
		M	<25			M	<25				
			25+				25+				
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	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.	F	<25	216	Nombre de professionnel(le)s du sexe inclus dans l'échantillon.	F	<25	325	66.46	ESDG TS 2015	
			25+	673			25+	844	79.74		
		M	<25			M	<25				
			25+				25+				
Pourcentage de professionnel(le)s	Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de	F	<25	21	Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi	F	<25	304	6.91	ESDG TS 2015	
			25+	150			25+	796	18.84		
		M	<25			M	<25				

du sexe qui vivent avec le VIH	dépistage du VIH et dont le résultat est positif.		25+		un test de dépistage.		25+			
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	Nombre de HSH ayant répondu « oui » aux deux questions.	M	<25	141	Nombre total de HSH ayant été interrogés.	M	<25	238	59.24	ESDG HSH 2015
			25+	96			25+	126	76.19	
Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal.	M	<25	216	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois.	M	<25	238	90.76	ESDG HSH 2015
			25+	117			25+	126	92.86	
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12	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.	M	<25	154	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes inclus dans l'échantillon.	M	<25	238	64.71	ESDG HSH 2015
			25+	88			25+	126	69.84	

derniers mois et qui en connaissent le résultat										
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif.	M	<25	14	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage.	M	<25	238	5.88	ESDG HSH 2015
			25+	12			25+	126	9.52	
Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	Nombre de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois par les Programmes de distributions d'Aiguilles et de Seringues (PAS).	ND			Nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays	ND				
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	M	<25	25	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel	M	<25	70	35.71	ESDG UDI 2015
			25+	88			25+	301	29.24	
		F	<25	0		1	0.00			
			25+	5		11	45.45			

					au cours du mois précédent					
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 injecté de la drogue.	M	<25	59	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent	M	<25	71	83.10	ESDG UDI 2015
			25+	279			25+	300	93.00	
		F	<25	1		F	<25	1	100.00	
			25+	9		F	25+	11	81.82	
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	36	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent	M	<25	40	90.00	ESDG UDI 2015
			25+	1			25+	1	100.00	
		F	<25	155		F	<25	164	94.51	
			25+	9		F	25+	10	90.00	
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	4	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des	M	<25	70	5.71	ESDG UDI 2015
			25+	0			25+	1	0.00	
		F	<25	12		F	<25	298	4.03	
			25+	2		F	25+	11	18.18	

					drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent					
Pourcentage de détenus/prisonniers qui vivent avec le VIH	Nombre de consommateurs de PPL ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif.	M	<25	0	Nombre de PPL ayant subi un test de dépistage.	M	<25	76	0.00	ESDG PPL 2015
			25+	3			25+	335	0.90	
		F	<25	0		<25	12	0.00		
			25+	4		25+	70	5.71		

ENGAGEMENT 4 : Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020

Données non disponibles

ENGAGEMENT 5 : S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes

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	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
			20-24	680			20-24	2893	23.50	
		M	15-19	264		15-19	976	27.10		
			20-24	241		20-24	654	36.90		

fausses relatives à la transmission du VIH											
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	
			20-24	338			20-24	2893	11.70		
		M	15-19	164		15-19	976	16.80			
			20-24	99		20-24	654	15.20			
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		62	Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH	F	5694	1.09	Rapport Sero surveillance 2016		
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	
			20-24	69			20-24	2893	2.40		
			25-49	90			25-49	10799	0.83		
		M	15-19	75		15-19	976	7.70			
			20-24	136		20-24	654	20.80			
			25-49	727		25-49	2803	25.94			

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
			20-24	24			20-24	68	36.00	
			25-49	21			25-49	89	23.60	
		M	15-19	30		M	15-19	75	40.30	
			20-24	62			20-24	136	45.80	
			25-49	114			25-49	727	15.68	
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
			20-24	521			20-24	2893	18.00	
			25-49	1622			25-49	10799	15.02	
		M	15-19	37		M	15-19	976	3.80	
			20-24	50			20-24	654	7.60	
			25-49	143			25-49	2803	5.10	

ENGAGEMENT 6 : S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020

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.	Orphelins	F	25	Partie A : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents	Orphelins	F	47	53.1	EDS 2012
	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.		M	33	Partie B : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux		M	45	74	
		Non orphelins	F	3207		Non orphelins	F	4417	72.6	
			M	3980			M	5076	78.4	

ENGAGEMENT 7 : Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020

Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail,	Un questionnaire spécial est soumis en ligne pour cet indicateur.	Indice composite
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-------------------------

stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)				
ENGAGEMENT 8 : Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux				
Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement	Gouvernement central	1 795 848 869	18,03	NASA/REDES 2016
	Contributions bilatérales	692 786 882	6,96	
	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	6 902 097 481	69,31	
	Système des Nations Unies	566 412 078	5,69	
	Organisations et fondations internationales à but non lucratif	1 577 216	0,02	
	TOTAL	9 958 722 526		
ENGAGEMENT 9 : Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme				
Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et	Un questionnaire spécial est soumis en ligne pour cet indicateur.			Indice composite

discrimination, ainsi que suivi et évaluation)							
ENGAGEMENT 10 : S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C							
Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé ayant reçu une association d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé au plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programmes national contre la tuberculose) au cours de l'année où le rapport est soumis.		572	Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.	572	100%	Rapport PNT 2016

II. DESCRIPTION DE L'ÉPIDÉMIE

Cette section présente la description de l'épidémie au sein de la population générale et des différents groupes sous surveillance au Bénin.

2.1. Prévalence de l'infection à VIH

2.1.1 Aperçu de la situation au sein de la population générale

Au Bénin, la prévalence du VIH est de 1,2% chez les personnes de 15-49 ans (EDS 2011-2012). 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). On observe une prévalence plus élevée 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 %).

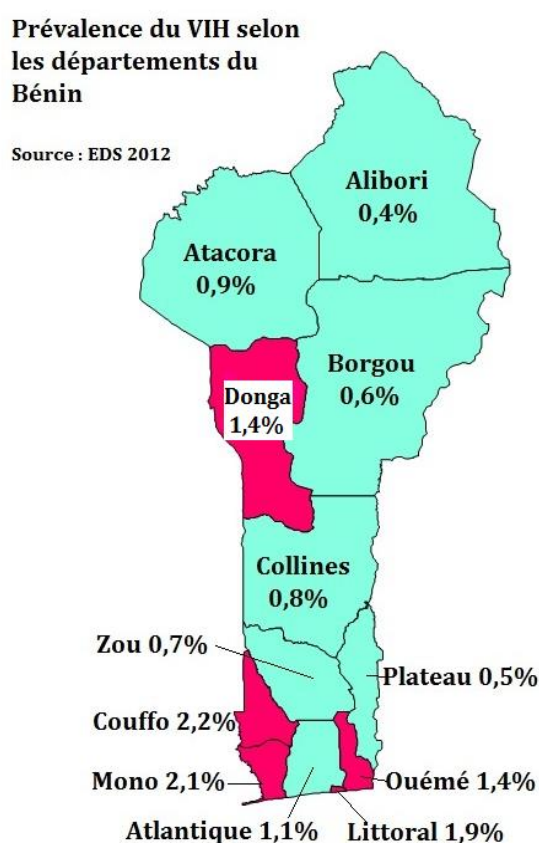


Figure 2 : Prévalence du VIH selon les départements du Bénin

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 à moins d'un pour cent (0,4%) dans 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

Tableau 2: Prévalence de l'infection par le VIH en 2016 au Bénin et selon le milieu de résidence

Départements	Milieu		Bénin	
	Urbain	Rural	Moyenne pondérée	IC à 95%
Alibori	0,97	0,69	0,81	0,68-0,93
Atacora	2,33	1,27	1,69	1,51-1,87
Atlantique	2,66	0,33	1,30	1,15-1,45
Borgou	1,60	0,92	1,20	1,05-1,35
Collines	0,28	0,12	0,19	0,13-0,25
Couffo	3,46	0,79	1,84	1,67-2,02
Donga	2,51	1,97	2,17	1,97-2,38
Littoral	3,14	0,00	3,14	2,80-3,48
Mono	1,87	1,20	1,44	1,28-1,61
Ouémé	2,25	1,56	1,84	1,66-2,03
Plateau	0,82	0,39	0,55	0,67-0,56
Zou	1,25	0,29	0,67	0,56-0,78
Bénin	2,02	0,80	1,60	1,35-1,84
	(1,75-2,30)	(0,62-0,97)		

La prévalence pondérée en fonction du poids démographique des départements et du type de milieu (urbain et rural) est estimée à **1,60% avec un IC à 95% : [1,35-1,84]**. La prévalence est significativement plus élevée en milieu urbain **2,02%** [1,75-2,30] qu'en zone rurale **0,80%** [0,62-0,97]. Les départements du Littoral et de la Donga, ont enregistré les prévalences les plus élevées respectivement 3,14% et 2,17% en 2016.

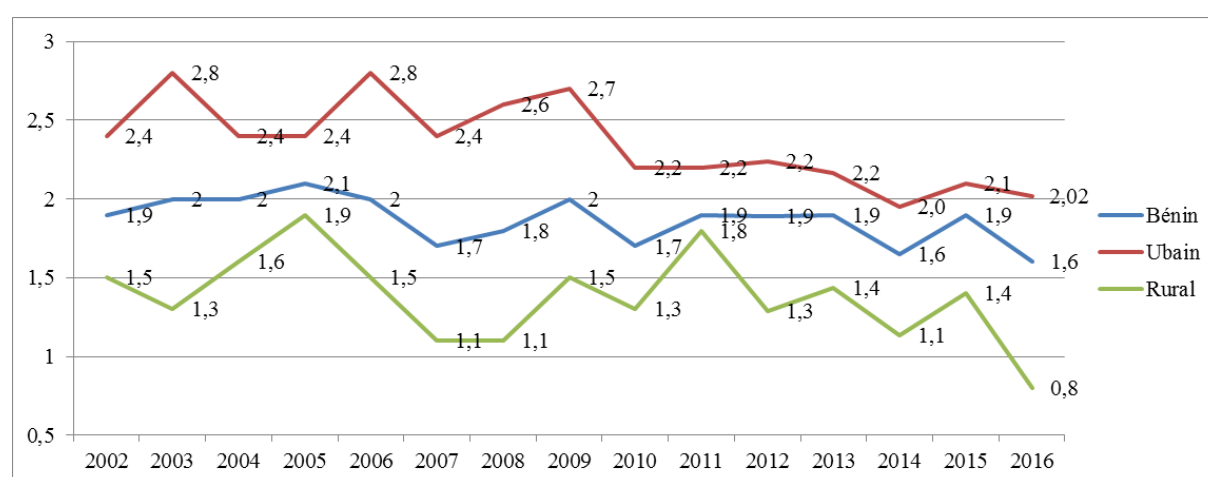


Figure 3 : Tendence de l'infection à VIH de 2002 à 2016 chez les femmes enceintes selon les milieux de résidence

On observe une tendance stationnaire de l'infection à VIH chez les femmes enceintes depuis 2010 quel que soit le milieu de résidence.

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

En 2016, 426 447 femmes enceintes ont été dépistées au VIH sur 436 692 gestantes admises en première consultation prénatale soit 97,7%. Sur les 426 447 dépistages réalisés, 4006 femmes sont testées positives au VIH (0,9%).

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 prédominante⁷.

Chez les clients des TS, la prévalence est estimée à 1,3%, ce qui est significativement en régression par rapport à celle de 2012 qui était de 2,3%.

L'étude 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 TS clandestines). La portion Béninoise a la prévalence la plus élevée : 14,7% contre 4,9% au Ghana⁸.

➤ **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 VIH⁹.

⁷ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération chez les PS, 2015

⁸ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) relative aux IST, VIH et Sida le long du Corridor Abidjan-Lagos, OCAL 2015

⁹ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération chez les serveuses de bars, 2015

➤ **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%¹⁰. Cette prévalence est en baisse comparée à celle de 2013 (12,6%)¹¹.

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%). Elle présente une tendance à la baisse selon le niveau d'instruction. Ainsi, on a 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 pays¹².

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

Au sein des CDI, la prévalence du VIH est de 4,7% en 2015. Elle est en baisse comparée à celle de 2013 (6,7%)¹³.

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

Au niveau des détenus la prévalence nationale est de 1.4% en 2015¹⁴. Les facteurs comme l'Age, 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 chez les HSH, 2015

¹¹ Enquête de Surveillance de Deuxième Génération chez les HSH, 2013

¹² Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) relative aux IST, VIH et Sida le long du Corridor Abidjan-Lagos, OCAL 2015

¹³ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) du VIH et des IST auprès des UDI au Bénin, 2013

¹⁴ 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 nulle¹⁵.

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 pays¹⁶.

➤ 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 ans¹⁷.

➤ Malades tuberculeux

Le taux de séropositivité à VIH chez les tuberculeux en 2016 est de 15%. Depuis 2006, cette prévalence oscille autour de 16% avec une fluctuation de $\pm 1\%$ (15% en 2006, 2007 et 2016, 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 2016

Départements	Nbre TB dépistés	Nbre TB testés	Taux de réalisation (%)	Nbre TB/VIH	Séroprévalence (%)
Atacora-Donga	317	315	99	61	19
Atlantique-Littoral	1469	1410	96	254	18
Borgou-Alibori	423	421	100	61	14
Mono-Couffo	513	496	97	57	11
Ouémé-Plateau	745	737	99	81	11
Zou-Collines	501	500	100	58	12
Bénin	3968	3879	98	572	15

Source : Rapport d'activités du PNT/MS, 2016

¹⁵ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) du VIH et des IST auprès Clients des TS, Camionneurs et Personnes Privées De Liberté, PNLS 2015

¹⁶ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) relative aux IST, VIH et Sida le long du Corridor Abidjan-Lagos, OCAL 2015

¹⁷ 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, 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%).

III. NIVEAU D'ATTEINTE DES 10 ENGAGEMENTS DE LA STRATEGIE ONUSIDA 2016-2021

L'atteinte des objectifs ambitieux de traitement à l'horizon 2020 passe par la mise en œuvre des interventions qui concernent principalement la prévention, les soins, traitement et le soutien. Ces interventions sont regroupées dans les 10 engagements de la stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021.

ENGAGEMENT 1 : Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90–90–90 d'ici 2020

➤ **1^{er} 90 : Dépistage du VIH**

Les activités de conseil et de dépistage, organisées sous le leadership du programme santé de lutte contre le sida et l'appui des autres OSC et partenaires techniques et financiers (ABMS, UNFPA...), ont été menées sur 163 sites afin d'amener les populations à adopter un comportement approprié selon leur statut sérologique.

Sur les 27 782 personnes qui ont été reçues en conseil-dépistage au cours du premier semestre 2016, 27 449 personnes ont été dépistées, soit un taux d'acceptabilité de 98,8% contre 97,11% au second semestre de 2015. 1 495 se sont avérées séropositives au VIH, soit un taux de séropositivité de 5,44%. Au second semestre, Sur 30 299 personnes reçues en conseil-dépistage, 29 559 ont été dépistées, soit un taux d'acceptabilité de 97,58%. 2 058 se sont avérées séropositives au VIH, soit un taux de séropositivité de 7,06%.

Au cours du premier semestre de 2016, environ 3 703 populations clés (jeunes déscolarisés et non scolarisés, TS et clients, routiers, PPL, ...) ont été dépistés dans les sites CD contre 7786 au semestre 2 de 2016. 188 au premier semestre se sont révélées positives, soit un taux de séropositivité de 5,07 % contre 273 révélées positives au second semestre, soit un taux de séropositivité de 3,5 %.

➤ **2^{ème} 90 : Traitement antirétroviral**

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 96 en 2016. 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 38 111 en 2016 dont 2010 enfants.

En 2016, 6523 personnes ont été nouvellement mises sous ARV dont 6212 adultes et 311 enfants.

Tableau 4 : Nombre d'enfants mis sous ARV et Cotrimoxazole en 2016

Département	Enfants nouvellement mis sous ARV en 2016	Enfants mis sous cotrimoxazole en 2016
Alibori	4	2
Atacora	36	31
Atlantique	31	20
Borgou	23	34
Collines	11	21
Couffo	13	10
Donga	21	16
Littoral	102	31
Mono	16	16
Ouémé	31	29
Plateau	8	12
Zou	15	46
Bénin	311	268

Tableau 5 : Evolution du nombre de PVVIH recevant les ARV de 2008 à 2016 (effectif cumulé).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Adultes sous ARV	12 080	15 401	19 150	22 522	26 018	23 436	27 241	31757	36101
Enfant sous ARV						1 374	1 609	1845	2010

Source : Rapports de monitoring de 2008 à 2016, PSLS

Au cours de 2016, 691 décès de PVVIH ont été enregistrés dont 46 enfants et le nombre total de perdus de vue s'élève à 2643 dont 138 enfants.

➤ 3^{ème} 90 : Suivi de la charge virale

En 2016, 12 149 charges virales ont été réalisées pour 38 111 PVVIH soit une couverture de 32% par rapport à la file active. Cette valeur nous amène à conclure que 68% des patients de la file active ne bénéficient pas d'un accès à la charge virale. Parmi les 12 149 PVVIH ayant bénéficié de la charge virale en 2016, 4962 avaient une charge virale indétectable soit une suppression de 41% parmi ceux ayant bénéficié de la charge virale. En rapportant cette valeur au 38 111, nous sommes à 13% de suppression virale au sein de notre file active. Lorsque nous prenons en compte la cascade de traitement selon les 90-90-90, nous sommes à 8%. Ce faible taux obtenu est multifactoriel et peut s'expliquer par :

- **Problème technique lié à la fragilité de l'ARN :**
 - le prélèvement étant du plasma à centrifuger et à aliquoter dans un délai de 4h ; Non installation par le service de maintenance du logiciel Open Mode permettant de faire la charge virale sur DBS ;
- **Problème d'accessibilité financière :** La distance séparant le laboratoire de virologie de certains sites de prise en charge fait que certains patients même en cas de demande par le médecin ne se rendent pas au laboratoire pour le prélèvement faute de moyen financier pour le transport ;
- **Conditions optimales de conservation :** L'instabilité de l'énergie électrique a entraîné la dégradation de certains échantillons conservés dans les laboratoires de stockage avant leur acheminement vers la plateforme de biologie moléculaire ;
- **Réticence de certains prescripteurs :** surtout face aux contraintes du prélèvement ou face à une clinique stable ne jugent pas opportun d'en faire la demande.
- **Problème de maintenance :** les pannes répétées des équipements (Parakou et Clinique Louis Pasteur) et le long processus pour le renouvellement du contrat de maintenance ;
- **Autre :** Equipement de charge virale de Lokossa acquis et déposé depuis 2015 au CIPEC Lokossa mais non installé par le fournisseur.

De façon générale, pour soutenir l'accélération des interventions pour l'atteinte des cibles ambitieuses de traitement (90-90-90) d'ici à 2020, l'équipe conjointe des Nations Unies sous la direction de l'OMS a soutenu le Bénin dans l'adoption et l'adaptation des nouvelles recommandations 2015 de l'OMS sur la prévention, le traitement et les Soins VIH et Hépatites. Cet accompagnement de l'équipe conjointe s'est aussi traduit par l'appui au CNLS pour la définition d'une feuille de route pour l'atteinte des cibles ambitieuses de traitement 90-90-90 et le développement d'un plan de rattrapage d'urgence VIH pour 18 mois. Ces deux exercices débutés en 2016 se termineront en Mars 2017.

Dans le cadre de la prise en charge pédiatrique, le Bénin a bénéficié de l'appui du Système des Nations Unies, à travers l'Unicef, pour l'organisation d'un atelier national de monitoring et d'échange d'expériences entre tous les départements sur la prise en charge pédiatrique. Cet atelier a permis d'identifier les obstacles liés à la prise en charge des enfants infectés par le VIH et d'envisager les solutions adaptées à chaque département. L'Unicef a également appuyé le pays pour définir et valider des actions prioritaires en vue d'améliorer l'accès aux ARV pédiatriques. Dans le même but, une feuille de route a été élaborée pour l'accélération de la prise en charge pédiatrique et de l'ETME suite à la 2^{ème} consultation régionale de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Dans le souci de gérer avec efficacité et d'éviter les ruptures de stock des produits de santé, l'équipe conjointe a appuyé l'état des lieux et l'identification des axes et l'élaboration d'un plan de renforcement du comité national d'approvisionnement en produits de santé (CNAPS).

Pour une meilleure implication du secteur privé dans les activités de lutte contre le sida (prise en charge, ETME et suivi biologique), l'équipe conjointe à travers l'ONUSIDA et l'OMS ont accompagné le PSLS pour la proposition des modalités de cette implication et la définition des coûts des prestations offertes par le programme.

ENGAGEMENT 2 : Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018

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 International Bénin, 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 2016, la poursuite du processus d'accélération de mise en œuvre de l'ETME a permis d'avoir 953 maternités accréditées érigées en sites PTME soit une couverture de 88%.

La couverture des sites publics est de 98%. Par contre, celle des centres privés demeure assez faible dans la plupart des départements.

Au total, 424 577 femmes enceintes sont dépistées au VIH sur 434 127 gestantes admises en première consultation prénatale, soit un taux de 97,08% PSLS.

Sur les 424 577 dépistages réalisés, 4019 femmes sont testées positives au VIH (soit 0,9%). Et 946 gestantes déjà sous ARV sont arrivées avec une nouvelle grossesse. Sur

les 4019 gestantes séropositives, 3271 ont été mises sous option B+, soit 81,4%. Au cours de l'année 2016, les gestantes séropositives qui ont accouché dans les sites de PTME sont au nombre de 2342 ; parmi elles, 2228 (95,1%) ont accouché sous protocole.

Tableau 6 : Nombre de femmes séropositives ayant accouché sous protocole PTME

Département	Femmes séropositives ayant accouché sous protocole PTME
Alibori	67
Atacora	157
Atlantique	252
Borgou	192
Collines	100
Couffo	134
Donga	179
Littoral	524
Mono	160
Ouémé	264
Plateau	54
Zou	145
Bénin	2 228

Le nombre d'enfants nés vivants de mères séropositives dans les sites PTME s'élève à 2400. Sur l'ensemble de ces enfants, 2376 sont exclusivement nourris au sein et 24 à l'alimentation de substitution.

Les enfants nés de mères séropositives qui ont bénéficié de la PCR avant 8 semaines en 2016 sont au nombre de 1780 dont 1223 prélevés dans l'intervalle de 6 à 8 semaines de vie.

Tableau 7 : Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié d'une PCR en 2016

Département	Enfants de 6-8 semaines	Total enfants ayant bénéficié d'une PCR
Alibori	30	41
Atacora	92	101
Atlantique	59	83
Borgou	173	215
Collines	44	66
Couffo	35	39
Donga	79	84
Littoral	481	744
Mono	53	73
Ouémé	40	131
Plateau	13	22
Zou	124	181

Bénin	1223	1780
--------------	-------------	-------------

Sur les 1223 enfants ayant bénéficié de la PCR, 95 ont été testés positifs soit un taux de positivité estimé à 7,7 % contre 1,6% en 2015.

Tableau 8 : Nombre d'enfants nés de mères séropositives dont la PCR est positive

Département	Enfants de 6-8 semaines	Total enfants positifs au PCR
Alibori	0	0
Atacora	2	2
Atlantique	4	4
Borgou	12	14
Collines	0	0
Couffo	0	0
Donga	5	5
Littoral	66	67
Mono	0	0
Ouémé	3	3
Plateau	1	1
Zou	2	2
Bénin	95	98

Dans le cadre de l'accélération de la mise en œuvre du plan ETME 2012-2015, le système des Nations Unies et des partenaires bilatéraux ont poursuivi leur 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.

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 1780 soit 74% des enfants nés de mères séropositives ont été dépistés en 2016 dont 1223 entre 6 et 8 semaines. Dans le cadre du suivi des activités, une revue du plan ETME a été organisée avec l'appui de l'Unicef 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 d'appui de l'Unicef ont bénéficié d'un suivi régulier à travers des visites de supervision trimestrielle au cours de l'année grâce à la décentralisation de cette activité au niveau des zones sanitaires.

Dans le cadre de la prise en charge pédiatrique, l'Unicef a contribué à l'organisation d'un atelier national de monitoring et d'échange d'expériences entre tous les départements sur la prise en charge pédiatrique. Cet atelier a permis d'identifier les obstacles liés à la prise en charge des enfants infectés par le VIH et d'envisager les solutions adaptées à chaque département. Par la suite, un atelier d'élaboration et de

validation des actions prioritaires pour accélérer l'accès aux ARV pédiatriques a été organisé. La mise en œuvre de ces actions retenues permettra d'améliorer la couverture en ARV des enfants.

Le dépistage des enfants hors PTME institué par le Ministère de la Santé, et fortement soutenu par la Fondation de la Première Dame du Bénin (suite au plaidoyer d'ONUSIDA), a été appuyé par l'Unicef à travers la formation de 111 agents de santé des services de vaccination et des centres thérapeutiques nutritionnels dans 4 départements.

L'ONUSIDA Bénin a appuyé en avril 2016 le développement de plans d'accélération de la riposte au VIH avec une forte composante ETME des communes d'Abomey et Bohicon dans le cadre de l'initiative RMNCH. Le bureau pays ONUSIDA a financé les activités liées à l'ETME prévues dans ces plans à savoir: le plaidoyer et la mobilisation communautaire auprès des différents corps constitués pour une plus grande implication des hommes (partenaires et conjoints) dans les activités de PTME; l'organisation de séances de sensibilisation de masse sur la PTME y compris dans les centres de métier et gares routières fréquentés par les hommes. Le Bureau pays de l'ONUSIDA a accompagné financièrement et techniquement les villes de Cotonou, de Bohicon et d'Abomey dans la mise en œuvre des activités de leurs plans d'actions au cours de l'année.

Dans le cadre du renforcement de capacité des agents de santé pour l'Élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant, l'Unicef au cours de l'année 2016, a donné un appui technique et financier au PSLS à travers la formation de 50 agents qualifiés et 60 aides-soignantes contribuant ainsi à augmenter le nombre de formations sanitaires offrant les services PTME qui passe de 922 en 2015 à 953 à fin 2016. Pour garantir la continuité dans l'offre des services PTME de qualité, un aide-mémoire illustré, résumant l'essentiel du protocole PTME et les gestes clés, a été confectionné au profit des aides-soignantes pour leur permettre une mise à jour permanente des compétences acquises au cours de la formation. Ce document de travail sera mis à la disposition de toutes les formations sanitaires. Afin de contribuer aux côtés des autres partenaires, à la disponibilité permanente des intrants sur les sites PTME, l'Unicef a mis à disposition du PSLS, 600 coffrets de 100 tests de Détermine, 300 coffrets de 25 tests de Bioline et 150 coffrets d'Immunocomb, ceci a contribué au dépistage de 97,08% des femmes reçues en Consultation prénatale au cours de l'année 2016. L'étude d'impact de la PTME, cofinancé par l'Unicef et l'ONUSIDA, qui a débuté en décembre 2016 permettra d'apprécier les efforts fournis à travers la détermination du taux de transmission mère enfant du VIH au Bénin qui était à 7.6% en 2014. Cette étude a bénéficié de l'appui technique de tous les partenaires (Unicef, ONUSIDA, OMS, UNFPA, ANCRE..).

Dans le but de poursuivre l'intégration de l'ETME à la Santé Maternelle Néonatale et infantile (SMNI), l'Unicef a appuyé techniquement et financièrement 9 zones sanitaires et 1 département à travers des réunions trimestrielles de revues des indicateurs SMNI/ETME. A l'issue de ces réunions les goulots identifiés sont adressés et suivis à travers un plan de résolution des problèmes. La décentralisation de la supervision au

niveau opérationnel a permis de visiter tous les sites PTME des 9 zones d'appui de l'Unicef au cours de l'année. L'appui aux supervisions du niveau départemental et national a permis un suivi continu des activités ETME sur les différents sites. La recherche active des femmes et enfants perdus de vue dans le cadre de l'eTME, initiée dans quelques zones sanitaires depuis 2015 avec l'appui de l'Unicef, s'est poursuivie et a permis de retrouver en 2016 des perdues de vue dans 4 zones sanitaires (Covê/ Zagnanado/ Ouinhi : 56%, Abomey-calavi /So-ava : 57%, Zogbodomey/Bohicon/Zakpota: 63% et Malanville Karimama 66%). La sensibilisation à travers des séances mobiles de projection de film dans 100 localités situées dans les zones sanitaires à faible performance ETME contribue à l'amélioration du taux de dépistage des gestantes dans ces zones.

ENGAGEMENT 3 : Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers

ENGAGEMENT 5 : S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes

➤ **Communication pour un changement de comportement et distribution du préservatif**

Au cours de l'année 2016, le PSLS a contractualisé avec vingt-deux (22) 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 :

- **TS sensibilisée : 14 035**
- **PPL sensibilisé : 7 058**
- **Nombre de préservatifs distribués : 4 016 908**
- **Nombre de dosettes de gels lubrifiants distribués : 79 778**

En 2016, au total 597 Pairs Educateurs (PE) formés par Plan international Bénin et l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos ont accompagné les groupes spécifiques ou populations clés (HSH, CDI et les routiers) à travers des activités de sensibilisation et de référence vers les services adaptés.

L'ensemble de ces PE ont touché plusieurs 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 589 personnes dont 84 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 les structures décentralisées de l'Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle du Bénin (ANAPRAMETRAB) ont pour le compte de 2016 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, il faut noter que le Bureau pays ONUSIDA a donné son appui financier et technique pour non seulement le développement de plans d'accélération de la riposte au VIH des villes de Cotonou, de Bohicon et d'Abomey mais aussi pour l'accompagnement dans la mise en œuvre des activités de prévention de leurs plans d'actions au cours de l'année.

S'agissant des activités de sensibilisation menées sur la portion du Bénin du corridor Abidjan-Lagos sur financement Fonds Mondial, 39 042 personnes ont été touchées et ont bénéficié de 1 671 012 unités de préservatifs masculins et féminins ainsi que de 829 257 dosettes de gels lubrifiants. L'OCAL a eu à traiter 8328 cas d'IST. Pour ce qui concerne le dépistage, 25 127 personnes dépistées ont reçu effectivement leurs résultats.

Dans le cadre du développement de l'approche « dialogue en famille » avec ABMS-PSI, 1296 familles dans les 14 communes ont bénéficié des interventions de mobilisation de jeunes dans l'organisation des services à base communautaire en SSRAJ/PF/VIH. 379 acteurs ont été formés pour cette nouvelle approche. En outre 26 975 jeunes sont touchés et 19 986 dépistés au VIH dont 53 étaient positifs, 1.872.356 préservatifs "KOOOL" et 5.017.613 préservatifs "Prudence Plus" ont été distribués aux jeunes à travers différents circuits de distribution, 6 éditions du magazine scolaire "Amour&Vie" ont été imprimées et 420.000 unités ont été distribuées touchant ainsi plus de 1 680 000 adolescents et jeunes grâce à la mise en place d'une nouvelle stratégie de distribution des magazines à travers les Points de vente hors scolaires. Cette année, des supports de promotion (autocollants et flyers) ont été produits à la suite de l'identification de 200 points de vente par le collectif des distributeurs indépendants. Sur initiative de l'ABMS, 15 distributeurs indépendants des magazines "Amour&Vie" et 26 détaillants ont été formés sur les notions de base en Communication pour un Changement de Comportement et les outils de gestion des Activités Génératrices de Revenus (AGR). Par ailleurs, l'ABMS a appuyé les distributeurs indépendants dans l'organisation des journées culturelles dans 15 collèges où les

magazines sont distribués. Les différentes activités de mobilisation sociale ont touché directement 2.142 hommes et 1.786 femmes, soit un total de 3.928 cibles.

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 20 Centres Jeunes Amour et Vie (CJAV) qui 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.

Dans le but de rejoindre plus d'adolescents et jeunes non scolaires et surtout en dehors des ateliers, 18 nouveaux clubs non scolaires dont 10 au niveau des quartiers et 8 dans les marchés ont été mis sur pied. Ce qui porte à 81 le nombre total des clubs non scolaires. 18 séances de plaidoyer ont été organisées à l'endroit d'environ 450 patrons d'ateliers. 168 séances de CIP organisés par ces clubs non scolaires ont permis de toucher 5.361 cibles.

Dans le cadre des activités entrant dans l'organisation de la JMS 2016, des activités de sensibilisation et de dépistage ont été organisées à l'endroit des populations à travers des campagnes, des cinémas numériques ambulants les radios communautaires de proximité et des télévisions partenaires.

L'appui de l'UNFPA en direction des jeunes a permis d'obtenir les résultats ci-après :

- 19 310 jeunes ont bénéficié de counseling en 2016 ; 18 010 jeunes ont été dépistés au VIH et ont reçu leurs résultats dont 36 positifs référés au niveau des sites de prise en charge ;
- 3828 jeunes ont adopté une méthode contraceptive au cours des campagnes (DSME/UNFPA/OSC). Pour cette activité un centre multifonctionnel a été équipé pour les jeunes ;
- 329024 préservatifs masculins et 10898 préservatifs féminins ont été distribués au cours de l'année.

➤ **Couverture de l'éducation complète à la sexualité**

L'action d'appui du secteur de l'éducation par l'UNESCO s'est concentrée à l'amélioration de la qualité et de la couverture de l'éducation complète à la sexualité (ECS) et à la promotion d'un environnement favorable à l'éducation au VIH et à la santé.

Pour ce qui est de l'Amélioration de la qualité et couverture de l'ECS, elle a poursuivi son accompagnement au renforcement des contenus d'ECS dans les programmes scolaires. Au Bénin, à la suite de la Conférence régionale sur l'éducation à la santé de la reproduction d'octobre 2015, les outils didactiques et méthodes actives présentées lors des assises, ont été mis à la disposition du Ministère de l'éducation (MEN) en appui à l'élaboration du programme d'ECS et à la formation des enseignants en la matière.

En s'appuyant sur l'opportunité que représente le dynamisme régional suscité par les pays motivés par la thématique, les capacités du MEN ont été renforcées pour la révision du programme d'Education sexuelle au Bénin en partenariat avec l'UNFPA : le draft du nouveau curriculum d'ECS y est disponible.

Dans la perspective du renforcement de la formation des enseignants et la révision des approches d'apprentissage, l'UNESCO a aussi reproduit et diffusé le Guide pédagogique pour le développement des compétences en éducation à la santé reproductive, au VIH et au sida au ministère de l'éducation et aux partenaires clés au Bénin.

Pour ce qui concerne la promotion d'un environnement favorable à l'éducation au VIH et à la santé, l'UNESCO a contribué à la validation du guide de la CEDEAO sur la santé des jeunes et des adolescents conjointement avec les Ministères de la santé, de l'éducation, la société civile et les PTF avec des recommandations explicites pour l'intégration de l'ECS comme intervention clé pour améliorer le niveau des connaissances, les attitudes et le comportement des ados/jeunes. La promotion de cette collaboration santé-éducation par la CEDEAO est une réelle opportunité pour l'amélioration de la santé des ados/jeunes.

ENGAGEMENT 4 : Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020

L'appui de l'UNFPA s'est renforcé en 2016 en direction du Bénin. Cet appui a permis le recrutement de 27 445 nouvelles acceptantes de Planification Familiale au cours des campagnes de mobilisation sociale dans les Zones Sanitaires ciblées. 5 572 Jeunes en particulier ont bénéficié du dépistage du VIH et des conseils en matière de Planification Familiale au cours de ces campagnes.

ENGAGEMENT 6 : S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020

ENGAGEMENT 9 : Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme

➤ **Prise en charge psychosociale et nutritionnelle**

La prise en charge psychosociale se fait par les acteurs de la société civile notamment les ONGs 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 répartis sur les sites de prise en charge et de PTME.

- **Appui 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 PSL et dans la communauté.

Actuellement 470 médiateurs travaillent sur l'ensemble du territoire national sur les sites PTME ou PEC (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 2016 les médiateurs ont touché 82766 PVVIH lors des séances éducatives

- Pour ce qui est des préservatifs distribués,
 - 1 091 185 Préservatifs masculins lors des séances éducatives
 - 18388 Préservatifs féminins aux PVVIH lors des séances éducatives.

- **Rôle des associations et ONGs au niveau du conseil nutritionnel**

Les associations et ONGs 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.

- **Appui 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 des OEV au niveau des C PS et des PVVIH, HSH, TS, au niveau des sites de PEC. Ils fonctionnent notamment dans le cadre de la mise œuvre de la subvention du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial

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 ».

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 OEV garçons, OEV filles et 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.

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 :

- 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.

- les OEV apprennent à exprimer et à partager leurs joies, leurs difficultés et angoisses avec leurs paires
- 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 2016, un effectif total de deux mille deux cents soixante-dix-douze 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 écoutés et conseillés par les psychologues.

Caritas Bénin a réalisé groupes de parole au total au profit de 509 OEV dont 450 engagés dans le processus de la Boîte à mémoire.

- ***Appui psychologique et juridique aux OEV***

Les différents appuis aux OEV sont relatifs aux activités du Ministère de la Fonction Publique et des Affaires Sociales avec l'appui de Plan Bénin sur financement FM. Ils se résument au titre de l'année 2016 à divers appuis en frais d'écolage aux OEV. 850 ont reçu cet appui dans les 85 centres de promotions sociales.

Tableau 9 : Récapitulatif des appuis psychologique et juridique aux OEV en 2016

Appui psychologique			Appui juridique		
G	F	T	G	F	T
797	777	1574	109	118	227

- ***Appui économique, psychologique et juridique 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.

Tableau 10 : Récapitulatif des appuis économique, psychologique et juridique aux PvVIH en 2016

Appui économique			Appui psychologique			Appui juridique		
H	F	T	H	F	T	H	F	T

68	238	306	1877	5379	7256	331	1205	1536
----	-----	-----	------	------	------	-----	------	------

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet commun des Nations Unies en direction du département de l'Alibori, le PAM, à travers son appui au gouvernement du Bénin pour la lutte contre la malnutrition, a donné un appui nutritionnel aux femmes PVVIH éligibles des communes de Karimama et Malanville pour un meilleur suivi du traitement thérapeutique

Par ailleurs avec l'appui de la subvention du Fonds Mondial accordée à l'Organisation du Corridor Abidjan – Lagos (l'OCAL), l'ABDD a signé avec cette institution une convention de prestation de service de Sous Récipiendaire, pour le développement des activités de l'un des cinq Comités de Veille Juridique relatif à la mise en œuvre du projet de prévention du VIH/sida à l'endroit des populations clés et vulnérables le long du corridor Abidjan-Lagos. Après la signature de la convention l'ABDD a procédé au démarrage des activités en recrutant le personnel complémentaire et en organisant le premier atelier de formation des acteurs de mise en œuvre.

ENGAGEMENT 7 : Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020

➤ **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 avec comme acteurs :

- 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)

La mise en œuvre de ces interventions a pour cadre les institutions publiques et les entreprises. En effet, il existe dans la plupart des institutions étatiques un Conseil de Lutte contre le Sida et des points focaux dans les entreprises.

Ces acteurs 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 en 2016 sont essentiellement les suivantes :

- Le personnel administratif des circonscriptions scolaires a été formé sur les conséquences des relations intergénérationnelles et ses conséquences ;
- L'organisation des séances de dépistage au profit du personnel de plusieurs ministères (enseignement maternel et primaire, sports et jeunesse, etc) ;
- La Sensibilisation des populations participant aux grands évènements.

ENGAGEMENT 8 : Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux

En 2016, les dépenses totales pour la riposte au VIH et au sida sont estimées à un montant de Neuf milliards neuf cent cinquante et huit, sept cent vingt et deux, cinq cent vingt-six (9 958 722 526) FCFA. Depuis 2012, on note une diminution des dépenses. 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.

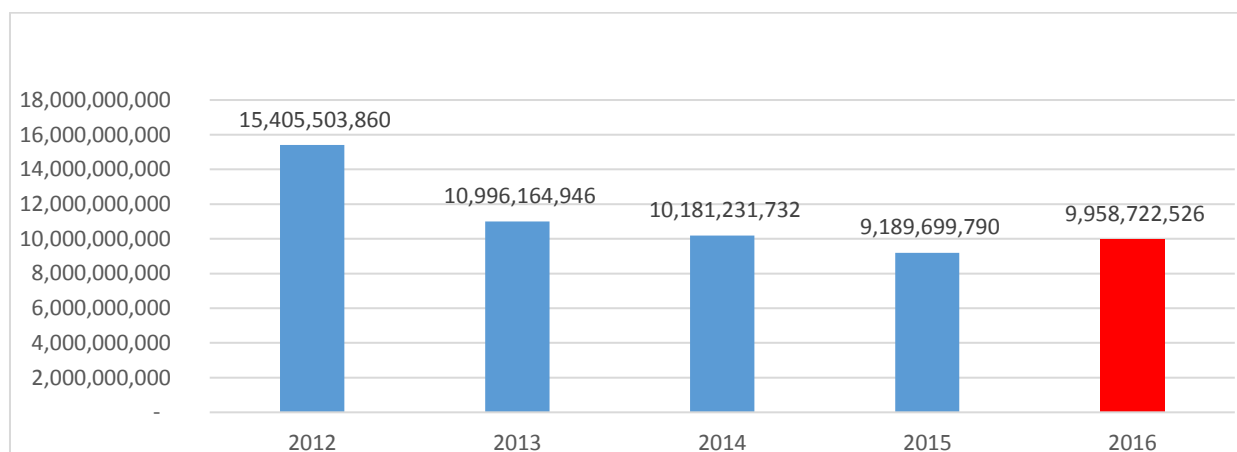
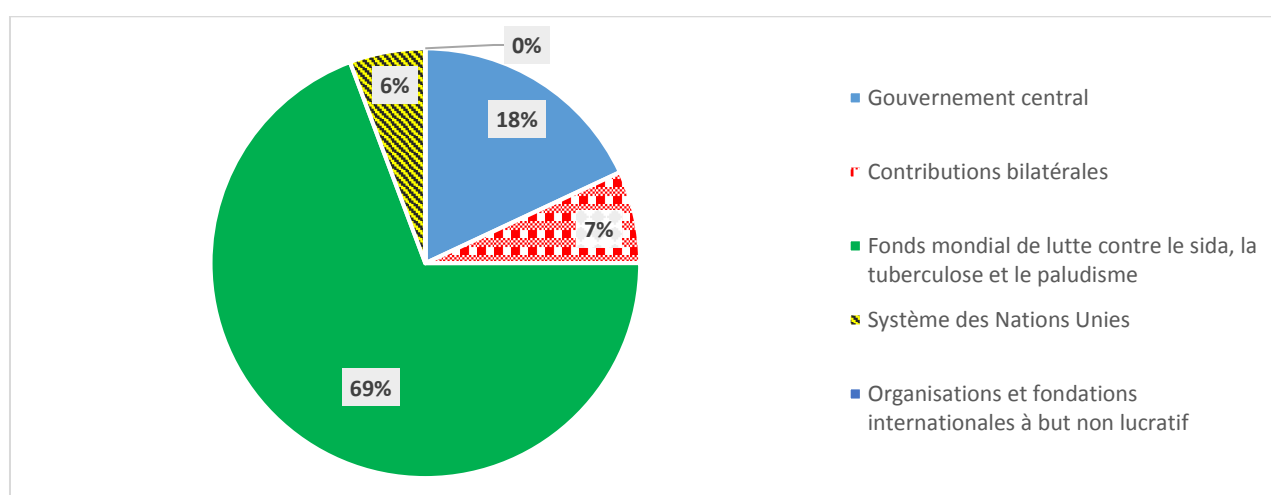


Figure 4 : Evolution des dépenses totales pour la riposte au VIH et au sida de 2012 à 2016

En 2016, les financements extérieurs représentent 82% des dépenses totales contre 76% en 2015. Le financement intérieur a baissé de 6 points par rapport à 2015 représentant 18% des dépenses totales, soit **1 795 848 869 FCFA**.



Gouvernement central	1 795 848 869	18,03
Contributions bilatérales	692 786 882	6,96
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	6 902 097 481	69,31
Système des Nations Unies	566 412 078	5,69
Organisations et fondations internationales à but non lucratif	1 577 216	0,02
TOTAL	9 958 722 526	

Figure 5 : Répartition des dépenses par sources de financement en 2016

L'engagement politique en faveur de la réponse s'est davantage consolidé par l'implication personnelle du Chef de l'Etat, Président du CNLS-TP. Les nouvelles réformes ont permis de mettre en place un nouveau modèle institutionnel qui sort le VIH/sida de son isolement.

En effet, le décret N°2017-140 du 02 mars 2017 portant création, composition, attribution, organisation et fonctionnement du Conseil National de Lutte contre le VIH/sida, les IST, les épidémies la tuberculose et le paludisme instituant le CNLS-TP et son adoption en conseil des ministres a permis de créer un cadre de coordination non seulement pour le VIH mais aussi au profit d'autres affections dont la prévalence et la gravité interpellent la responsabilité de l'Etat, garant du droit à la santé et à la protection sociale.

L'installation du Secrétariat Exécutif du CNLS-TP le 03 mars 2017 en tant qu'organe de coordination, de suivi et d'évaluation des actions autour de toutes ces différentes affections, permet d'identifier clairement l'ancrage institutionnel ce qui témoigne d'un engagement politique très fort. Cet engagement s'est exprimé aussi à travers la grande contribution de l'Etat béninois dans la reconstitution des fonds du Fonds Mondial qui a connu une augmentation substantielle allant jusqu'à 2 millions de dollars US.

On note également la participation d'une forte délégation conduite par la Première Dame à l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. Ceci a contribué à la mise en place de la fondation « Claudine TALON » qui appuie toutes les interventions en faveur du VIH spécifiquement liées aux mères et aux enfants.

Le CNLS lance d'ici peu l'évaluation du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2015-2017 en vue de s'adapter aux nouvelles réformes.

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.

ENGAGEMENT 10 : S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C

➤ **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 2016, 4930 PVVIH ont été nouvellement mis sous traitement préventif pour les Infections Opportunistes dont 268 enfants. Le nombre total d'enfants et d'adultes ayant présenté des IO en 2016 est de 5716 avec 395 enfants.

Le nombre d'adultes et d'enfants traités pour IO est respectivement de 5710 et 394 en 2016.

La médecine traditionnelle repose le plus souvent sur l'utilisation de plantes médicinales, qui sont recueillies dans la nature ou cultivées, intervient aussi dans la prise en charge des IO. Au titre de l'année 2016, le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle a organisé des suivis au niveau des jardins communaux de plantes médicinales. Il s'est agi de suivre le niveau de développement des jardins de plantes médicinales en vue d'assurer la disponibilité de la matière première et des médicaments traditionnels de bonne qualité et à moindre coût dans le système de santé et de doter ces derniers de plantules telles qu'*Ageratum conyzoides*, *Alchorneacordifolia*, *Aloe vera*, *cryptolepissanguinolenta*, *Harrisoniaabyssinica*, etc. dont des parties entrent dans la préparation des médicaments traditionnels pour la prise en charge des infections opportunistes du VIH et des IST.

IV. BONNES PRATIQUES

Pour mettre fin à l'épidémie du VIH, la riposte doit être certes accélérée mais devra intégrer les autres épidémies. C'est dans cette logique que le gouvernement béninois a mis fin à l'isolement du VIH en adoptant le décret N°2017-140 du 02 mars 2017 portant création, composition, attributions, organisation et fonctionnement du Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le paludisme, les Infections Sexuellement Transmissibles, et les Epidémies (CNLS-TP). Ceci répond à l'engagement 10 issu de la Déclaration Politique 2016 des Nations-Unies sur la fin du sida d'ici à 2030.

Il est important de souligner que cette approche d'intégration du VIH aux autres affections est innovatrice dans la sous-région.

V. PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS

5.1. Progrès réalisés

Les principaux progrès réalisés sont :

- Prise d'un nouveau décret organisant le CNLS et intégrant les autres épidémies sous l'autorité du Président de la république, Chef de l'Etat, Chef du gouvernement, Président du CNLS et sortant le VIH de son isolement ;
- Adoption et adaptation des nouvelles recommandations 2015 de l'OMS ;
- Poursuite des activités de prévention de la transmission sexuelle du VIH et de prise en charge des IST au niveau des populations clés ;
- Augmentation de l'offre de services de PTME avec la généralisation de l'option B+ sur tous les sites PTME ;
- Plaidoyer du Chef de l'Etat auprès de ses pairs pour une contribution substantielle de l'Afrique au fonds mondial ;
- Éligibilité du pays au nouveau cycle de financement du Fonds Mondial pour la période 2018-2020 ;
- Elaboration d'un plan national de lutte contre la stigmatisation.

5.2. Défis à relever

➤ **Renforcement du système de santé**

Le système de santé doit être appréhendé de façon holistique et non élément par élément. Faute d'une telle vision, la plupart des initiatives mettent uniquement l'accent sur les ressources, en rapport avec des affections particulières ou des groupes cibles particuliers, laissant habituellement pour compte les composantes relatives aux processus organisationnels. Or c'est au niveau de ces processus que se joue la structuration du système, c'est-à-dire l'articulation des moyens matériels et humains, celle des fonctions des divers organes et les modalités de leur collaboration. La faiblesse de ce système conduit à la non atteinte des objectifs d'élimination du sida, de la tuberculose et du paludisme et des épidémies.

➤ **Intensification des efforts de dépistage**

Pour atteindre les 90% des PVVIH connaissant leur statut sérologique, il faudra atteindre un grand nombre de cibles pour le dépistage, ce qui permettra le traitement à tous ceux qui en auront besoin.

➤ **Accès à la charge virale**

Au Bénin seulement 8% des personnes sous ARV ont une charge virale indétectable.

➤ **Implication du secteur privé**

Les autorités nationales placent les épidémies dont le VIH et le sida au rang des premières préoccupations; la prise de conscience des employeurs en général et du milieu du travail quant à leur rôle clé dans la lutte contre cette épidémie, à leur responsabilisation, leur contribution et leur capacitation dans le domaine de la lutte contre le fléau restent très insuffisantes

➤ **Amélioration de la prise en charge psycho sociale, nutritionnelle et le soutien aux OEV et PVVIH**

L'OMS souligne que lorsque l'infection devient symptomatique, puis passe au stade du sida, les besoins énergétiques augmentent d'environ 20 à 30 % pour maintenir le poids chez l'adulte ; Il faut augmenter de 50 à 100 % les apports énergétiques par rapport à la normale chez un enfant qui perd du poids. Les besoins énergétiques d'une femme enceinte infectée par le VIH augmentent jusqu'à 20% voire 30%.

Malgré les contributions du fonds mondial dans l'appui nutritionnel, les personnes vivant avec le VIH et le sida ont la difficulté à maintenir une bonne alimentation. Cet appui reste insuffisant par rapport aux besoins et ne permet une autonomisation des bénéficiaires.

➤ **Financement**

La mobilisation de ressources domestiques pour la mise en œuvre du plan de rattrapage de la riposte.

5.3. Solutions concrètes

➤ **Renforcement du système de santé**

Dans le cadre de la subvention du fonds mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme, il est proposé une composante pour le système résilient et pérenne de santé qui permettra d'améliorer le système à travers :

- les politiques : définir les stratégies du secteur de la santé, clarifier les rôles des uns et des autres (différents acteurs du système public, privé, communautaire) et gérer les différents besoins ;
- Le financement : garantir un financement juste et durable à chaque acteur ;
- Les ressources humaines : mettre en place des effectifs suffisants et productifs à tous les niveaux du système ;
- Les systèmes d'approvisionnement : assurer l'approvisionnement, l'entretien, l'utilisation correcte des médicaments, l'équipement ;
- La gestion des services : améliorer l'organisation, la gestion et la qualité des services ;
- Les systèmes d'information stratégique opérationnels à tous les niveaux.

➤ **Intensification des efforts de dépistage**

- Il est important sur le plan opérationnel, d'intégrer les services de dépistage et de traitement de l'infection au VIH dans toutes structures de soins y compris le système sanitaire et communautaire ;
- L'implication des partenaires masculins des femmes enceintes bénéficiant des programmes de PTME, renforcerait la possibilité d'améliorer les résultats de santé maternelle et infantile ;
- Il est important d'intégrer la promotion de la démedicalisation dans les stratégies du dépistage.

➤ **Accès à la charge virale**

Le challenge est de porter à 71% d'ici à 2020 le nombre de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est indétectable ceci exige :

- L'utilisation durable du traitement et suivi virologique continu ;
- La rétention à long termes dans les soins des personnes sous traitement ;
- Le renforcement du plateau technique pour la réalisation de la charge virale ;
- La sensibilisation des patients sur l'importance du suivi biologique.

➤ **Implication du secteur privé**

Les entreprises ont un rôle de complémentarité à jouer et des responsabilités plus judicieuses à assumer dans la stratégie nationale de lutte contre le VIH et le sida en milieu du travail au Bénin

Une contribution efficace du secteur privé à la prévention du VIH et la création d'un environnement propice à la protection des droits des PVVIH en milieu de travail requièrent:

- l'amélioration la connaissance du cadre législatif national et international concernant le VIH et le sida dans le monde du travail dans les pays ;
- l'accroissement de la capacité du lieu de travail d'offrir une politique et des programmes intégrant le VIH, le sida et les IST et d'autres épidémies ;
- l'amélioration des niveaux de collaboration et d'engagement des organisations des travailleurs et de la direction générale nationale du travail ;
- L'amélioration de la coordination et la coopération entre les mandants tripartites ;
- Définir et mettre en place avec la participation des personnes vivant le VIH des stratégies efficaces et efficientes pour l'autonomisation et contre l'insécurité alimentaire.

➤ **Financement**

L'évolution des priorités des PTF et les menaces sur l'économie mondiale sont autant de défis pour le financement des efforts visant à mettre fin à l'épidémie du VIH. Dans ce cas il est indispensable que le pays s'investisse dans la recherche de financement domestique pour faire face à la riposte. Les pistes suivantes peuvent être explorées :

- 1) Sensibilisation des citoyens sur l'importance du prélèvement des taxes et son rôle pour la riposte aux épidémies ;
- 2) Collecte de taxes sur certaines opérations commerciales, des transactions financières, GSM et dans le domaine des transports etc.

VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

6.1. Appui financier

Les principaux appuis financiers en 2016 se résument comme suit :

- Conclusion en 2016 d'un accord avec l'Ambassade des Pays-Bas pour un appui conjoint à l'UNFPA et l'ONUSIDA sur le renforcement de la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et jeunes pour la période de 2017 à 2019 pour quatre millions huit cent (4 800 000) dollars US ;
- Appui des Pays-Bas à l'ONG CeRADIS sur la période de 2015-2018 d'un montant 1,3 milliards CFA pour la promotion des droits sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes ;
- Appui de Expertise France d'un montant de 700 000 euros à CeRADIS pour le plaidoyer en faveur des droits des minorités sexuelles et les populations clés dans le contexte du VIH ;
- Contribution du Système des Nations Unies à la réponse nationale à travers un appui financier avoisinant les 1,5 milliard FCFA orienté vers le renforcement de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins chez les adolescents et les jeunes (UNFPA), le renforcement de la planification stratégique et de l'information stratégique pour l'atteinte des objectifs ambitieux de traitement (ONUSIDA), la prise en charge pédiatrique et la PTME (Unicef), l'adoption et l'adaptation des nouvelles recommandations 2015 en matière de traitement pour tous (OMS), la stigmatisation (PNUD, ONUSIDA), l'appui nutritionnel (PAM).

6.2. Appui technique

Au cours de l'année 2016, les principaux appuis techniques des partenaires se résument ainsi qu'il suit :

- Appui de l'UNFPA pour des campagnes de mobilisation sociale dans les Zones Sanitaires pour le recrutement de nouvelles acceptantes en vue du dépistage et la référence vers les sites par les ARV ;
- Appui de l'UNFPA à l'ABPF et l'ABMS/PSI pour le renforcement de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins chez les adolescents et les jeunes ;
- Appui conjoint de l'ONUSIDA, de l'UNFPA, de l'UNICEF et de l'OMS au lancement de l'Initiative « All In » au Bénin ;
- Appui de l'OMS et de l'ONUSIDA pour l'adoption, l'adaptation et la validation des nouvelles recommandations 2015 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- Appui de l'ONUSIDA pour l'élaboration du premier plan national de lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le contexte du VIH au Bénin pour les 04 prochaines années ;

- Appui de l'ONUSIDA à travers un plaidoyer auprès des maires, des PTF et du Gouvernement du Bénin en vue de mobiliser des ressources suffisantes pour le financement des plans d'actions des villes ;
- Appui de l'ONUSIDA au processus d'élaboration et de soumission des rapports GARPR et REDES ;
- Appui de l'Unicef à l'organisation d'un atelier national de monitoring et d'échange d'expériences entre tous les départements sur la prise en charge pédiatrique en vue d'identifier les obstacles liés à la prise en charge des enfants infectés par le VIH et d'envisager les solutions adaptées à chaque département ;
- Appui de l'Unicef pour la définition et la validation des actions prioritaires à mettre en œuvre pour accélérer l'accès au traitement ARV des enfants ;
- l'appui de l'Unicef, ONUSIDA et l'OMS pour la conduite de l'étude d'impact de la PTME ;
- Appui de l'USAID à travers ABMS/PSI pour les cliniques PROFAM ;
- Appui des Pays-Bas à travers ABMS/PSI pour le soutien aux activités en direction des adolescents et jeunes ainsi que les leaders religieux ;
- Appui de l'OAS pour la disponibilité des préservatifs "KOOOL" condoms.

VII. SUIVI ET EVALUATION

7.1. 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 du 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 et en ligne (par exemple le DHIS2 pour les données de routine et le Sidoc pour les données communautaires) des données produites par le système et un mécanisme d'assurance qualité de ces données incluant des activités d'audit et de validations périodiques des données au niveau départemental et national . 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.

7.2. 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.

7.3. Solutions planifiées pour surmonter ces défis

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

Tableau 11 : 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 Récipiendaires 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	

COMPOSANTES	SOLUTIONS	RESPONSABLES DE MISE EN ŒUVRE
	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	Actualiser et disséminer le Plan National de suivi et évaluation 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
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 Réceptaires 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 S&E de tous les niveaux opérationnels du système de S&E sur l'archivage des données	SP/CNLS
10. Supervision formative et audit des données	Former les acteurs S&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

COMPOSANTES	SOLUTIONS	RESPONSABLES DE MISE EN ŒUVRE
11. Évaluation et recherche	Rendre opérationnel la base de 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

7.4. 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.