



REPUBLIQUE DU BENIN  
COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



# RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE SUR LE VIH/Sida

2012

## TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>1</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>3</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>3</b>
<b>AVANT PROPOS</b> .....	<b>4</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES</b> .....	<b>5</b>
<b>I. APERÇU DE LA SITUATION</b> .....	<b>7</b>
1.1. Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport .....	7
1.2. Situation actuelle de l'épidémie .....	8
1.3. Riposte au plan politique et programmatique .....	9
1.4. Récapitulatif des indicateurs .....	11
<b>II. APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA</b> .....	<b>17</b>
2.1. Prévalence de l'infection à VIH.....	19
2.1.1 Chez les femmes enceintes .....	19
2.1.2 Dans la population générale.....	20
2.1.3 Au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection .....	20
2.1.4 Au sein des groupes spécifiques.....	21
2.1.5 Estimation et projections .....	21
2.2 Evolution de l'infection par le VIH au Bénin.....	25
2.2.1 - Tendances nationales des 5 dernières années.....	25
2.2.2 - Tendances départementales des 5 dernières années .....	25
<b>III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA</b> .....	<b>26</b>
3.1. Elaboration de la stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH/Sida .....	26
3.2. Situation de la mise en œuvre des interventions .....	29
3.2.1 Prévention .....	29
3.2.2 Soins et traitement .....	34
3.2.3 Atténuation d'impact .....	41
<b>IV. MEILLEURES PRATIQUES</b> .....	<b>46</b>
4.1. Promotion des services juridiques d'appui à la lutte contre le VIH/Sida au Bénin .....	46
4.2. Mise en réseau des maternités environnantes avec le site de prise en charge ARV de HAAR pour une élimination de la transmission VIH de la mère à l'enfant dans la commune de Dangbo. ....	49
4.3. La Caravane pour la vie .....	51

<b>V. PRINCIPAUX PROGRES, OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES .....</b>	<b>53</b>
5.1. Progrès réalisés.....	53
5.2. Obstacles ayant entravé la riposte nationale .....	54
5.3. Mesures correctives.....	55
<b>VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT ET FINANCEMENT DE LA REPONSE .....</b>	<b>56</b>
6.1. Financement de la réponse .....	56
6.2. Appui technique .....	58
<b>VII. SUIVI ET EVALUATION .....</b>	<b>59</b>
7.1. Aperçu du système unique de suivi et évaluation (SUSE) .....	59
7.1.1 Cadre de suivi et évaluation .....	59
7.1.2 Circuit de l'information .....	62
7.1.3 Base de données nationale : CRIS 3 .....	64
7.1.4 Processus de l'opérationnalisation du système unique de suivi et évaluation .....	64
7.2. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du SUSE .....	65
7.2.1 Difficultés liées à la gouvernance.....	65
7.2.2 Difficultés liées à la qualité des ressources humaines .....	66
7.2.3 Difficultés liées au renseignement des indicateurs.....	66
7.3. Mesures correctives pour surmonter ces difficultés .....	66
<b>EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT.....</b>	<b>67</b>

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Récapitulatif des indicateurs de progrès .....	11
<b>Tableau 2</b> : Prévalence de l'infection à VIH par département et selon le milieu de résidence.....	19
<b>Tableau 3</b> : Répartition de la prévalence du VIH chez les TS selon les départements en 2008 .....	20
<b>Tableau 4</b> : Projections pour les adultes de 2010 à 2015.....	22
<b>Tableau 5</b> : Projections pour les enfants de 2010 à 2015 .....	23
<b>Tableau 6</b> : Tendances de l'infection par le VIH selon les départements pendant les 5 dernières années .....	25
<b>Tableau 7</b> : Coût du Plan stratégique national 2012-2016.....	28
<b>Tableau 8</b> : Taux de séropositivité à partir des poches de sang de 2005 à 2011.....	32
<b>Tableau 9</b> : Évolution du nombre de personnes dépistées de 2005 à 2011 .....	34
<b>Tableau 10</b> : Répartition des PVVIH mis sous ARV de 2005 à 2011. ....	34
<b>Tableau 11</b> : Evolution du taux d'acceptation et de séoprévalence du VIH chez les tuberculeux toutes formes confondues de 2006 à 2011.....	37
<b>Tableau 12</b> : Evolution du taux d'acceptation et de séoprévalence du VIH chez les nouveaux cas TPM+ de 2006 à 2011.....	38
<b>Tableau 13</b> : Taux d'acceptation du test VIH et de séoprévalence chez les tuberculeux toutes formes confondues par département en 2011.....	38
<b>Tableau 14</b> : Taux d'acceptation au test VIH et de séoprévalence chez les nouveaux cas TPM+ en 2011.....	39
<b>Tableau 15</b> : Evolution de la séoprévalence VIH chez les nouveaux TPM+ de 2007 à 2011 par département.....	39
<b>Tableau 16</b> : Appuis reçus des orphelins en 2010.....	41
<b>Tableau 17</b> : Description des axes d'interventions et des contributions financières des principaux partenaires financiers pour la lutte contre le Sida.....	56

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Prévalence du VIH au Bénin estimée par l'EDS+ en 2006 en fonction du sexe.....	18
<b>Figure 2</b> : Tendances de l'infection par le VIH au Bénin de 2006 à 2010.....	25
<b>Figure 3</b> : Cadre institutionnel national du Suivi et Evaluation.....	61
<b>Figure 4</b> : Circuit de l'information du système national unique de suivi et évaluation.....	63

## AVANT PROPOS

Après l'avènement du premier cas du Sida au Bénin en 1985, les gouvernements successifs de mon pays ne sont pas restés les bras croisés. Des efforts ont été faits et continuent de se faire, avec l'appui des partenaires au développement.

En plus de ses efforts sur le plan national, le Bénin ne manque pas de s'ouvrir et de travailler en synergie avec la communauté internationale.

Ainsi, mon pays a pris part aux cotés des Etats du monde en 2000 au sommet mondial du millénaire pour le développement ; c'était une occasion de comprendre la nécessité de faire siens les objectifs de combattre le VIH/sida, le Paludisme, la tuberculose et d'autres maladies. En d'autres termes, il s'agit d'arrêter ou de commencer à inverser la tendance actuelle de l'épidémie d'ici à 2015.

Par ailleurs, le Bénin a participé, ensemble avec les autres Etats africains, à la réunion de la Commission Economique pour l'Afrique (CEA) sur le VIH et le sida, organisée en Avril 2001 à Abuja au Nigeria. Des engagements à cette réunion ont été pris, en l'occurrence, celui d'allouer au moins 15 % de nos budgets nationaux annuels à l'amélioration du secteur de la santé y compris la lutte contre le VIH et le sida.

Après 2001, en juin 2011 le Bénin a participé, aux côtés d'autres Etats du Monde membres de l'Organisation des Nations Unies, à l'adoption de la déclaration politique sur le VIH/Sida.

Conformément aux engagements de juin 2011, le Bénin vient d'élaborer son rapport d'avancement de la lutte contre le Sida. Ce rapport est une synthèse de la mesure des indicateurs, des actions et engagements nationaux, de l'évolution des connaissances et des comportements en matière de lutte contre la maladie. C'est aussi un outil précieux pour notre pays dans l'évaluation du chemin parcouru, de l'atteinte des objectifs et des résultats.

Le présent rapport est rédigé par l'ensemble des parties prenantes à la lutte contre le VIH et le Sida que sont le secteur public (secteur santé et secteur non santé), les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement (multilatéraux et bilatéraux), les ONGs nationales et internationales et le Réseau Béninois des Associations des Personnes vivant avec le VIH et le Sida. C'est un véritable instrument de mesure, qui permet à chaque béninois et à l'ensemble des structures et organisations de se rendre compte du résultat réel de leur implication dans la lutte contre ce fléau ; il aidera également à la prise de décision et au renforcement de l'engagement à tous les niveaux.

C'est pourquoi je lance un appel pressant pour une implication individuelle et collective de tout le monde, de tous les acteurs afin que, chacun et tous, nous combattions résolument cette infection et que nous nous appropriions tous à notre niveau le défi auquel nous invite l'ONUSIDA : « **Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida** ».

**Docteur Boni YAYI**

*Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement*

**Président du Comité National de Lutte contre le SIDA et les IST**

## LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

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

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

## I. APERÇU DE LA SITUATION

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

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

- le secteur public (Ministère de la Santé à travers le Programme National de Lutte contre le Sida, Unités focales de Lutte contre le SIDA des Ministères de la Famille et de la Solidarité Nationale, de la Jeunesse, des Sports et Loisirs, de l'Agriculture de l'Élevage et de la Pêche, des trois ordres d'enseignement, du Développement et de la Prospective, de la Défense Nationale, des Finances et de l'Économie et les structures décentralisées du CNLS CDLS, CCLS, CALS ...)
- le secteur privé (UGFM SEIB.sa, CEBAC STP, Patronat, Syndicats ...)
- la société civile (ROBS, REBAP+, RABEJ/SD, REMASTP, ABDD/IDLO, ROAFEM) ;
- Les partenaires au développement (ONUSIDA, UNICEF, OMS, PNUD, FNUAP, PSI-IMPACT/Abt, OCAL, PARL-SIDA, PALS-BAD, PMLS II, FONDS MONDIAL, ESTHER, FONDATION CLINTON, PAM, PLAN BENIN).

Plusieurs étapes ont été suivies:

- la participation du chargé de suivi et évaluation du SP/CNLS à l'atelier régional de formation et d'orientation des chargés de suivi et évaluation des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA
- la prise de contact avec l'ONUSIDA, le PNLS et d'autres acteurs pour la validation du processus d'élaboration du rapport ;
- la détermination des sources d'informations et la collecte des données ;
- l'organisation de rencontres d'analyse des données recueillies entre différents secteurs de réponse à l'épidémie ;
- l'organisation d'un atelier de rédaction du projet de rapport national de suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida ;
- l'organisation d'un atelier de validation du projet de rapport ;
- des séances de relecture et de finalisation dudit rapport ;
- la soumission du rapport et des formulaires à l'ONUSIDA à Genève (AIDSreporting@unaids.org).

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

- le rapport UNGASS 2010 ;
- le cadre stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2007 – 2011 ;
- le rapport de la revue à mi-parcours du cadre stratégique national 2007-2011 ;
- le document d'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale face au VIH/Sida (2011);
- le plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2012 – 2016 ;
- Rapport d'activités 2009-2010 du SP/CNLS;
- Le document de best practices dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida en milieu communautaire ;
- Guide pour la Documentation et le Partage des Meilleures Pratiques dans les Programmes de Santé
- Annuaire des statistiques du PNL 2010 ;
- Rapport d'auto-évaluation 2010 et 2011 du PNL ;
- Etude de survie des personnes vivant avec le VIH un an après leur initiation aux ARV (2010) ;
- Sérosurveillance sentinelle (2010) ;
- Stratégie Nationale de Passage à l'Echelle PTME 2011;
- Enquête CAP sur le VIH et les déterminants des comportements à risque dans les entreprises du secteur privé du Bénin (2011)
- Etude d'évaluation de l'expérience des mutuelles de santé au Bénin (2011);
- Evaluation de l'accès universel à la prévention, traitement, aux soins et soutien ;
- Etude profil pays.

## **1.2. Situation actuelle de l'épidémie**

Le Bénin est un pays à épidémie mixte. Depuis 2002, la prévalence du VIH s'est stabilisée autour de 2%. 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 professionnels de sexe, leurs partenaires et les prisonniers.

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

- l'enquête de la surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes admises en consultation prénatale ;
- l'enquête de surveillance de seconde génération auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection et des sous-populations spécifiques ;
- l'Enquête Démographique et de Santé associée à la biologie du VIH et des IST (EDS+).

La prévalence pondérée de l'infection à VIH est estimée respectivement à 2,0% et 1,7% au cours des années 2009 et 2010 avec comme sérotype le VIH 1 à plus de 98%.

Au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection, la prévalence de l'infection par le VIH est estimée respectivement chez les TS et leurs clients en 2008<sup>1</sup> à 26,5% et 3,9%.

La prévalence chez les consommateurs de drogues injectables (CDI), les hommes ayant les rapports sexuels avec des hommes (HSH) a été modélisée par l'étude sur les modes de transmission (MoT)<sup>2</sup> réalisée en 2008. Selon ce modèle la prévalence est estimée à 6,3% pour les CDI et 4,9% pour les HSH.

La prévalence de l'infection à VIH dans les groupes spécifique est estimée à : 1,5% en 2008 chez les Camionneurs, 2,9% (2009) chez les prisonniers en milieu carcéral, 16%<sup>3</sup> en 2009 chez les tuberculeux toutes formes confondues.

Le Bénin en 2006, a organisé une Enquête Démographique et de Santé associée à la biologie du VIH et des IST qui a permis d'estimer une prévalence de 1,2% au sein de la population générale.

### 1.3. Riposte au plan politique et programmatique

Plusieurs actions ont été menées dans le cadre de la riposte au plan national.

- Sur le plan politique, on peut noter :
  - La volonté et l'engagement des autorités au plus haut niveau de l'Etat qui se traduisent par leur participation aux différentes manifestations entrant dans la lutte contre le VIH/Sida telles que les sessions du CNLS, les Journées Mondiales de lutte contre le Sida, etc.
  - le plaidoyer en faveur de l'Elimination de la Transmission Mère-Enfant avec une forte implication du Chef de l'Etat;
  - L'engagement du Gouvernement à travers l'allocation des ressources financières (contribution à l'achat des ARV, réactifs et consommables médicaux), matérielles (autorisation et démarrage de construction du siège du SP/CNLS) et humaines (mise à disposition du personnel SP/CNLS ; PNLS CIPEC, ZS etc.) pour la lutte contre le VIH/SIDA.
  - Vote de la Loi n° 2011-26 portant prévention et répression des violences faites aux femmes par l'Assemblée nationale en sa session du 27 septembre 2011.
  - Remembrements des UFLS et réallocation de leur financement au sein des ministères de la République ;
  - Engagement du Ministre de l'Intérieur en faveur de la lutte contre le SIDA (institution de journées de conseil et dépistage, de sensibilisation et de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières au sein de l'Ecole Nationale de la Police) ;
  - Institutionnalisation des journées scientifiques béninoises sur le VIH/SIDA tous les deux ans en République du Bénin ;
  - Inscription de ligne budgétaire pour la lutte contre le VIH/SIDA dans les budgets de toutes les communes du Bénin.

---

<sup>1</sup> Enquête de Surveillance de Deuxième Génération (ESDG-Bénin, 2008)

<sup>2</sup> Rapport de l'étude sur les modes de transmission du VIH au Bénin ; ONUSIDA-CNLS, mars 2009

<sup>3</sup> Rapports d'activités PNT 2009

- Sur le plan programmatique :
  - l'élaboration du Plan Stratégique National 2012-2016 ;
  - l'élaboration du Plan National d'Elimination de la Transmission Mère-Enfant 2012-2015 ;
  - l'élaboration du plan national multisectoriel de suivi et évaluation ;
  - l'élaboration de la Stratégie Nationale Multisectorielle de la Santé de la Reproduction et VIH des Adolescents et des Jeunes
  - l'élaboration du Plan d'Appui technique
  - la revue à mi-parcours du cadre stratégique national 2007-2011 ;
  - l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale face au VIH/Sida ;
  - l'opérationnalisation de la subvention VIH/Sida round 9 du Fonds mondial ;
  - les études d'impacts du VIH/Sida sur les secteurs de l'éducation et de l'agriculture ;
  - l'audit du Système national Unique de Suivi Evaluation ;
  - l'élaboration de la cartographie de risque et de vulnérabilité ;
  - l'élaboration de la cartographie des acteurs et des interventions ;
  - la dissémination du document de politique de réponse à l'épidémie du VIH/Sida en milieu jeune ;
  - Tenue de la session du CNLS 2011 sous la présidence du Ministre de la Santé, Représentant le Chef de l'Etat.
  - Multiplication en 1500 exemplaires du Manuel de l'Apprenant en matière de PTME mis à la disposition du PNLS/MS.
  - Multiplication en 1000 exemplaires du Document de Politique Nationale de Riposte au VIH en milieu Jeunes.
  - Multiplication en 1000 exemplaires de la loi 2005-31 du 06 avril 2006 portant prévention, contrôle et traitement du VIH/SIDA République du Bénin.
  - Multiplication en 2500 exemplaires de la brochure VIH et Droit : Ce qu'Il Faut Savoir
  - Multiplication en 800 exemplaires de la Plaquette Nationale Tripartite de lutte contre le VIH/SIDA en milieu du travail.
  - Actualisation et multiplication du document de Politique Nationale de Normes et Procédures en matière de Prise en charge des adultes et enfants.
  - Elaboration de l'agenda de Recherche sur le VIH au Bénin.

## 1.4. Récapitulatif des indicateurs

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs de progrès

OBJECTIFS/SOURCES	INDICATEURS	VENTILATION					
Objectif 1. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle							
	<i>Indicateurs pour la population générale</i>						
ESDG 2008 – PNLS	1.1 Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	Homme			Femme		
		15-19	20-24		15-19	20-24	
		23%	29%		27%	37%	
ESDG 2008 – PNLS	1.2 Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	Homme			Femme		
		15-19	20-24		15-19	20-24	
		28,5%	14,4%		17%	5,8%	
EDS 2006	1.3 Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Homme			Femme		
		15-19	20-24	24-49	15-19	20-24	24-49
		18,1	25	28,9	2,9	1,4	0,5
EDS 2006	1.4 Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	Homme			Femme		
		15-19	20-24	24-49	15-19	20-24	24-49
		48,8%	44%	11,3%	19%	36,1%	ND
EDS 2006	1.5 Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours	Homme			Femme		
		15-19	20-24	24-49	15-19	20-24	24-49

OBJECTIFS/SOURCES	INDICATEURS	VENTILATION					
	des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	5,4	11	12	7,7	18,4	16,1
ESDG 2008 – PNLS	1.6 Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	0,3%					
	<b>Indicateurs pour le professionnel(le)s du sexe</b>						
ESDG 2008 – PNLS	1.7 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	Homme			Femme		
		<24	25+	<24	25+		
		NA	NA	32,2%	67,8%		
ESDG 2008 – PNLS	1.8 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Homme			Femme		
		<24	25+	<24	25+		
		NA	NA	69%	85,6%		
ESDG 2008 – PNLS	1.9 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Homme			Femme		
		<24	25+	<24	25+		
		NA	NA	86%	86,7%		
ESDG 2008 – PNLS	1.10 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	26,5%					
	<b>Indicateurs pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</b>						
	1.11 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	<24			25+		
		ND			ND		
	1.12 Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	<24			25+		
		ND			ND		

OBJECTIFS/SOURCES	INDICATEURS	VENTILATION			
		<24		25+	
	1.13 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND		ND	
Rapport MOT SP/CNLS 2009	1.14 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	4,9%			
<b>Objectif 2. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables</b>					
	2.1 Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	ND			
Par sondage en 2009	2.2 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport <sup>4</sup>	29,63%			
	2.3 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	Homme		Femme	
		<24	25+	<24	25+
		ND	ND	ND	ND
	2.4 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au	Homme		Femme	
		<24	25+	<24	25+

<sup>4</sup> Cet indicateur n'est pas ventilé par sexe et par âge

OBJECTIFS/SOURCES	INDICATEURS	VENTILATION			
	cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	ND	ND	ND
Rapport MOT –SP/CNLS 2009	2.5 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	6,3%			
<b>Objectif 3. D’ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l’enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida<sup>1</sup></b>					
Rapport Monitoring 2011 PNLs	3.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	<b>a) Thérapie antirétrovirale pour les femmes enceintes séropositives au VIH qui sont éligibles pour le traitement</b>	<b>b) Prophylaxie pour les mères basée sur la trithérapie antirétrovirale</b>	<b>c) AZT maternelle</b>	<b>Dose unique de névirapine uniquement (pas recommandée mais devant être rapportée jusqu’à ce qu’elle cesse d’être utilisée)</b>
		39,48%	39,55%	ND	20,98%
Rapport Monitoring 2011 PNLs	3.2 Pourcentage d’enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	32,93%			
Rapport sérosurveillance 2010 – PNLs	3.3 Transmission du VIH de la mère à l’enfant (modélisée)	53,76%			
<b>Objectif 4. D’ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH</b>					

OBJECTIFS/SOURCES	INDICATEURS	VENTILATION			
Rapport de monitoring de 2011_PNLS	4.1 Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès <sup>5</sup>	<b>89,18%</b>			
Rapport de monitoring de 2011_PNLS	4.2 Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	<b>Homme</b>	<b>Femme</b>	<b>&lt;15</b>	<b>15+</b>
		<b>92,46%</b>	<b>93,88%</b>	<b>86,94%</b>	<b>94,03%</b>
<b>Objectif 5. D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH</b>					
Rapport annuel 2011 PNT	5.1 Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH <sup>6</sup>	<b>57%</b>			
<b>Objectif 6. Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars des États-Unis) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire</b>					
REDES 2010 (en cours)	6.1 Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par catégorie et source de financement	<b>9,098,767,206.10 FCFA<sup>7</sup></b>			

<sup>5</sup> Cet indicateur n'est pas ventilé par sexe et par âge

<sup>6</sup> Cet indicateur a été renseigné en prenant comme dénominateur le nombre de cas de patients co infectés TB/VIH détectés, le nombre de nouveaux cas estimés de patients co infectés n'étant pas disponible. Cet indicateur n'est pas ventilé par sexe et par âge

<sup>7</sup> Il est important de souligner que les données concernant cet indicateur ne sont pas exhaustives. Le processus d'estimation des flux de ressources et dépenses de sida (REDES/NASA) étant en cours, ces données financières sont susceptibles d'être modifiées.

OBJECTIFS/SOURCES	INDICATEURS	VENTILATION	
<b>Objectif 7. Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement</b>			
<b>Indice composite</b>	7.1 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 discrimination, ainsi que suivi et évaluation)	<b>ICPN<sup>8</sup></b>	
Etude sur les violences faites aux femmes au Bénin (MFSN 2009)	7.2 Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	<b>69%</b>	
EDS 2006	7.3 Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	<b>Orphelins</b>	<b>Non orphelins</b>
		<b>60,9%</b>	<b>71,2%</b>
	7.4 Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	<b>ND</b>	

<sup>8</sup> Cet indicateur a été renseigné en ligne sur le site de l'ONUSIDA (<http://aidsreportingtool.unaids.org/>).

## II. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Le Bénin couvre une superficie de 114 763 Km<sup>2</sup> avec une population estimée à 8 525 574 habitants en 2010. Plus de la moitié de cette population est féminine (52,0%). La population du Bénin est essentiellement jeune : 46,45% ont moins de 15 ans et 44,64% ont un âge compris entre 15 et 49 ans<sup>9</sup> comme la plupart des pays en développement.

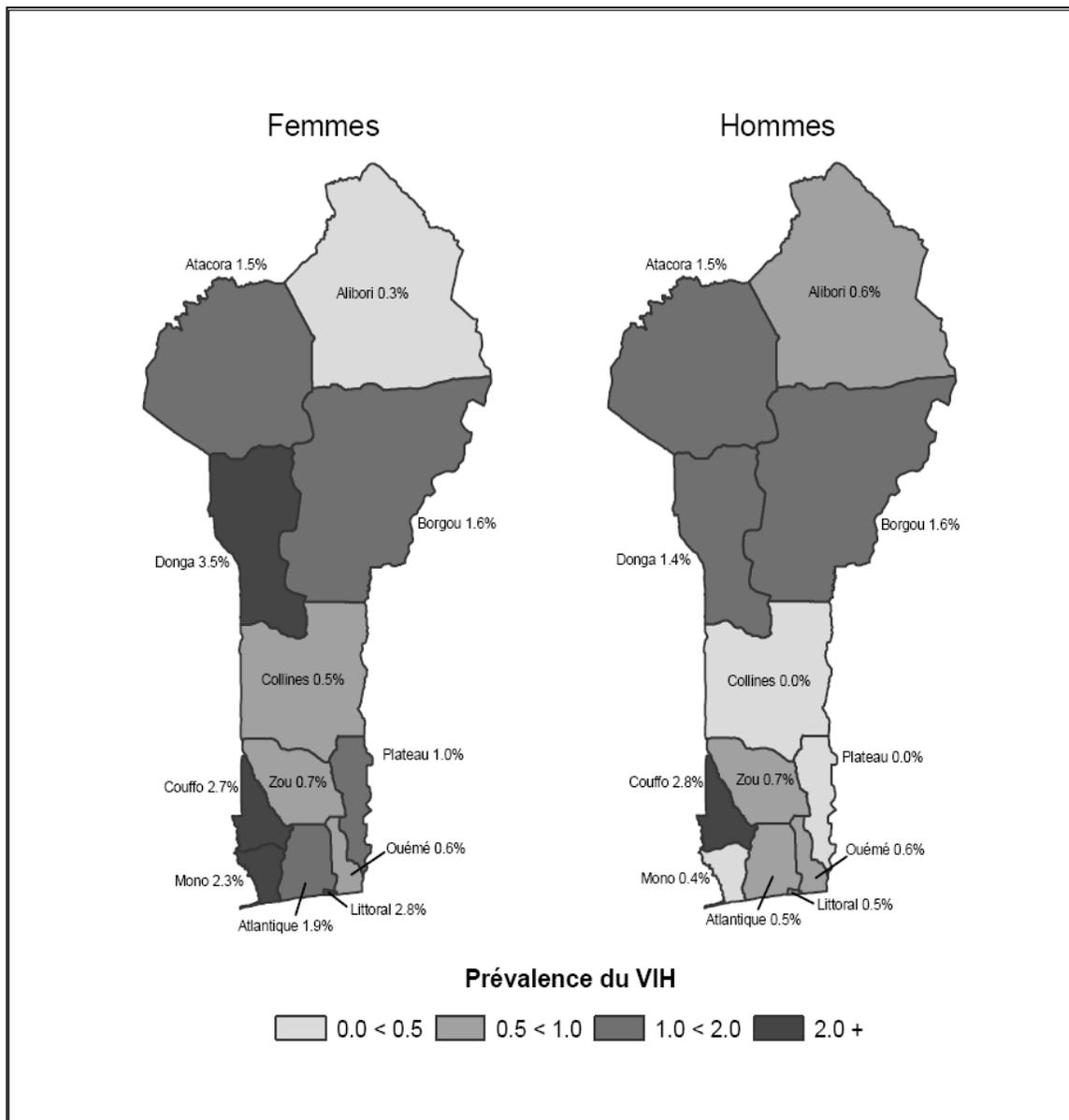
Il est un pays à épidémie mixte car il existe des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations clés plus exposées aux risques d'infection, notamment les TS, leurs partenaires et les prisonniers.

En 2006, avec Macro International<sup>10</sup>, le Bénin a organisé une Enquête Démographique et de Santé (EDS+) qui a permis d'estimer une prévalence de 1,2% au sein de la population générale avec une féminisation de l'épidémie : 1,5% chez les femmes versus 0,8% chez les hommes (sexe ratio de 188 femmes infectées pour 100 hommes). Cette situation est variable selon les départements et le milieu de résidence. La prévalence est plus élevée en milieu urbain (1,7%) qu'en milieu rural (0,9%).

---

<sup>9</sup> Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation : RGPH 3, INSAE MEPD, 2003

<sup>10</sup> Agence internationale de recherche



**Figure 1:** Prévalence du VIH au Bénin estimée par l’EDS+ en 2006 en fonction du sexe

La surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes est mesurée de 1990 à 2001 dans 7 sites sentinelles urbains. En 2002, une enquête nationale de validation de la séro-surveillance a été réalisée dans 53 sites tant en milieu urbain que rural. La prévalence non pondérée retrouvée à l’aide de cette enquête est 1,9%<sup>11</sup>. A la suite de l’enquête, le Bénin s’est inscrit dans une politique d’extension des sites en milieu urbain et rural. En 2009 la prévalence est estimée à **2,0%** (IC à 95% : [**1,97 – 2,10**]) dans 21 sites ruraux et 29 sites urbains soit au total 50 sites avec une différence statistiquement significative selon les milieux : milieu urbain **2,7%** (IC à 95% [**2,54-2,77**]) qu’en milieu rural **1,5%** (IC à 95% [**1,41-1,56**]). Les sérotypes de VIH isolés sont VIH 1 : 93,4% (281/301), VIH 2 : 4,7% (14/301) et VIH 1&2 : 0,3% (1/301)

<sup>11</sup> Rapport de surveillance de l’infection à VIH et de la syphilis au Bénin, année 2002

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

## 2.1. Prévalence de l'infection à VIH

### 2.1.1 Chez les femmes enceintes

La prévalence pondérée de l'infection par le VIH est estimée respectivement à 2,0% et 1,7% au cours des années 2009 et 2010 avec comme sérotype le VIH 1 à plus de 98%. Selon le milieu de résidence, la proportion de sujets infectés par le VIH est significativement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural : 2,7% (IC à 95% : [2,54-2,77]) en milieu urbain contre 1,5% (IC à 95% : [1,41-1,56]) pour le milieu rural en 2009 et 2,2% (IC à 95% : [2,12 – 2,36]) en milieu urbain contre 1,27% ( IC à 95% :[1,20 – 1,35]) pour le milieu rural en 2010.

Selon les départements en 2010, la répartition des prévalences se présente comme ci-après : Atacora (2,6%) ; Donga (3,2%) ; Borgou (0,9%) ; Alibori (1,0%) ; Zou (1,4%) ; Collines (1,5%) ; Mono (2,2%) ; Couffo (4,3%) ; Atlantique (2,3%) ; Littoral (3,6%) ; Ouémé (1,6%) ; Plateau (1,5%).

Depuis 2002, la tendance est à la stabilisation justifiée par l'absence de différence entre les prévalences observées au cours des dernières années : 1,9% en 2002 ; 2,0% en 2003 ; 2,0% en 2004 ; 2,1% en 2005, 2,0% en 2006 ; 1,8% en 2007 ; 1,7% en 2008 ; 2,0% en 2009 et 1,7% en 2010.

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

Départements	Milieu		Bénin	
	Urbain <sup>a</sup>	Rural <sup>a</sup>	Moyenne pondérée <sup>b</sup>	IC à 95%
Alibori	1,2	0,2	0,4	0,36 - 0,53
Atacora	1,7	0,9	1,2	1,04 - 1,34
Atlantique	2,6	0,4	1,4	1,26 - 1,58
Borgou	0,4	0,0	0,2	0,12 - 0,24
Collines	2,2	0,7	1,1	0,97 - 1,26
Couffo	3,3	3,2	3,3	2,98 - 3,54
Donga	1,5	1,2	1,3	1,11 - 1,44
Littoral	3,4	0,8	3,4	3,03 - 3,74
Mono	2,3	2,9	1,2	1,01 - 1,31
Ouémé	2,0	0,5	2,5	2,2 9 - 2,73
Plateau	1,8	0,2	0,9	0,69 - 1,21
Zou	1,3	0,9	0,8	0,59 - 1,05
<b>Bénin<sup>d</sup></b>	<b>2,2</b> (IC 95% : 2,12-2,36)	<b>1,3</b> IC 95% : 1,20-1,35)	<b>1,7</b>	1,68 - 1,81

<sup>a</sup> Données pondérées selon la répartition par âge de la population ; <sup>b</sup> données pondérées selon l'âge et le poids respectif des milieux rural et urbain ; <sup>c</sup> cas particulier du département du Littoral : milieu urbain exclusif ; <sup>d</sup> données pondérées selon l'âge, le poids respectif des milieux rural et urbain et le poids démographique des départements

## 2.1.2 Dans la population générale

En 2006, avec Macro International, le Bénin a organisé une EDS+ qui a permis d'estimer une prévalence de 1,2% au sein de la population générale avec une féminisation de l'épidémie : 1,5% versus 0,8% (sexe ratio de 188 femmes infectées pour 100 hommes) du même groupe d'âges (15 à 49 ans). Cette situation est variable selon les départements et le milieu de résidence. La prévalence est plus élevée en milieu urbain (1,7%) qu'en milieu rural (0,9%).

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

La prévalence de l'infection par le VIH est estimée chez les TS en 2008<sup>12</sup> à 26,5% (IC à 95% : [23,8 – 29,2]) avec des variations selon les départements (13% dans l'Atacora contre 40% pour la Donga). Le type de milieu n'influence pas la prévalence du VIH chez les TS : 26,8% [IC à 95% = (24,0 - 29,6)] en milieu urbain et 24,6% [IC à 95% = (14,4 - 34,8)] en milieu rural. Cette enquête de 2008 a également permis d'estimer chez les clients des TS (test réalisé sur les urines) une prévalence à 3,9%.

**Tableau 3:** Répartition de la prévalence du VIH chez les TS selon les départements en 2008

Département	Prévalence du VIH en %	IC à 95%
Alibori	29,6	19,0 - 40,2
Atacora	13,0	5,1 - 20,9
Atlantique	19,4	11,9 - 26,9
Borgou	27,0	19,7 - 34,3
Collines	31,6	10,7 - 52,5
Couffo	32,4	17,3 - 47,3
Donga	40,0	20,8 - 59,2
Littoral	30,2	25,3 - 35,1
Mono	32,5	18,0 - 47,0
Ouémé	22,0	14,5 - 29,5
Plateau	24,0	7,3 - 40,7
Zou	27,0	12,7 - 41,3
Bénin	26,5	23,8 - 29,2

La prévalence dans les départements varie de 13% (Atacora) à 40% (Donga). Le type de milieu n'influence pas la prévalence du VIH chez les TS : 26,8% [IC à 95% = (24,0 - 29,6)] en milieu urbain et 24,6% [IC à 95% = (14,4 - 34,8)] en milieu rural.

Les données sur les consommateurs de drogues injectables (CDI), les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes (HSH) ont été modélisées par l'étude sur les modes de transmission (MoT)<sup>13</sup> réalisée en 2008. Cette étude a permis d'avoir une meilleure compréhension de la contribution de ces groupes dans la dynamique de distribution des nouvelles infections dans les proportions suivantes : les CDI (6,3%) ; les HSH (4,9%) ; les Partenaires Féminin des HSH (1,2%) ; les Partenaires CDI (1,2%). Elle a

<sup>12</sup> Enquête de Surveillance de Deuxième Génération (ESDG-Bénin, 2008)

<sup>13</sup> Rapport de l'étude sur les modes de transmission du VIH au Bénin ; ONUSIDA-CNLS, mars 2009

permis également de comprendre que le groupe constitué de couples stables « sexe hétérosexuel à faible risque » prenait une part active dans la distribution des nouvelles infections (28,8%).

#### **2.1.4 Au sein des groupes spécifiques**

---

**Prévalence de l'infection par le VIH auprès des camionneurs** : Elle est estimée à 1,5% en 2008 avec une variation selon les nationalités et les tranches d'âge. Les conducteurs âgés de plus de 30 ans sont les plus touchés (2,6%).

**Prévalence de l'infection par le VIH chez les jeunes**. Elle est de 0,1% chez les jeunes adolescents scolaires de 15 à 24 ans avec une prédominance masculine (0,15% vs 0,08%). Chez les jeunes adolescents travailleurs, elle est légèrement plus élevée à 0,6% avec une prédominance féminine (0,8% vs 0,3%).

**Séropositivité à VIH chez les dépistés volontaires** : Au cours des trois premiers trimestres de l'année 2011, 169 456 personnes ont bénéficié du conseil pour le dépistage dont 165 343 ont été volontairement dépistées soit un taux d'acceptation de 97,6%. Parmi les 165 343 personnes ayant été dépistées dans les 146 centres de dépistage, 4 018 ont été testées positives, soit un taux de séropositivité de 2,8%.

**Séropositivité à VIH dans le cadre de la PTME** : Les services de PTME ont été offerts dans 395 maternités qui sont restées fonctionnelles durant les trois premiers trimestres de l'année 2011. Ainsi, 149 871 femmes enceintes ont été dépistées au VIH sur 183 803 gestantes admises en première consultation prénatale soit 81,5%. Sur les 149 871 dépistages réalisés, 2457 femmes sont testées positives au VIH (1,6%). Selon les protocoles en vigueur, 656 femmes enceintes (26,7 %) ont été mises sous monoprophyllaxie et 650 femmes (26,5 %) ont été mises sous triprophyllaxie ou trithérapie

**Séropositivité à VIH chez les prisonniers** : elle est de 2,9% en 2009 en milieu carcéral avec IC à 95% [1,95 – 3,85] ; Cette prévalence varie de 1% à 5% selon les maisons d'arrêt.

#### **2.1.5 Estimation et projections**

---

Les tableaux suivants présentent les projections de 2010 à 2015 aussi bien chez les adultes que chez les enfants en ce qui concerne le nombre de personnes vivant avec le VIH au Bénin, le nombre de nouvelles infections, le nombre de décès au cours de l'année et les données liées à la prise en charge par les ARV.

**Tableau 4** : Projections pour les adultes de 2010 à 2015

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Population VIH+</b>						
Total	53 982	55 395	56 652	57 917	59 137	60 345
Hommes	23 267	23 956	24 571	25 181	25 764	26 336
Femmes	30 715	31 440	32 081	32 736	33 373	34 009
Prévalence adultes	1,1	1,09	1,08	1,06	1,05	1,03
<b>Nouveaux cas de VIH</b>						
Total	2 511	2 615	2 706	2 789	2 833	2 910
Hommes	1 104	1 149	1 188	1 224	1 242	1 275
Femmes	1 407	1 465	1 517	1 565	1 591	1 635
Incidence du VIH chez les adultes	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
<b>Décès annuels dus au SIDA</b>						
Total	1 472	1 401	1 624	1 680	1 757	1 827
Hommes	606	560	657	687	725	758
Femmes	866	841	967	993	1 033	1 068
<b>Besoin total thérapie ARV</b>						
Total	18 400	20 900	23 400	25 900	28 400	30 900
Hommes	7 311	8 424	9 538	10 654	11 774	12 896
Femmes	11 089	12 476	13 862	15 246	16 626	18 004
<b>Nombre total recevant ARV</b>						
Total	18 400	20 900	23 400	25 900	28 400	30 900
Hommes	7 311	8 424	9 538	10 654	11 774	12 896
Femmes	11 089	12 476	13 862	15 246	16 626	18 004
Pourcentage (%)	97,3	102,6	108,1	113,6	119	253,7
<b>Nombre de personnes ayant besoin d'une thérapie de première ligne</b>						
Total	17 222	19 357	21 489	23 620	25 749	27 878
Hommes	6 852	7 817	8 781	9 743	10 706	11 671
Femmes	10 370	11 540	12 708	13 877	15 043	16 207
<b>Nombre de personnes recevant une thérapie de première ligne</b>						
Total	17 222	19 357	21 489	23 620	25 749	27 878
Hommes	6 852	7 817	8 781	9 743	10 706	11 671
Femmes	10 370	11 540	12 708	13 877	15 043	16 207

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pourcentage (%)	91,1	95	99,3	103,6	107,9	228,9
<b>Nombre de personnes recevant une thérapie de deuxième ligne</b>						
Total	1 178	1 543	1 911	2 280	2 651	3 022
Hommes	459	606	757	911	1 067	1 225
Femmes	719	937	1 154	1 369	1 584	1 797

**Tableau 5 : Projections pour les enfants de 2010 à 2015**

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Population 0-14 ans</b>						
Total	3 858 602	3 959 297	4 059 883	4 159 874	4 258 328	4 355 496
Hommes	1 961 993	2 013 235	2 064 406	2 115 270	2 165 339	2 214 744
Femmes	1 896 609	1 946 062	1 995 477	2 044 604	2 092 989	2 140 752
<b>Population VIH+</b>						
Total	6 932	6 671	6 406	6 128	5 849	5 637
Hommes	3 528	3 395	3 260	3 119	2 977	2 869
Femmes	3 403	3 275	3 146	3 009	2 872	2 768
<b>Nouveaux cas de VIH</b>						
Total	777	726	642	531	424	404
Hommes	396	370	327	271	216	206
Femmes	381	356	315	260	208	198
<b>Décès annuels dus au SIDA</b>						
Total	601	531	452	363	273	204
Hommes	306	270	230	185	139	104
Femmes	295	261	222	178	134	100
<b>Nombre d'enfants ayant besoin de cotrimoxazole</b>						
Total	8 617	8 137	7 189	6 632	6 044	5 507
Hommes	4 390	4 145	3 662	3 378	3 077	2 803
Femmes	4 227	3 992	3 528	3 255	2 967	2 704
<b>Nombre d'enfants recevant du cotrimoxazole</b>						

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	2 644	2 713	2 782	2 855	2 898	2 914
Hommes	1 347	1 382	1 417	1 454	1 476	1 483
Femmes	1 297	1 331	1 365	1 401	1 422	1 431
<b>Nombre d'enfants ayant besoin d'une thérapie ARV</b>						
Total	4 326	4 283	4 244	4 185	4 143	4 224
Hommes	2 200	2 178	2 158	2 128	2 107	2 148
Femmes	2 126	2 105	2 086	2 057	2 036	2 076
<b>Nombre d'enfants recevant une thérapie ARV</b>						
Total	1 635	2 135	2 635	3 135	3 635	4 135
Hommes	832	1 087	1 341	1 595	1 850	2 104
Femmes	803	1 048	1 294	1 540	1 785	2 031
PMTCT						
<b>Nombre de femmes enceintes séropositives</b>						
	3 998	3 971	3 964	3 918	3 862	3 804
<b>Mères ayant besoin de PTME</b>						
	3 398	3 375	3 370	3 331	3 283	3 233
<b>Mère recevant une PTME</b>						
	1 825	2 028	2 239	2 462	2 666	2 681
<b>Taux de MTCT</b>						
	0	22	19	16	13	13
<b>Population VIH+ 15-17</b>						
Total	1 725	1 732	1 750	1 765	1 761	1 741
Hommes	729	728	732	734	728	714
Femmes	996	1 004	1 018	1 031	1 033	1 028

Les mêmes projections estiment à moins de 0,1% l'incidence annuelle du VIH chez la population adulte béninoise de 2011 à 2015.

## 2.2 Evolution de l'infection par le VIH au Bénin

### 2.2.1 - Tendence nationale des 5 dernières années au Bénin

Depuis 2006, l'épidémie de VIH est stationnaire au Bénin avec une prévalence qui oscille autour de 1,8% sans différence significative entre les années.

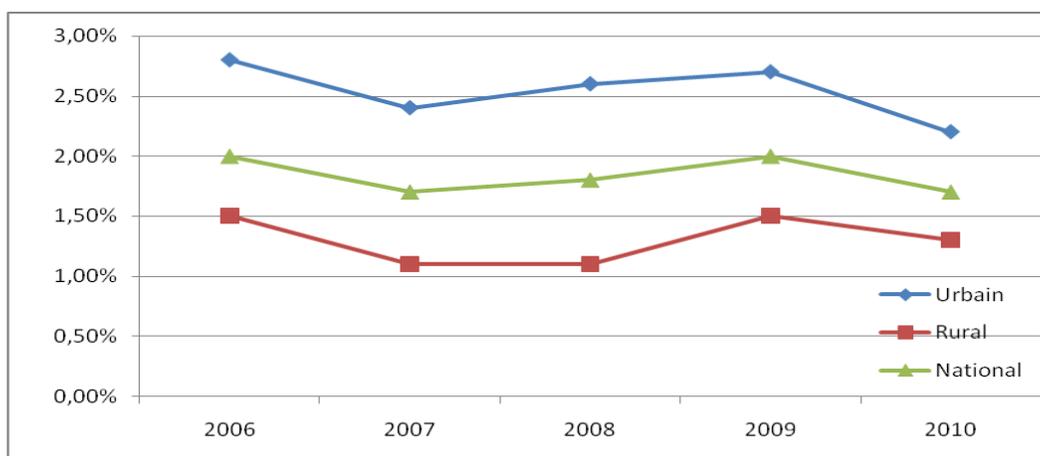


Figure 2 : Tendence de l'infection par le VIH au Bénin de 2006 à 2010

### 2.2.2 - Tendence départementale des 5 dernières années

L'évolution de l'infection est variable selon les années avec des caractéristiques spécifiques selon les départements. D'évolution stationnaire dans plusieurs départements, la prévalence estimée en 2010 dans l'Ouémé, est significativement supérieure à celle observée en 2009 et inférieure à celle de 2008. Dans la Donga, elle est de 0,8%, 3,2% 1,3%, respectivement en 2008, 2009 et 2010. L'épidémie demeure relativement importante dans les départements du Littoral et du Couffo.

Tableau 6 : Tendence de l'infection par le VIH selon les dépendant pendant les 5 dernières années

Départements	Prévalence par année (%)				
	2006	2007	2008	2009	2010
Alibori	1,0	0,9	0,2	0,7	0,4
Atacora	0,6	0,4	1,8	2,1	1,2
Atlantique	0,8	0,9	2,2	1,7	1,4
Borgou	1,9	1,5	1,5	1,0	0,2
Collines	1,5	1,6	1,6	1,3	1,1
Couffo	4,3	2,6	2,3	3,5	3,3
Donga	0,8	3,8	0,8	3,2	1,3
Littoral	0,6	2,9	3,7	3,6	3,4
Mono	0,5	1,9	0,5	1,5	1,2
Ouémé	2,1	2,2	3,6	1,4	2,5
Plateau	2,1	0,8	1,3	1,3	0,9
Zou	2,0	1,2	0,4	0,9	0,8
<b>Bénin</b>	<b>2,0</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>	<b>2,0</b>	<b>1,7</b>

### III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

#### 3.1. Elaboration de la stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH/Sida

La République du Bénin, a démarré les interventions de lutte contre les IST et l'infection à VIH en 1987 avec l'appui des partenaires au développement. Depuis cette année jusqu'en 2001, le Bénin a élaboré et mis en œuvre un Plan à Court Terme (PCT) couvrant la période d'octobre 1987 à novembre 1988, un Plan à Moyen Terme de 1ère génération (PMT1) de 1989 – 1993 qui s'est prolongé jusqu'en avril 1996 et un Plan à Moyen Terme de deuxième génération (PMT2) de 1997 à 2001.

De 2001 à nos jours, la réponse nationale est caractérisée par la mise en place d'un processus de planification stratégique multisectorielle avec l'appui de l'ONUSIDA. Le premier Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida élaboré en 2000 a couvert la période 2001-2005 avec une démarche participative ayant impliqué tous les acteurs intervenant dans la lutte. Il y a eu ensuite un second Cadre Stratégique couvrant la période 2007-2011.

Un nouveau Plan Stratégique National vient d'être élaboré pour la période 2012-2016. Ce nouveau cadre programmatique développé selon l'approche de planification axée sur les résultats s'inspire de la vision de l'ONUSIDA " Zéro nouvelle infection, Zéro discrimination et Zéro décès dû au SIDA et intègre les objectifs et engagements internationaux. Le principal impact attendu de la mise en œuvre de ce PSN est la baisse significative de nouvelles infections et surtout l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le PSN 2012-2016 est structuré en sept axes stratégiques pour lesquels des résultats d'effets ont été définis de la manière suivante :

- **Axe stratégique 1** : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST  
Le résultat d'impact attendu est que les nouvelles infections à VIH soient réduites de 50% d'ici à 2016 dans la population générale et dans les groupes à risque et les groupes vulnérables (travailleuses de sexe, des usagers de drogues injectables, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les personnes en milieu carcéral, les femmes, les routiers ainsi que les jeunes et les adolescents, etc.).
- **Axe stratégique 2** : Elimination de la Transmission Mère Enfant  
Le résultat d'impact attendu est l'élimination des nouvelles infections à VIH parmi les enfants et le maintien de leurs mères en vie. L'approche suggérée a pris en compte les quatre piliers de la ETME (i) prévention du VIH auprès de futurs géniteurs, (ii) prévention des grossesses non désirées auprès des femmes séropositives, (iii) ETME proprement dite, (iv) prise en charge de la cellule familiale.
- **Axe stratégique 3** : Renforcement de la prise en charge globale  
Les impacts clés au niveau de cet axe sont : (i) d'ici à 2016, le nombre de décès annuels de PVVIH passera de 1500 à 750 et (ii) les OEV vont pouvoir jouir de leurs droits fondamentaux. La prise en charge intègre alors plusieurs volets à savoir : le volet médical, le volet psycho social, le volet nutritionnel, et la protection des droits des personnes infectées et affectées.
- **Axe stratégique 4** : Renforcement du système de santé  
Cet axe spécifique propose un renforcement du système de santé dû à la crise aigue en ressources humaines en santé, l'affaiblissement des zones sanitaires dans le but d'assurer l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien.
- **Axe stratégique 5** : Renforcement du système communautaire

Le renforcement du système communautaire sera d'un grand intérêt pour accompagner les services de santé en vue d'atteindre les objectifs de l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien.

- **Axe stratégique 6:** Suivi-évaluation, informations stratégiques et recherche.

La mise en œuvre efficace de ce plan stratégique nécessite le renforcement du système national de Suivi et Evaluation pour la disponibilité de données de qualité dans les différents domaines.

- **Axe stratégique 7 :** Gouvernance, plaidoyer et mobilisation de ressources.

Une dynamique de bonne gouvernance et une politique de plaidoyer et de mobilisation des ressources sont recommandées afin d'atteindre d'ici à 2016 les résultats définis dans chaque axe stratégique.

Les besoins en financement pour la mise en œuvre de ce plan stratégique s'élèvent à **103,198,030,585 FCFA** répartis par axe stratégique de la manière suivante.

**Tableau 7** : Coût du Plan stratégique national 2012-2016

AXE STRATEGIQUE	An 1	An 2	An 3	An 4	An 5	Coût total
<b>TOTAL PSN 2012-2016</b>	<b>25,710,134,387</b>	<b>25,851,740,206</b>	<b>19,058,209,042</b>	<b>6,232,131,971</b>	<b>15,963,171,160</b>	<b>103,198,030,585</b>
AXE STRATEGIQUE 1 : RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET DES IST	5,671,188,825	7,979,250,675	6,503,944,801	4,767,548,001	4,669,431,901	29,590,964,204
AXE STRATEGIQUE 2 : ELIMINATION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT <sup>14</sup>	9,611,828,602	3,778,431,279	3,730,784,091	3,191,881,321	3,165,367,071	23,494,433,564
AXE STRATEGIQUE 3 : RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE	5,874,762,828	6,193,575,439	5,448,900,881	5,631,322,322	5,248,130,396	28,763,594,484
AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE	529,218,418	3,821,003,879	531,125,445	336,302,348	247,868,148	5,465,518,238
AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DU SYSTEME COMMUNAUTAIRE	454,879,024	1,677,783,448	551,533,248	460,022,748	426,382,348	3,570,600,816
AXE STRATEGIQUE 6 : SUIVI-EVALUATION, INFORMATIONS STRATEGIQUES ET RECHERCHE	2,499,839,613	1,899,685,494	1,879,866,040	1,501,349,695	1,869,446,760	9,650,187,603
AXE STRATEGIQUE 7 : GOUVERNANCE, PLAIDOYER ET MOBILISATION DE RESSOURCES	1,068,417,076	502,009,992	412,054,536	343,705,536	336,544,536	2,662,731,676

<sup>14</sup> Le Bénin vient d'élaborer son Plan National d'Élimination de la Transmission Mère Enfant. Le budget de ce plan pourrait différer de celui de l'Axe 2 du Plan stratégique car prenant en compte d'autres éléments (tels la prévention primaire dont une partie est contenu dans l'Axe 1 du Plan stratégique).

## 3.2. Situation de la mise en œuvre des interventions

### 3.2.1 Prévention

- **Communication pour le Changement de Comportement (CCC)**

- **Mass médias**

Les activités de sensibilisation à travers les médias se déroulent à travers la presse audiovisuelle (radios et télévisions) et la presse écrite. Au cours des deux dernières années, le partenariat avec les radios de proximité a été renforcé en vue de la production et la diffusion d'émissions plus ciblées et en langues locales. Le plaidoyer auprès de leaders d'opinion (notables, religieux, chefs de village, élus locaux) a constitué un levier important pour leur implication dans le déploiement et l'efficacité des campagnes médiatiques. Diverses thématiques ont été traitées par ce créneau : la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PVVIH en direction des communautés, la sensibilisation des chefs traditionnels, des notables et des élus locaux par des séances de plaidoyer, la promotion du préservatif et du dépistage volontaire, etc.

- **Interventions communautaires**

La mise en œuvre des interventions au niveau communautaire s'appuie sur les relais communautaires, les organisations de la société civile, les pairs éducateurs. La communication interpersonnelle s'est avérée la stratégie de communication la plus efficace pour induire de nouveaux comportements. Un accent particulier a été porté sur le développement des capacités des intervenants communautaires. Ainsi durant ces deux dernières années, 1155 pairs éducateurs scolaires, communautaires et leaders universitaires ont formés à la réalisation des séances éducatives au niveau des écoles et collèges, dans les communautés à la base et dans les universités, 695 relais communautaires (Leaders d'ONG : 120, animateurs de radios locales: 80, leaders religieux : 120, représentants des TS : 120, femmes leaders : 60, dockers : 60, leaders de groupes culturels : 120, associations de PVVIH:15) ont été formés en vue de rehausser la prise de conscience du risque d'infection par le VIH et de relayer les informations en direction des jeunes, dans les écoles de formation (université, instituts, collèges/lycées privés comme publiques), les ateliers d'apprentissage (jeunes déscolarisés), les milieux carcéral, homosexuel et toxicomane, etc.

Au terme de l'année 2011, ces 1155 pairs éducateurs formés ont sensibilisé deux millions quatre vingt six mille neuf cent soixante dix neuf (2 086 979) personnes toutes catégories confondues.

- **Interventions en milieu du travail**

Le Cadre Stratégique 2007-2011 a intégré les interventions en milieu du travail comme étant une composante essentielle de la stratégie nationale de lutte contre le sida. Quelques résultats ont pu être obtenus depuis le démarrage de la mise en œuvre des activités du round 9 consolidé du Fonds mondial par le SEIB.sa, qui en est l'un des trois bénéficiaires principaux. Pour la période allant d'octobre 2010 à décembre 2011, les résultats suivants ont été réalisés :

- 305 Pairs éducateurs formés sur la période 2010-2011 en vue de mener des activités de CCC en milieu de travail ;
- 403 membres de Comités d'Entreprises formés ;
- 52 nouvelles entreprises ont mis en place un document de politique interne de lutte contre le VIH ;
- 4069 personnes ont été touchées par les séances de sensibilisation dont 3325 hommes (82%) et 744 femmes (18%) ;

Par ailleurs, grâce au projet BIT/SIDA au Bénin, sur financement de l'Agence Suédoise pour le Développement International et COOPAfrica plusieurs activités ont été menées au nombre desquelles :

- Initiation d'une résolution tripartite sur le mouvement coopératif, en partenariat avec l'Université Africaine de Développement Coopératif (UADC) ;
- 14 politiques VIH/Sida élaborées et mises en œuvre dans les Associations du Secteur Informel ;
- 84 personnes formées à l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et programmes CCC sur les lieux de travail de l'économie informelle ;
- 34 pairs éducateurs formés pour accompagner leurs pairs dans l'adoption de comportements à moindre risque et la non discrimination en rapport avec le VIH/sida ;
- 517 personnes (257 femmes et 260 hommes) touchées par les activités d'IEC/CCC pour les comportements à moindre risque et la réduction de la discrimination en rapport avec le VIH/Sida ;
- 100 PVVIH dont 52 femmes formées à l'entrepreneuriat et à l'esprit coopératif ;
- 106 PVVIH, dont 73 femmes, aidées à se constituer en 10 coopératives de travail et équipées en matériel de travail pour se soustraire à l'assistanat passif et retrouver la possibilité de défendre leurs droits ;
- Diffusion/vulgarisation de la R200 (50 rep. de mandants et de la presse)

#### – **Marketing Social des préservatifs**

La promotion de l'utilisation du préservatif implique différents acteurs, non seulement les ONG et Associations à base communautaire, mais aussi les organisations internationales et les projets : (PMLSII, PALS/BAD, OCAL, ABPF, IMPACT, PSI-ABMS etc) et partenaires techniques et financiers (Fonds Mondial, UNFPA, etc). Ceci permet de couvrir l'ensemble du territoire national.

PSI, est sans doute la structure leader dans le marketing social du préservatif. En effet, depuis plusieurs années, PSI a entrepris des activités de marketing social du préservatif en se servant de ses plans marketing annuels inspirés des résultats d'études comportementales sur les cibles.

Au cours de l'année 2010, une nouvelle marque de préservatif masculin « Kool Condoms » a été mise sur le marché béninois par PSI-ABMS. Le lancement officiel de cette marque de préservatifs plus conviviaux a été fait le 12 février 2010. Au cours de la même année, 2.069.280 unités de « Kool Condoms » ont été vendues.

L'ensemble de ces acteurs ont assuré la disponibilité de plusieurs dizaines de milliers de préservatifs masculins et féminins à l'endroit de plusieurs cibles (jeunes, jeunes travailleurs, élèves, étudiants, travailleuses du sexe, routiers etc.

#### • **Prévention de la transmission du VIH par voie sanguine**

La sécurité transfusionnelle est assurée dans tous les centres qui s'occupent de la collecte, de la qualification et de la distribution des produits sanguins. Tout sang prélevé est testé pour quatre (04) antigènes : Hépatite B, Hépatite C, Syphilis et VIH. Toute poche de sang positive à l'un des marqueurs est sortie et détruite. Les donneurs dont le sang est testé positif au VIH sont sortis de la cohorte et orientés vers les sites de PEC.

Sur l'ensemble des 39 sites, 126598 poches de sang en 2010 et 63568 en 2011 ont été testées aux quatre antigènes dont le VIH. En 2010 sur les poches de sang testées, 1458 sont positives au VIH soit un taux de séropositivité de 1,15%. En 2011, 684 poches sont testées positives soit 1,08%. Ces poches sont automatiquement éliminées. (Voir tableau n°8)



**Tableau 8** : Taux de séropositivité à partir des poches de sang de 2005 à 2011

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de poches de sang testé	57380	48667	56 532	50 953	66 484	126598	63568
Taux de positivité à VIH (%)	1,3	1,5	1,04	1,18	1,14	1,15	1,08

Source : Annuaire statistique et Rapports de monitoring du PNLS, éditions 2010 et 2011 PNLS

- **Prise en charge des IST**

La prise en charge des IST concerne la population générale et des segments de la population qui font parties des catégories les plus exposées : les travailleuses du sexe et leurs partenaires fixes, les clients des TS et les routiers. Au Bénin, les centres qui assurent le suivi des Groupes à Haut Risque (GHR) sont dénommés Services Adaptés (SA) et sont installés dans tous les départements avec une concentration dans les grandes villes, les communes et arrondissements abritant plusieurs « points chauds » comme Cotonou, Porto-Novo, Sèmè-kpodji, Bohicon, Malanville, Kandi, Parakou, Hillacondji, etc

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

Le nombre total de cas d'IST diagnostiqués et pris en charge en 2010 est de 10 942 dont 3611 cas enregistrés chez les groupes à haut risque et 7331 chez les autres clients. En 2011, 12155 cas ont été pris en charge dont 4321 chez les groupes à haut risque.

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

La PTME a démarré au Bénin en 2001 avec l'appui de l'OMS, l'UNICEF et la Coopération française. D'autres partenaires ont assuré la relève dans les départements comme dans le Couffo avec Plan Bénin et à Parakou avec Glaxo-Smithkline. Elle est l'une des priorités du Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2007-2011 et prend en compte les 4 composantes telles que définies par les Nations Unies : la prévention primaire, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, la prévention de l'infection des mères infectées à leurs enfants et les soins, le traitement et soutien aux femmes vivant avec le VIH, leurs enfants et leur famille.

La PTME se base sur les différents documents normatifs suivants dont dispose le pays à savoir: le document de Politique, Normes et Procédures de la PTME ; la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour la période 2006-2015 ; la stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH ; et le guide national de prise en charge nutritionnelle des PVVIH. A partir de 2006, le Bénin a commencé par introduire l'utilisation des combinaisons prophylactiques plus efficaces en remplacement progressif de la Dose Unique de Névirapine.

Le nombre de sites offrant le service de la PTME est passé de 204 en 2007 à 450 en 2011. Dans les maternités répartis dans les 34 Zones Sanitaires, sur 200 837 dépistages réalisés en 2010, 3250 femmes ont été testées positives au VIH (1,62%). Selon les protocoles en vigueur, 810 femmes enceintes (48,91%) ont été mises sous monoprophylaxie et 846 femmes (51,09%) ont été mises sous triphylaxie ou trithérapie.

Au cours de l'année 2011, 213655 femmes ont été testées dont 3010 dépistées séropositives (soit 1,41%). Sur l'ensemble des femmes ayant accouché sous protocole, 296 (20,98%) ont bénéficié de la monoprofylaxie, 558 (39,55%) de la trithérapie et 557 (39,48) de la triprophylaxie.

- **Conseil et Dépistage du VIH**

Le Bénin poursuit sa politique d'extension des sites de dépistage à travers tout le territoire national qui passe de 28 sites fonctionnels en 2006 à 149 sites fonctionnels en 2011 (non compris les sites PTME). Le dépistage du VIH s'organise sur la base du document sur les normes et directives en matière de Conseil Dépistage Volontaire (CDV) élaboré en 2007 et validé en 2008.

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

**Tableau 9** : Évolution du nombre de personnes dépistées de 2005 à 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	82848	56083	127 851	184 655	109 450	204 701	236 687

**Source** : PNLS Annuaire statistique 2010 et 2011

Au cours de l'année 2010, 204 701 personnes ont bénéficié du counseling pour le dépistage. Le nombre de personnes dépistées volontairement pendant l'année est de 203 815, il est en nette progression par rapport à 2009. Le taux d'acceptation est de 99%.

Le nombre de personnes dépistées volontairement et ayant reçu leur résultat est de 199 087 soit 97% des personnes dépistées en 2010 et 234 725 en 2011 (soit 99,17%). Ce taux est en progression par rapport à 2009 (94,31%)

### 3.2.2 Soins et traitement

- **Traitement par les ARV**

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

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

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

**Tableau 10** : Répartition des PVVIH mis sous ARV de 2005 à 2011.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Adultes sous ARV	4283	9274	9345	11308	15 087	18 814	23 930

---

Source : Rapports de monitoring 2008 et 2011, PNLIS

- **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 2010, le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH, nouvellement mis sous traitement préventif pour Infections Opportunistes est respectivement de 6 031 et de 434.

Au total 6 640 adultes et 805 enfants ont présenté des IO en 2010 contre 7 837 adultes et 1 185 enfants en 2009.

Le nombre d'adultes et d'enfants traités pour IO est respectivement de 6 623 et 800 contre 7 807 et 1 176 en 2009.

- **Prise en charge psychosociale et nutritionnelle**

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

- **Rôle des Médiateurs**

Les médiateurs sont des personnes concernées ou non qui travaillent tant à l'hôpital que dans la communauté. Ils ont reçu une formation en matière de relation médicale et d'aide. Ils ont un cahier des charges axé sur trois 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, etc.

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

Actuellement 486 médiateurs travaillent sur l'ensemble du territoire national sur 214 sites PTME et 79 sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

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

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

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

Un kit alimentaire est fourni aux mères par certains acteurs ou partenaires (tel que le PAM) qui ont suivi la séance nutritionnelle et qui sont réellement dans le besoin. L'assistant social du site a au préalable déterminé ces femmes qui sont effectivement dans un besoin d'appui. Le kit qui est fourni est composé de maïs, d'haricot, huile végétale et du riz pour un total de 15000 pour une période de 2mois.

### – Rôle des psychologues

Ce sont des professionnels recrutés qui organisent sur les sites de prise en charge et de PTME:

- Les consultations psychologiques des PVVIH et des OEV,
- Supervision des médiateurs au niveau des 6 anciens départements

Les psychologues reçoivent en moyenne 5 personnes par jour et travaillent au moins 3 jours par semaine. Les troubles identifiés au cours des consultations sont les suivants :

- Etat anxieux
- Dépression
- Allure psychotique
- Angoisse

Des actions d'orientation, d'accompagnement et de psychothérapie sont menées vers ces patients en vue d'un meilleur suivi.

### • Prise en charge des co-infectés TB/VIH

Depuis 2006, le test de sérologie VIH est systématiquement proposé à tous les patients tuberculeux dépistés dans tous les 57 CDT après counseling. Ainsi, en 2011 sur les 4 320 cas de tuberculose toutes formes enregistrés, 4 259 ont été testés pour le VIH, soit un taux d'acceptation de 99%. Ce taux est en augmentation depuis 2009.

**Tableau 11** : Evolution du taux d'acceptation et de séroprévalence du VIH chez les tuberculeux toutes formes confondues de 2006 à 2011

Année	Nombre de cas de TB enregistrés	Nombre de cas de TB testés	Taux d'acceptation	Nombre de TB VIH positif	Taux de séroprévalence
2006	3734	3318	89%	494	15%
2007	3673	3386	92%	501	15%
2008	3977	3802	96%	644	17%
2009	3987	3845	96%	629	16%
2010	3841	3774	98%	585	16%
2011	4320	4259	99%	721	17%

Sur les 4 259 cas de tuberculose toutes formes testés pour le VIH, 721 cas sont déclarés positifs au VIH, le taux de séroprévalence à VIH étant alors de 17%. Il faut remarquer que le nombre de patients tuberculeux infectés par le VIH a connu une hausse de 23,2% entre 2010 et 2011. Depuis 2006, le taux de séroprévalence se situe en moyenne autour de 16% avec une fluctuation de  $\pm 1\%$ .

**Tableau 12** : Evolution du taux d'acceptation et de séroprévalence du VIH chez les nouveaux cas TPM+ de 2006 à 2011

Année	Nombre de cas TPM+ enregistrés	Nombre de cas TPM+ testés	Taux d'acceptation	Nombre de TB/VIH positif	Taux de séroprévalence
2006	2943	2673	91%	363	14%
2007	2770	2595	94%	332	13%
2008	2966	2868	97%	412	14%
2009	2960	2878	97%	390	14%
2010	2973	2931	99%	377	13%
2011	3331	3279	98%	449	14%

Par ailleurs, sur les 3331 nouveaux cas TPM+ dépistés en 2011, 3279 ont été testés pour le VIH, soit un taux d'acceptation de 98%. Sur les 3279 testés, 449 sont déclarés positifs au test VIH. Le taux de séroprévalence VIH chez les nouveaux cas TPM+ est donc de 14%.

Depuis 2006, le taux de séroprévalence au sein des nouveaux cas TPM+ se situe en moyenne autour de 13% avec une fluctuation de  $\pm 1\%$ . Il faut noter que le taux d'acceptation du test sérologique VIH chez les nouveaux cas TPM+ varie d'un département à un autre mais reste très élevé dans tous les départements. La séroprévalence du VIH est également variable selon les départements. Le taux de séroprévalence le plus faible est observé dans les Zou-Collines tandis que les taux les plus élevés sont observés dans l'Atacora-Donga et l'Atlantique-Littoral. Le tableau suivant (tableau IX) donne plus de détails par rapport à ces différentes variations.

**Tableau 13** : Taux d'acceptation du test VIH et de séroprévalence chez les tuberculeux toutes formes confondues par département en 2011

Départements	Nombre de cas de TB enregistrés	Nombre de cas de TB testés	Taux d'acceptation (%)	Nombre de TB/VIH positif	Taux de séroprévalence (%)
Atacora-Donga	251	243	97	64	26
Atlantique-Littoral	1646	1628	99	348	21
Borgou-Alibori	367	356	97	46	13
Mono-Couffo	664	652	98	85	13
Ouémé-Plateau	825	817	99	108	13
Zou-Collines	567	563	99	70	12
Bénin	4320	4259	99	721	17

Comme le montre le tableau 14 ci-dessous, le taux d'acceptation du test sérologique VIH chez les nouveaux cas TPM+ varie d'un département à un autre mais est aussi très élevé dans tous les départements. A l'exception des départements de l'Ouémé-Plateau, Mono-Couffo et Zou/Collines, le taux de séroprévalence est supérieur ou égal à la moyenne nationale dans tous les autres départements.

**Tableau 14** : Taux d'acceptation au test VIH et de séroprévalence chez les nouveaux cas TPM+ en 2011

Départements	Nombre de nouveaux cas TPM+ enregistrés	Nombre de nouveaux cas TPM+ testés	Taux d'acceptation (%)	Nombre de cas de VIH positif	Taux de séroprévalence (%)
Atacora-Donga	189	182	96	37	20
Atlantique-Littoral	1226	1209	99	197	16
Borgou-Alibori	255	245	96	27	11
Mono-Couffo	534	524	98	63	12
Ouémé-Plateau	685	678	99	75	11
Zou-Collines	442	441	100	50	11
Bénin	3331	3279	98	449	14

A partir du tableau 14 ci-dessus, on remarque que la séroprévalence à VIH reste toujours élevée dans l'Atacora-Donga et dans l'Atlantique-Littoral aussi bien chez les tuberculeux toutes formes que les patients tuberculeux à microscopie positive. On note une quasi-stabilité de la séroprévalence dans les départements de l'Atlantique-Littoral, du Mono-Couffo et de Zou-Collines.

**Tableau 15** : Evolution de la séroprévalence VIH chez les nouveaux TPM+ de 2007 à 2011 par département

Départements	2007	2008	2009	2010	2011
Atacora/ Donga	16	17	19	18	20
Atlantique/ Littoral	14	18	18	16	16
Borgou/Alibori	6	10	12	13	11
Mono/Couffo	17	15	12	12	12
Ouémé/Plateau	9	9	7	8	11
Zou/Collines	13	12	11	12	11
Bénin	13	14	14	13	14

#### • Promotion de la médecine traditionnelle

Au Bénin, la médecine traditionnelle est dispensée par une gamme variée de professionnels (phytothérapeutes, accoucheuses traditionnelles, psychothérapeutes, spiritualistes, etc.). Cinq décennies environ après l'indépendance, la médecine traditionnelle marque son retour en raison d'une combinaison de facteurs socioculturels, économiques et psychologiques. La pérennité de la médecine traditionnelle, observée jusqu'à ce jour, réside dans ses caractéristiques spécifiques à savoir :

- son accessibilité économique, liée à son coût réduit et à la souplesse des modalités de paiement ;
- son accessibilité géographique et culturelle;
- son caractère " holistique" en ce qu'elle prétend faire intervenir à la fois le corps, l'esprit et l'âme ;
- son offre populaire en matière de prise en charge des malades ;
- et sa bonne couverture sanitaire.

Ces caractéristiques font de la médecine traditionnelle, une pratique solidement implantée au Bénin. Des avancées importantes sont réalisées en matière de recherche, de renforcement des compétences des

praticiens et de réglementation de la publicité sur les ondes. Le Bénin, dispose aussi de directives pour l'autorisation de mise sur le marché des médicaments à base de plantes. Cette autorisation est un droit d'exploitation conféré à un produit déterminé, en vue de son importation, sa détention, sa distribution et sa dispensation au Bénin.

Les stratégies prioritaires portent sur l'appui à la mise à jour de la pharmacopée nationale, à travers le recueil des noms de plantes, d'extraits d'animaux, de minéraux et de normes destinés à la préparation de médicaments traditionnels. Les interventions s'appuient également sur le développement de la recherche en matière de médecine traditionnelle, à travers la classification des médicaments traditionnels et la mise en place des protocoles relatifs aux essais cliniques en matière d'évaluation des médicaments traditionnels. Elles favorisent, par ailleurs, le renforcement du cadre juridique pour l'exercice de la médecine traditionnelle, à travers un code de déontologie relatif à l'exercice de la médecine traditionnelle, la mise au point de mécanismes pour renforcer la collaboration entre les praticiens de la médecine dite conventionnelle et les PMT, et pour la protection des connaissances indigènes et des droits de propriété intellectuelle. Enfin, le renforcement des capacités est une stratégie qui permet de mettre en place des programmes pour l'enseignement et la formation en médecine traditionnelle à différents niveaux.

Au cours de l'année 2010, le bilan des activités réalisées en relation avec la promotion de la médecine traditionnelle se présente de la manière suivante :

- Commémoration de la 8ème Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle (le 31 août 2010) au Bénin
- Validation du document de directives relatives à la délivrance des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) des médicaments traditionnels.
- Restitution du protocole de prise en charge des IST/VIH-Sida basé sur les pratiques traditionnelles efficaces pour les Praticiens de la Médecine Traditionnelle du Bénin. Vulgarisation du protocole de prise en charge des IST et du VIH/sida basé sur les pratiques traditionnelles au profit des praticiens de la Médecine traditionnelle du Bénin
- Formation de 30 membres des associations de PMT sélectionnées sur la culture et le traitement par les plantes appliqués à la lutte contre le VIH/sida au Bénin
- Formation de 150 Praticiens de la Médecine Traditionnelle à la lutte contre la drogue
- Organisation d'une rencontre nationale de concertation entre Praticiens de la Médecine Traditionnelle et Professionnelle de la Médecine moderne dans le cadre du suivi des personnes vivant avec le VIH/sida au Bénin
- Organisation d'un colloque international sur les plantes antipaludiques utilisées en Médecine Traditionnelle.
- Elaboration d'une monographie sur les plantes utilisées en médecine traditionnelle pour la prévention et le traitement des affections opportunistes du VIH/Sida au Bénin
- Participation à l'Atelier d'évaluation de l'état de mise en œuvre des programmes de Médecine Traditionnelle dans les Etats Membres de la CEDEAO.
- Atelier d'élaboration d'une stratégie sous-régionale pour la conservation des plantes médicinales et l'appui à la création de jardins botaniques en Afrique de l'Ouest au Lagos - Nigeria,

### 3.2.3 Atténuation d'impact

- **Appui aux Orphelins et Enfants vulnérables (OEV)**

Dans la cadre des soins et soutien aux personnes vulnérables, des appuis sont prévus périodiquement pour les OEV. Toutefois, ces appuis ne concernent pas seulement les OEV VIH. Tout OEV répondant aux critères définis par le Ministère de la Famille des Affaires sociales de la Solidarité nationale des Handicapés et des personnes de Troisième âge peut y avoir accès.

Parmi les partenaires qui soutiennent les interventions ciblant les OEV figurent l'UNICEF, le PAM, le PMLSII, et Plan Bénin. Tous travaillent sous le leadership et la coordination de la cellule cœur d'espoir du Ministère de la Famille des Affaires sociales de la Solidarité nationale des Handicapés et des personnes de Troisième âge.

Les appuis fournis couvrent essentiellement :

- Appui nutritionnel
- Appui scolaire
- Appui économique en AGR et AVE&C (Association Villageoise d'Epargne & de Crédit)
- Appui Psychologique
- Appui en formation et insertion professionnelle
- Appui médical
- Appui juridique

Les acteurs de mise en œuvre sont de trois ordres : ceux qui financent les acquisitions des différentes appuis (Kits nutritionnels, kits scolaires, prise en charge des frais de formation et d'insertion professionnelle, frais d'adhésion et de cotisation aux mutuelles) ; ceux (acteurs intermédiaires) qui sont constitués des sous récipiendaires à savoir Caritas, Care, ABPF Le Barcar, CRS, Plan Bénin et d'autres structures utilisées par les autres partenaires pour la mise à disposition des appuis au profit des cibles. Les acteurs périphériques sont essentiellement constitués des responsables des Centres de promotion sociales, et les ONG pourvoyeuses d'OEV.

La stratégie de mise en évidence des appuis est basée sur les aspects suivants :

- Disposition d'une liste d'OEV validée au niveau national avec les critères de vulnérabilité par village/quartier de ville, par arrondissement, par commune et par département,
- Définition d'un paquet minimum d'intrants pour les différents kits (nutritionnels et scolaires),,
- Répartition des appuis selon les besoins nationaux, départementaux, et communaux.
- Mise à disposition des appuis au niveau périphérique,
- Suivi et supervision de la mise à disposition des appuis
- Assurance qualité des données de la distribution et contrôle des données sur sites

Pour le compte des années 2010 et 2011, Plan Bénin, avec l'appui des sous récipiendaires a contribué à la mise œuvre de l'appui aux OEV sous financement du Fonds Mondial. Les résultats obtenus sont le fruit des appuis nutritionnels, scolaires et de la formation et l'insertion professionnelle.

**Tableau 16** : Appuis reçus des orphelins en 2010

Types d'appui	2010			2011		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
Appui scolaires	7269	5659	7687	9911	8239	18150
Appui nutritionnel	904	1160	2064	6393	5194	11587
Appui en formation et insertion professionnelle				58	70	128

- **Participation de la société civile**

La mise en œuvre du Plan à Moyen Terme de 2<sup>ème</sup> génération ayant consacré le début de la multisectorialité de la lutte contre le Sida a connu une large participation de la société civile. Avec l'appui du Round 9 du Fonds Mondial et de quelques partenaires, les capacités des animateurs et responsables d'ONG et de Réseaux ont été renforcées sur des thématiques diverses comme la planification axée sur les résultats, l'intelligence et la dynamique associative, etc.

Avec l'appui de la Banque Mondiale à travers le PMLS II, des microprojets d'ONG ont été financés tant dans le domaine de la prévention que de la prise en charge psychosociale et nutritionnelle du VIH. Avec l'appui de l'ONUSIDA, les organisations des femmes ont été fédérées en un réseau, le ROAFEM. Les organisations de HSH, UDI, de TS et les structures confessionnelles ont bénéficié d'appuis considérables, techniques et financiers, pour la mise en œuvre de leurs plans d'actions. La contractualisation pour des paquets d'interventions spécifiques définies à travers les micro projets spécifiques des structures contractantes:

En 2010, grâce à l'appui du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, le PMLS II de la Banque Mondiale et l'ONUSIDA, 154 ONG (femmes, jeunes, HSH, CDI,TS) ont été sélectionnées et appuyées financièrement et techniquement. Cet appui concerne les activités ou prestations de prévention, soins, traitement et soutien à l'endroit des adolescents et jeunes, des Travailleuses de Sexe, des routiers, des CDI et des HSH.

Il faut préciser aussi la forte participation de la société civile dans les instances de coordination et de prise de décision des structures en charge de la lutte contre le Sida notamment le Comité National de lutte contre le sida et le Comité National de Coordination des Projets/Programmes financés par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Le réseau des Associations Béninoises de jeunes engagés pour la Santé et le Développement (RABeJ/SD), le Réseau des Personnes vivant avec le VIH (RÉBAP+), le Réseau des ONG béninoises de Santé et le Réseau des Associations de Femmes ont participé à la revue à mi parcours du cadre stratégique 2007-2011 et la collecte de données complémentaires. Le Réseau des Associations des Personnes Vivant avec le VIH (RÉBAP+) est très actif à travers les médiateurs travaillant sur les sites de prise en charge et de PTME, la vulgarisation de la loi portant prévention et la prise en charge et contrôle du VIH. Dans ce même ordre d'idées, l'Association Béninoise du Droit de Développement (ABDD), avec l'appui de l'IDLO, est très impliquée dans la mise en place de services juridiques pour les PVVIH au Bénin. Aussi le RÉBAP+ est actuellement associé au processus d'évaluation technique du projet d'appui nutritionnel aux ménages affectés par le VIH au Bénin.

La mobilisation des professionnels de la communication et des organisations des femmes a été opérationnalisée et s'est beaucoup intensifiée durant l'année 2010 notamment avec l'organisation par l'ONUSIDA, de deux ateliers d'appropriation des trois principes clés et des priorités de l'ONUSIDA. En ce qui concerne les organisations des femmes et les filles, sous le leadership du Ministère de la Famille, en collaboration avec le SP/CNLS et l'appui technique et financier de l'ONUSIDA, un plan opérationnel budgétisé pour une action accélérée en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH/Sida au Bénin a été développé. Cet agenda dont la mise en oeuvre a démarré en 2011 couvre la période 2010-2014.

La société civile s'est mobilisée pour assurer le succès des éditions 2010 et 2011 de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida dont le thème en 2011 était: «Zéro nouvelles infections liées au VIH, Zéro discrimination et Zéro décès lié au SIDA».

Enfin, la société civile vient de participer en 2010 et 2011 aux côtés des partenaires et acteurs de la lutte à toutes les étapes du processus de développement du plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida 2012-2016.

- **Soutien juridique**

Le projet pilote de promotion des services juridiques au profit des PVVIH et autres personnes vulnérables au Bénin est mis en place par l'Association Béninoise de Droit du Développement (ABDD) et l'Association des Femmes Juristes du Bénin (AFJB). Ce projet est réalisé en collaboration avec le Réseau Béninois des Associations de personnes Vivant avec le VIH (RéBAP+), grâce à l'appui technique et financier de l'OIDD, du FODI, de l'ONUSIDA et du PNUD. Il s'inscrit dans la dynamique de la promotion de l'accès universel au système de prise en charge médico-sociale du VIH et, plus globalement, dans le cadre de la promotion d'un environnement juridique respectueux des droits humains développé au Bénin depuis plus d'une décennie.

Au cours des deux dernières années, le projet a poursuivi quatre principaux objectifs à savoir : (1) Améliorer les niveaux de connaissance de la loi VIH et les capacités d'accès à des services juridiques de qualité, (2) Renforcer les capacités des acteurs et agents stratégiques à l'appropriation de la loi contre la propagation du VIH, (3) Assurer l'assistance et la protection juridiques des PVVIH et autres Personnes Vulnérables contre la discrimination et autres injustices dont elles sont le plus souvent victimes, (4) Encourager les bonnes pratiques en matière de prise en charge juridique du VIH, du droit, de la loi et autres textes protégeant les PVVIH et les personnes affectées par le VIH.

Pour les objectifs 1 et 3, la poursuite des permanences, aussi bien au niveau des centres de prise en charge médico-sociale que dans les centres d'aide juridique de l'ABDD et de l'AFJB, a été et continue d'être un volet important du projet eu égard à ses effets et aux résultats très encourageants obtenus durant cette première année. Au nombre de ceux-ci on peut noter :

- 169 consultations juridiques au niveau des centres de prise en charge, 117 dossiers ouverts, 98 dossiers conduits à terme et avec la résolution des problèmes posés, 69 dossiers résolus par voies alternatives ;
- 77 bénéficiaires dont 60 femmes reçus au niveau des centres d'aide juridique, 48 dossiers conduits à terme dont 25 par voies alternatives ;
- 8 dossiers poursuivis au niveau des tribunaux et offices de police judiciaire dont 4 encore en instance ;
- 31 cas d'orientations vers les Centres de Promotion Sociale.

Au niveau de l'objectif 2, on peut mettre à l'actif de l'expertise du projet et avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA, l'organisation de quatre ateliers de renforcement des compétences des acteurs stratégiques de la prise en charge globale à savoir :

- Un atelier de formation de 32 formateurs en approche VIH, Droits Humains et services associés, à l'intention des PVVIH, agents de santé et assistants sociaux des centres de prise en charge et de traitement du VIH/Sida, à Cotonou les 14 et 15 octobre 2010.
- Un atelier de renforcement des capacités de 37 professionnels de la justice de la région du sud Bénin sur la Loi, le VIH et le Droit, à Cotonou les 25 et 26 Novembre 2010.
- Un atelier de renforcement des capacités de 62 professionnels de la justice de la région du nord Bénin sur la Loi, le VIH et les Droits, à Parakou les 8 et 9 Décembre 2010.
- Un atelier de renforcement des capacités de 56 professionnels de la communication de l'ensemble du Bénin sur la Loi, le VIH et les Droits, à Cotonou les 10 et 11 Février 2011.

Enfin, au niveau de l'objectif 4, le projet a engagé, avec l'appui financier de l'ONUSIDA et du PNUD, un processus de réalisation d'une brochure d'information sur "VIH et droits au Bénin, ce qu'il faut savoir". Cette

brochure a été lancé dans le cadre d'une cérémonie officielle de présentation des résultats du projet pilote d'appui aux services juridiques aux personnes vivant et affectées par le VIH, par Madame le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, de la Législation et des Droits de l'Homme le 15 Novembre 2011. La vulgarisation de cet outil se poursuit dans les différents départements du Pays, avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA.

Le Projet Pilote de Promotion des Services Juridiques au Profit des Personnes Vivant avec le VIH et autres Personnes Vulnérables au Bénin mis en œuvre par l'ABDD et l'AFJB pour la ville de Cotonou et ses environs a pour cette première année de sa phase pilote contribué à une amélioration significative de l'environnement juridique de la riposte nationale du Bénin à la pandémie du VIH/Sida. Sa poursuite dans une dynamique d'extension de ses activités au reste du pays permettra à coup sûr d'espérer pour le Bénin un relèvement effectif des défis du millénaire en matière de lutte contre ce fléau. Des échanges se poursuivent d'ailleurs avec des autorités à divers niveaux afin que ces services soient aussi intégrés comme un des axes prioritaires du prochain cadre stratégique national 2012-2016.

Cependant, les résultats obtenus après un an de mise en œuvre restent hypothéqués par les situations de stigmatisation, de discrimination et autres injustices subies par les Personnes vivant avec ou affectées par le VIH/Sida. Ce projet apparaît donc comme le chaînon important qui vient combler les insuffisances de la stratégie nationale de prise en charge pour en assurer une action globale nécessaire à la réalisation effective des objectifs de la riposte au VIH au Bénin.

## IV. MEILLEURES PRATIQUES

A l'issue de l'atelier de consensus de Dakar, il a été convenu qu'une meilleure pratique est « une expérience, une initiative, un programme ayant fait les preuves de son efficacité, et de sa contribution dans la réponse au VIH/SIDA, et ayant valeur d'exemple, capable d'inspirer les (autres) acteurs.

Les critères d'analyse essentiels des meilleures pratiques selon l'ONUSIDA incluent notamment :

- efficacité,
- efficience,
- pertinence,
- validité éthique et
- pérennité.

Les pratiques candidates au titre de Meilleures Pratiques devraient satisfaire à l'un ou plusieurs de ces critères, même s'il n'est pas obligatoire qu'elles satisfassent à chacun d'eux.

Deux approches permettent d'identifier ces meilleures pratiques, chacune correspondant à un niveau d'analyse différent.

- La première se fonde sur une simple description des résultats de la pratique en cause. De ce point de vue, on peut considérer comme Meilleure Pratique toute approche partiellement ou entièrement efficace qui s'avérerait apporter des leçons utiles.
- La seconde consiste à effectuer une analyse en profondeur en faisant appel à des critères connus et spécifiques qui examinent les points forts et les points faibles, les succès et les échecs.

La première approche a été retenue, et a permis de retenir les trois meilleures pratiques qui suivent.

### 4.1. Promotion des services juridiques d'appui à la lutte contre le VIH/Sida au Bénin

#### • Pertinence du projet

La création d'un environnement juridique favorable au respect des droits de chaque citoyen constitue un des moyens les plus adéquats pour le développement d'une riposte efficace à l'épidémie du VIH. Elle passe par le renforcement de la législation et la mise en œuvre d'une politique spécifique assurant la réduction des actes de discrimination et autres injustices subies du fait du statut sérologique. En effet, malgré des avancées remarquables, l'amélioration de l'environnement juridique de la réponse au VIH/SIDA demeure encore un défi énorme au Bénin. On peut ainsi mentionner la faible vulgarisation de la loi 2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/sida en République du Bénin ; la faible vulgarisation de la Déclaration Nationale Tripartite de Lutte contre le sida en milieu du travail ; et le non enregistrement des recours qualifiables susceptibles de faire établir des faits de discrimination ou de stigmatisation au vu de la loi.

Une évaluation récente du niveau d'application et de connaissance de la loi VIH dans quelques départements du pays a révélé que celle-ci est, de façon générale, ignorée. La population judiciaire et les officiers de police judiciaire (avocats, juges, policiers, gendarmes...) ne sont pas au courant de son existence. . Or, nous savons maintenant, sur la base de données probantes, que par l'éducation et la formation sur la connaissance et le respect des droits associés au VIH/SIDA, il est possible :

- D’agir en renforçant la confiance en soi chez les PVVIH et leur aptitude à mieux participer à la riposte,
- De développer les connaissances des questions juridiques liées au VIH et, ainsi,
- De modifier les comportements de discrimination et de stigmatisation au sein de la population en générale.

C’est précisément dans ce cadre que s’inscrivent l’initiation et la mise en place du projet pilote de promotion des services juridiques au profit des PVVIH et autres Personnes vulnérables au Bénin, par l’Association Béninoise de Droit du Développement (ABDD) en collaboration avec l’Association des Femmes Juristes du Bénin (AFJB).

Le but de ce projet est de contribuer à l’amélioration d’un environnement juridique et politique favorable à la riposte à la pandémie du VIH au Bénin. Plus spécifiquement, il s’agit de :

- Améliorer les niveaux de connaissances et les capacités d’accès des PVVIH et autres personnes vulnérables à des services juridiques de qualité, adaptés à leurs conditions ;
- Renforcer les capacités des organisations de la société civile et des agents stratégiques de l’administration judiciaire (acteurs judiciaires et para judiciaires) à l’appropriation de la loi sur le VIH et la protection juridique des PVVIH et autres Personnes Vulnérables ;
- Assurer l’assistance et la protection juridiques aux PVVIH et autres Personnes Vulnérables vis-à-vis des situations de discriminations et autres injustices dont ils sont le plus souvent victimes du fait de leur statut vulnérable ;
- Encourager les bonnes pratiques par la médiatisation des cas, la production et la diffusion de documents d’information et d’éducation tels que les bulletins d’information, les posters, les brochures, les prospectus etc. sur le VIH, le droit, la loi et autres textes protégeant les PVVIH et les personnes affectées par le VIH, le genre et les services juridiques associés au VIH/SIDA.

L’une des pratiques mises en place dans le cadre de ce projet est la promotion des permanences d’éducation, de consultation, d’assistance et de protection juridiques des PVVIH et autres personnes vulnérables au niveau de quatre centres de prise en charge ARV de Cotonou.

- **Description de la pratique**

Cette expérience résulte de la mise en place d’un projet pilote mise en place par l’Association Béninoise de droit du Développement en collaboration avec l’Association des Femmes Juristes du Bénin (AFJVB), grâce à un appui initial de l’organisation Internationale de Droit du Développement (OIDD) et du Fonds de l’OPEP pour le Développement International. Elle s’est déroulée de Juillet 2010 à Décembre 2011.

Son processus de réalisation a couvert la période allant de Septembre 2009 à Décembre 2011 avec une période active allant de juillet de mise en œuvre d’un projet pilote de promotion des services juridiques au profit des PVVIH et autres personnes vulnérables au Bénin. Les activités planifiées ont été identifiées à la suite d’une étude d’évaluation des besoins en matière de services juridiques des PVVIH et autres personnes vulnérables réalisée par l’ABDD au niveau de trois départements du Bénin (Littoral, Zou et Borgou).

L’expérience dans son ensemble consiste à la réalisation des permanences de séances éducatives, de consultations, d’assistance et de protection juridique des PVVIH et autres personnes vulnérables au VIH au niveau de quatre centres de prise en charge de Cotonou (CTA/CNHU, Centre Médical Arc-en-Ciel, ONG RACINES et Hôpital BETHESDA) et au niveau des centres d’aide juridique de l’ABDD et de l’AFJB. Les activités consistent dans un premier temps à l’organisation des séances d’information et de sensibilisation des patients sur l’appropriation de la loi VIH 2005-31 du 10 avril 2006, et des consultations juridiques, afin de prendre en charge des problèmes de stigmatisation, discrimination et autres violations de droits humains associés au VIH/Sida.

Les permanences sont assurées par deux équipes composées chacune d'un(e) juriste et d'un(e) paire éducateur(trice) qui vont au niveau des sites rencontrer les patients et au besoin leur donner des rendez-vous aux centres d'aides juridiques afin de leur offrir les appuis appropriés. Après les séances publiques de sensibilisation, les consultations sont offertes aux patients de façon individuelle pour recueillir, traiter, et engager la procédure appropriée pour la résolution du problème posé. Les dossiers sont ouverts et poursuivis au siège de l'ABDD, avec l'avocat et le chef du projet.

Pour la satisfaction des clients, l'équipe de la permanence adopte principalement les modes de règlement alternatifs qui consistent à prendre contact et inviter les deux parties, les écouter, leur apporter des éclaircissements, des conseils appropriés, les conduire si possible au compromis ou à la résolution satisfaisante du problème posé par le ou la cliente. A défaut d'une résolution conciliante, le dossier est remis à l'avocat, qui engage alors une poursuite judiciaire.

Pour faciliter ces services, l'équipe du projet a entrepris d'autres actions dont :

- L'organisation, avec l'appui de l'ONUSIDA, des ateliers d'échange et de renforcement des capacités d'acteurs stratégiques de la riposte nationale (professionnels de la justice et de la police judiciaire, professionnels de la communication médiatique, professionnels de la prise en charge médicosociale, médiateurs) sur l'appropriation de la loi et la prise en compte des droits humains dans le contexte de la lutte contre le VIH/Sida,
- L'édition et la vulgarisation d'une brochure d'information juridique sur "VIH et droits au Bénin, ce qu'il faut savoir".

- **Résultats obtenus**

Un bilan des produits et acquis de cette expérience a donné des résultats encourageants.

Par rapport aux permanences de sensibilisation, de consultations et d'assistance juridiques :

- 193 séances d'information et de sensibilisation relatives au contenu de la loi sur le VIH/Sida au Bénin et sur les services d'appui juridique offerts par l'équipe du projet avec des effectifs allant de 10 à 36 participants par séance,
- 319 consultations juridiques réalisées aux centres de PEC et aux centres d'aide juridique,
- 220 dossiers ouverts à partir des consultations réalisées,
- 155 dossiers conduits à terme et avec la résolution des problèmes posés, dont 120 résolus par des voies alternatives
- 15 dossiers poursuivis au niveau des tribunaux et offices de police judiciaire dont 02 encore en instance
- 55 cas d'orientations vers les Centres de Promotion Sociale pour la prise en charge scolaire d'OEV et micro subvention ou microcrédits de promotion d'AGR.

Par rapport aux formations :

- 30 médiateurs et agents des centres de prise en charge de Cotonou ont été formés
- 97 acteurs de la justice et police judiciaire de tous les départements du Bénin ont été formés
- 56 professionnels des médias venus de tous les départements du Bénin ont été formés

Par rapport à la production et la diffusion de documents d'information et d'éducation en matière de réponse juridique au VIH :

- 2500 exemplaires) d'une brochure d'information sur «**VIH et droits au Bénin, ce qu'il faut savoir**», avec l'appui financier du PNUD et de l'ONUSIDA ont été édités et vulgarisés
- quatre émissions radio interactives chacune sur l'offre des services juridiques d'appui à la lutte contre le VUH/Sida à Cotonou par l'ABDD et l'AFJB, et sur la vulgarisation du contenu de la brochure d'information juridique sur VIH et Droits au Bénin ont été réalisées.

- **Leçons apprises**

- 1) Le recours à un service de justice comme moyen pour dissiper la grande emprise des pesanteurs sociologiques sur les PVVIH
- 2) l'apport notable des services juridiques appropriés des centres notamment des permanences d'assistance et la protection juridiques aux PVVIH dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes séropositives ou vulnérables qui peuvent participer plus activement à la lutte le VIH/SIDA
- 3) L'existence de solutions alternatives à des poursuites judiciaires au niveau des tribunaux et offices de police judiciaire offertes par lesdits services pour le règlement de nombreux problèmes sociaux liés au statut VIH

- **Conclusion**

Ce projet a contribué, en une année, à améliorer l'environnement juridique de la réponse au Bénin notamment en ce qui concerne l'appui juridique aux personnes infectées et affectées victimes de violations de leurs droits. Cependant, il reste encore des défis à surmonter pour renforcer la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et la promotion des droits des personnes infectées et affectées. De tels mécanismes de promotion des droits de la personne doivent être renforcés au niveau national, en particulier au niveau des communautés.

#### **4.2. Mise en réseau des maternités environnantes avec le site de prise en charge ARV de HAAR pour une élimination de la transmission VIH de la mère à l'enfant dans la commune de Dangbo.**

- **Pertinence de l'intervention**

Dans le but d'améliorer l'accès au dépistage précoce des enfants exposés au VIH de la commune de Dangbo, il a été mis en place à partir de 2010, avec le soutien du PNLs, de la DDS O/P et de la fondation d'entreprise GSK une intervention faite de mise en réseau des neuf (09) maternités de la commune de Dangbo avec le site de prise en charge HAAR de Dangbo pour la mise sous ARV des gestantes séropositives, le suivi et le dépistage précoce des enfants exposés au VIH. Pour ce faire, il a été organisé préalablement une formation des agents qualifiés de ces maternités sur le conseil dépistage prénatal, sur la réalisation d'un accouchement à moindre risque, et le suivi de la mise en place des intrants de la PTME dans toutes ces maternités.

- **Description de la pratique**

Chaque maternité lors du suivi prénatal propose le dépistage prénatal de manière éclairée à chaque gestante. Si cette dernière est séropositive, elle est orientée vers le site de prise en charge HAAR pour les bilans biologiques (d'inclusion, et pré-thérapeutique), les séances d'éducation thérapeutiques, suivi de sa mise sous ARV. La gestante peut poursuivre à sa guise ses consultations prénatales dans la maternité de son choix, où se réalisera l'accouchement à moindre risque. La thérapie ARV de l'enfant est remise aux agents qualifiés de la

maternité, dès que la gestante entre en travail d'accouchement, et le suivi du nourrisson se poursuit à HAAR, pour le démarrage du CTM à 6 semaines suivi du prélèvement de la PCR.

Deux activités de soutien sont menées pour maintenir les femmes séropositives dans la cohorte de suivi : la visite à domicile bimensuelle impliquant un binôme constitué de la sage-femme, et d'un membre de l'équipe d'éducation thérapeutique de HAAR, est organisée systématiquement, ou à la demande en cas d'absence de la gestante à son rendez-vous de consultation prénatale suivante ; et les groupes de paroles spécifiques aux gestantes ou nourrices séropositives.

- **Résultats obtenus**

Cette intervention a permis à l'échelle de la commune de Dangbo de dépister 3003 et 2691 gestantes séropositives respectivement en 2010 et en 2011 avec un taux d'acceptabilité du testing VIH qui est passé de 92% à 98%. 64 gestantes étaient séropositives en 2010 contre 43 en 2011 ; le pourcentage des gestantes séropositives ayant eu accès aux ARV s'est amélioré passant de 56% (36) en 2010 à 79% (34) en 2011.

En dehors de quelques cas de fausse couche spontanée (03 en 2010, et 01 en 2011) et des cas d'abandon de traitement ARV (02 en 2010), toutes les autres gestantes mises sous ARV ont accouché sur un des sites PTME ; leurs enfants ont eu à bénéficier de la prophylaxie ARV, et de la PCR initiale ; la PCR après le sevrage n'ayant pas encore été réalisé chez tous les enfants. A ce jour, aucun enfant n'est infecté au vu du résultat de la première PCR réalisée. Au 31 décembre 2011, 31 enfants exposés au VIH suivis jusqu'à 18 mois dans notre cohorte sont restés séronégatifs.

- **Leçons apprises**

La mise en réseau des maternités environnantes avec un site de prise en charge ARV a boosté l'accès au traitement ARV des gestantes séropositives, et l'accès au dépistage précoce des enfants exposés au VIH. Elle peut être le creuset où se fera le transfert des compétences permettant au fur et à mesure aux sages femmes de devenir aussi bien prescriptrices d'ARV que réalisatrices des prélèvements de la PCR.

Les activités de soutien comme les visites à domicile, les groupes de paroles spécifiques aux femmes séropositives, les séances d'éducation thérapeutique sont essentielles pour maintenir les gestantes séropositives dans la cohorte de suivi.

L'une des difficultés rencontrées est l'abandon des femmes séropositives ayant partagé leur statut avec le conjoint, surtout lorsque ce dernier est séronégatif. Se pose le problème des AGR pour les autonomiser.

- **Conclusion**

L'accès au dépistage prénatal, le démarrage sans retard de la prophylaxie ARV chez la gestante séropositive, et l'accès au dépistage précoce des enfants exposés au VIH constituent les trois grands défis de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La mise en réseau des maternités avec un site de prise en charge ARV d'une même localité est un moyen d'atteindre ces buts. Elle est également une porte d'entrée pour une bonne prise en charge pédiatrique du VIH.

### 4.3. La Caravane pour la vie

- **Introduction**

La caravane pour la vie est une initiative du Projet Corridor Abidjan-Lagos qui a pour but de freiner la propagation du VIH et de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH/sida au sein des populations mobiles et les personnes en contact avec elles. La caravane pour la vie est un voyage d'un mois qui se déroule sur près de 2000 kms à travers cinq pays du golfe de Guinée dont le Bénin.

L'objectif de la caravane est de contribuer à la réduction de la vulnérabilité des populations vivant le long du Corridor face aux IST/VIH/sida et d'améliorer les attitudes vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et les personnes affectées.

- **Mise en œuvre de la pratique**

La caravane pour la vie est une parade hautement visible et audible de véhicules spécialement équipés (camions podium) avec des experts en santé, des volontaires et des artistes de scène. L'équipe de la caravane organise des concerts live de musique, des spectacles grand public, des sketches et des danses suivis de remise de gadgets (Tee-shirts, casquette, condoms) dans le but d'informer, de sensibiliser et de prodiguer des conseils pratiques sur les IST/VIH/sida et d'organiser des séances de dépistage volontaire au profit des participants.. Cette caravane traverse les points stratégiques des localités parcourues : marchés, gares routières, centres ville, et les points chauds (zones d'ambiance etc.) ainsi que les zones frontalières.

- **Résultats obtenus**

La caravane pour la vie a permis en une semaine de rendre visible les activités du Projet, de sensibiliser et de dépister une bonne frange de la population.

Elle a permis au Bénin de distribuer 606 000 condoms dont 576 000 masculins et 30 000 féminins. En matière de dépistage 4248 personnes dont 2711 masculins et 1537 féminins ont été dépistés et ont reçu leurs résultats. Pour les IST, 2097 cas dont 985 hommes et 1112 femmes ont été diagnostiqués et traités. Enfin environ 1 080 000 personnes estimées ont été sensibilisées sur le VIH/Sida, la stigmatisation et la libre circulation des personnes et des biens.

Ces résultats ont été obtenus grâce à la participation et à l'implication du CNLS, du PNLS, des jeunes, des PVVIH, des corps habillés, des syndicats des transporteurs, des TS, des élus locaux, des ONG partenaires, des centres de santé, et des communautés des zones frontalières.

Des comités locaux ont été installés dans chaque localité en vue d'échanger sur les orientations et les conseils à communiquer à savoir : l'abstinence, l'usage du préservatif, la fidélité à son partenaire unique, le conseil dépistage volontaire l'acceptation et le soutien aux PVVIH.

- **Leçons apprises**

Cette caravane est une valeur ajoutée régionale dans la mise en œuvre du Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA. Elle est une opportunité d'accélérer les résultats programmatiques dans le domaine de la prévention et de la lutte contre la discrimination/stigmatisation.

- **Conclusion**

Cette initiative régionale de lutte contre les IST/ VIH/SIDA est une approche multisectorielle efficace qui permet de :

- améliorer la participation des populations mobiles et des communautés frontalières à la lutte contre les IST/ VIH/SIDA
- fournir un continuum de services de prévention et de soins en complément des efforts pays

- renforcer la lutte contre la discrimination et d'accroître le soutien aux PVVIH
- renforcer la libre circulation des personnes et des biens.

## V. PRINCIPAUX PROGRES, OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

### 5.1. Progrès réalisés

Les principaux progrès réalisés sont :

- Structuration pyramidale permettant d’encadrer au mieux la riposte de façon décentralisée sur tout le territoire national, impliquant les acteurs de la gouvernance locale.
- Acceptation des trois principes directeurs “ 3 Ones ” par les acteurs de la lutte contre le VIH/Sida.
- Elaboration et validation des documents normatifs de référence du Système Unique de Suivi Evaluation.
- Elaboration du Plan Stratégique National 2012-2016 et des outils pour sa mise en œuvre (Plan opérationnel, et Plan de Suivi Evaluation)
- Renforcement de l’implication de la société civile et des organisations communautaires à la base dans la lutte.
- Renforcement de l’implication du secteur privé dans les activités de prévention à travers la poursuite de création des Comités d’Entreprise et la formation des acteurs
- Intensification de la riposte au niveau des jeunes avec la mise en place d’un mécanisme efficace de paire-éducation en milieu scolaire, universitaire et communautaire.
- Intégration des activités de lutte contre le VIH/Sida dans les Plans de Développement Communaux (PDC).
- Tenue de la sixième session ordinaire du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida.
- Renforcement du soutien des Partenaires Techniques et Financiers aux différentes initiatives de lutte contre le VIH/Sida au Bénin
- Renforcement de la prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST et la volonté politique affichée pour l’élimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant.
- Amélioration du niveau de connaissance sur les IST et le VIH/Sida avec renforcement des capacités de plusieurs couches sociales et structures, en constante amélioration.
- Vulgarisation et diffusion élargie du document de politique des normes et procédures de la PEC des PVVIH.
- Mise en œuvre du suivi biologique des PVVIH du niveau national jusqu’aux niveaux décentralisés
- Mise en place progressive et améliorée du dispositif d’évaluation partielle des échecs thérapeutiques.
- Intensification de la collaboration entre les organes et les structures de coinfection VIH/Tuberculose.
- Prise en compte dans le Plan Stratégique National des sous-populations à risque (HSH, CDI et leurs partenaires).

## **5.2. Obstacles ayant entravé la riposte nationale**

### **1. Insuffisance de ressources humaines et financières à la coordination nationale**

Le Secrétariat Permanent qui est l'organe technique du CNLS ne dispose pas d'un budget de fonctionnement et de ressources humaines et matérielles suffisantes. Ceci affecte considérablement la réalisation de sa mission en tant qu'instance de coordination.

### **2. Insuffisance et mauvaise orientation des ressources destinées aux groupes spécifiques tels que les femmes, Travailleurs de Sexe et jeunes**

Le Cadre stratégique national 2007-2011 prévoit d'intensifier des actions à l'endroit de certaines populations spécifiques (travailleuses de sexe et clients, jeunes de 15-24 ans, routiers, HSH, CDI, etc.) afin de réduire la prévalence au sein de ces groupes qui entretiennent l'épidémie au Bénin. Malheureusement les résultats des études NASA/REDES 2006-2007 montrent clairement que les ressources financières mobilisées ces dernières années en direction de ces groupes ont connu une régression et de plus, elles sont mal orientées.

### **3. Faible opérationnalité de certains Unités Focales et Comités d'Entreprise de Lutte contre le Sida**

La plupart des ministères et institutions de la République disposent d'une Unité Focale de Lutte contre le Sida. Les entreprises ont installé des comités d'entreprises de lutte contre le Sida. Ces unités sectorielles ont pour mission d'impulser les interventions de prévention et de prise en charge en direction des personnels de ces structures et des cibles de leurs ressorts respectifs. Cependant, seulement quelques unes sont réellement opérationnelles. Cette faiblesse de certains unités focales et comités d'entreprise est due entre autres à la mobilité des responsables et des membres, à l'insuffisance des capacités de planification, de mobilisation des ressources et de suivi. En effet, la plupart de ces structures sectorielles de lutte contre le sida ne disposent pas d'un budget autonome de fonctionnement.

### **4. Echéance de certains projets financés par les partenaires**

Plusieurs projets agissent comme organes d'exécution dans la lutte contre les IST et le VIH/Sida au Bénin. Chaque projet intervient dans un ou plusieurs domaines soit directement au niveau du SP/CNLS dans le cadre de l'appui institutionnel, soit au niveau communautaire. La plupart de ces projets (PALS-BAD, PARL-Sida, PMLSII) qui appuient la mise en œuvre de la riposte nationale contre l'épidémie sont arrivées à terme.

### **5. Procédure d'acquisition des ARV et réactifs**

Le non respect du plan d'approvisionnement national et proposition de tableaux de bord pour un meilleur suivi du Plan annuel d'approvisionnement a conduit parfois les sites de prise en charge dans une situation de rupture. Par ailleurs, il a été constamment déploré des délais très longs (8 à 18 mois) dans l'acquisition des ARV et réactifs. Ceci est à la base d'épisodes récurrents de rupture de stocks d'ARV sur les sites de prise en charge.

### **6. Faible consommation des ressources du Fonds Mondial**

On note un faible taux de décaissement financier au niveau de l'ensemble des programmes financés par le Fonds mondial dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida.

### 5.3. Mesures correctives

- **Au niveau institutionnel**

Pour remédier aux difficultés de ressources du SP/CNLS, plusieurs séances de plaidoyers auprès des autorités ministérielles et de la Présidence de la République ont été organisées, ce qui a permis une augmentation du budget de fonctionnement et des ressources humaines du SP/CNLS. Au niveau du Ministère de la Santé, le SP/CNLS bénéficie d'un appui considérable. Par ailleurs, le SP/CNLS a procédé à l'actualisation des textes (décret et arrêté) portant création et fonctionnement du CNLS et de son Secrétariat Permanent qui attendent d'être signés.

- **Par rapport aux groupes spécifiques**

Responsabiliser la cible et orienter les ressources à l'endroit de ces derniers en vue d'œuvrer davantage pour l'établissement de la multisectorialité de la lutte et de l'implication plus accrue de tous les acteurs dans la réponse à l'épidémie.

- **Par rapport aux UFLS et Comités d'entreprise**

Renforcement des capacités des UFLS et comités en IEC/CCC, Micro planification et Suivi et évaluation.

Financement des plans d'actions de certains UFLS et comités aussi bien du secteur public que du secteur privé.

- **Par rapport aux projets**

Préparation et proposition de nouvelles requêtes de financement de projets en direction des Partenaires Techniques et Financiers (Fonds Mondial – Banque Mondiale – USAID....)

- **Par rapport aux ARV et réactifs**

- Mise en place d'un comité de quantification qui se réunit de façon périodique tous les trois mois.
- Allongement du délai du stock de sécurité de six mois à douze mois.
- Mise en place d'un logiciel de quantification.

## VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT ET FINANCEMENT DE LA REPONSE

### 6.1. Financement de la réponse

Plusieurs partenaires au développement ont accompagné à travers divers financements la mise en œuvre du cadre stratégique 2007-2011 durant les deux dernières années. Le tableau ci-dessous présente la synthèse de leurs appuis.

**Tableau 17** : Description des axes d'interventions et des contributions financières des principaux partenaires financiers pour la lutte contre le Sida

Sources de financement	Interventions	Coût total (FCFA)
Fonds Mondial (9 <sup>e</sup> round)	<p>Dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'accélération de l'accès aux services de prévention de l'infection à VIH, de soins et traitement, et de soutien à base communautaire (Round 9 du Fonds Mondial) pour la période 2009-2014, trois principaux bénéficiaires ont été retenus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le PNLS a été désigné par le Comité National de Coordination (CNC) comme Bénéficiaire Principal pour la gestion du volet Renforcement du Système de Santé et les Domaines de Prestation de Services (DPS) suivants pour le VIH : PTME, Diagnostic et traitement des IST (infections sexuellement transmissibles), Sécurité transfusionnelle et précaution universelle, Traitement antirétroviral (ARV) et suivi, Prophylaxie et traitement pour les infections opportunistes.</li> <li>– Plan Bénin a été désigné comme Bénéficiaire Principal de la Société civile pour les DPS suivants : Préservatifs, Soutien des orphelins et des enfants vulnérables, Réduction de la stigmatisation dans tous les contextes, Communication pour le Changement de Comportement (CCC) – Relais communautaires et Soins et appui pour les malades chroniques.</li> <li>– La SEIB est désignée comme Bénéficiaire principal du Secteur privé pour les DPS suivants : Elaboration de politiques et notamment d'une politique sur les lieux de travail, Renforcement de la société civile et des capacités institutionnelles, Médicaments, Vaccins et Technologie et Prestation de Services (Promotion de mutuelles de santé).</li> </ul>	<b>41 981 248 000</b> <b>(Phase 1 : 2010-2012)</b>
Banque Mondiale	<p>Le Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLS) 2 pour la période 2007 – 2011 : Ce projet avait pour objectif d'appuyer le Gouvernement du Bénin dans l'exécution de son Cadre Stratégique de Lutte Contre le VIH/SIDA formulé pour la période 2007-2011, en contribuant à accroître et à améliorer la couverture et l'utilisation des services de prévention, les services de soins et traitement, et les services d'accompagnement psychosocial des groupes vulnérables (femmes, jeunes, etc.), les groupes à risque (les travailleuses de sexe TS), les PVVIH, les OEV etc.</p>	<b>17 500 000 000</b>

Banque Africaine de Développement	Le Projet d'Appui à la Lutte contre le VIH/Sida (PALS) couvrant la période 2006-2010 qui intervient sur les volets santé (PTME, Dépistage et sérosurveillance), communautaire et institutionnel de la lutte contre le sida.	<b>2 295 800 000</b>
Fonds Mondial (6 <sup>e</sup> round)	Proposition régionale approuvée au 6 <sup>ème</sup> round du Fonds mondial intitulée « Consolidation et Extension du Projet Régional Commun de Prévention et de Prise en charge des IST/VIH/Sida le long du Corridor de migration Abidjan-Lagos » pour les cinq pays du corridor.	<b>23 250 000 000</b>
Coopération Danoise	Le Programme d'Appui au Renforcement de la Lutte contre le VIH/Sida au Bénin (PARL-Sida) couvrant la période 2007-2011.	<b>443 330 000</b>
USAID	Le Projet IMPACT pour la période 2007-2011 pour le marketing social, le CCC pour la promotion des comportements à moindre risque et l'appui institutionnel.	<b>7 105 667 500</b>
Fondation CLINTON	Le Projet s'étale sur la période 2007-2011. Il intervient dans l'achat d'ARV pédiatriques, d'ARV de seconde ligne et dans l'appui programmatique.	<b>827 500 000</b>
Union Européenne	Développement d'un plan d'appui technique sur la période 2010-2012 pour le renforcement des capacités techniques des acteurs nationaux et l'élaboration de stratégies et politiques pour une meilleure coordination et mise en œuvre de la réponse nationale.	<b>480 000 000</b>
IDLO/OFID	Le Projet Pilote de Promotion des Services Juridiques au Profit des Personnes Vivant avec le VIH et autres Personnes Vulnérables au Bénin mis en œuvre par l'ABDD et l'AFJB pour une amélioration de l'environnement juridique de la riposte nationale du Bénin au VIH/Sida pour la période 2010-2011.	<b>38 221 840</b>
Système des Nations Unies	Le programme conjoint VIH et SIDA du système des Nations Unies (UNICEF, PNUD, OMS, UNFPA, BM, PAM, HCR, ONUSIDA) pour la période 2010-2011 selon la division de travail UNAIDS et les recommandations du GTT dans le cadre des Three Ones.	<b>532 500 000</b>

## 6.2. Appui technique

Durant les deux dernières années, plusieurs appuis techniques ont été reçus des partenaires pour une meilleure réponse nationale au VIH/Sida. Il s'agit :

- Appui à l'élaboration des documents stratégiques (plan stratégique 2012-2016, plan opérationnel, plan de suivi et évaluation, agenda de recherche, etc.), au développement de directives nationales, protocoles, guides nationaux et rapports nationaux ;
- Appui à la réalisation des études et enquêtes nationales (ESDG, PTME, REDES, etc)
- Appui à la réalisation de la revue conjointe à mi parcours du plan stratégique 2007-2011 et à l'audit du système de suivi et évaluation ;
- Appui à l'opérationnalisation du Système unique de suivi et évaluation ;
- Appui à la formation des acteurs de la santé sur la gestion des achats et approvisionnements des médicaments VIH et antituberculeux, la Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement (PCIGA), l'Assurance Qualité et la Biosécurité la gestion de la lutte contre la co-infection Tuberculose/VIH et la tuberculose pharmaco résistante
- Appui au renforcement des capacités techniques des acteurs impliqués dans la réponse nationale en suivi et évaluation, PTME, PEC, sur le logiciel CRIS, etc. ;
- Appui à la mise en œuvre du plan national d'assistance technique ;
- Soutien à la dissémination des résultats des études pour une meilleure prise de décisions ;
- Appui technique et financier à la réalisation du plan opérationnel de communication en matière de VIH/sida ;
- Appui au développement de propositions pour la mobilisation de ressources ;
- Soutien au renforcement du leadership, des capacités de coordination et de suivi et évaluation du Secrétariat permanent du CNLS ;
- Soutien au renforcement des capacités des organisations de la société civile (femmes, jeunes, PVVIH, médias, etc);
- Appui technique pour la disponibilité des vivres

## VII. SUIVI ET EVALUATION

### 7.1. Aperçu du système unique de suivi et évaluation (SUSE)

#### 7.1.1 Cadre de suivi et évaluation

- **Organes de coordination**

- **Niveau national**

L'organe de coordination de suivi et évaluation du Plan National Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST est le Secrétariat Permanent du CNLS. Sa cellule de suivi et évaluation est chargée de la centralisation des données pour en assurer le contrôle, l'analyse et la dissémination à toutes les parties prenantes.

- **Niveau intermédiaire (département)**

Au niveau intermédiaire, c'est également le responsable de la cellule de suivi évaluation qui coordonne sous la responsabilité du secrétaire permanent départemental, la synthèse des données provenant du service chargé du suivi et évaluation de la Direction Départementale de la Santé qui centralise tous les mois les données du volet santé provenant des centres de surveillance épidémiologique des zones sanitaires, ainsi que les données du secteur privé (avec l'appui des structures départementales de la CEBAC-STP).

- **Niveau périphérique**

- **Commune**

Les activités de suivi et évaluation au niveau communal s'appuient sur le secrétariat du comité communal de lutte contre les IST et l'infection à VIH et plus particulièrement sur la cellule de suivi et évaluation. Cette cellule se charge de recueillir, avec les représentants des ONG, les données communautaires générées par les organisations de la société civile d'une part et d'autre part les données provenant des structures du secteur privé avec l'appui des membres des comités d'entreprise. Les données sanitaires de la commune sont envoyées au niveau du bureau de zone pour compilation.

- **Arrondissement**

Les activités de suivi et évaluation au niveau de l'arrondissement s'appuient sur le secrétariat du CALS spécialement sur une cellule légère de suivi et d'évaluation de deux membres (le responsable de suivi et évaluation du CALS et le représentant des ONG). Cette cellule recueille, en rapport avec les représentants des ONG, les données communautaires générées par les activités des organisations de la société civile.

- **Villages et quartiers de ville**

Les organisations de la société civile intervenant dans les villages et quartiers de ville vont extraire de leurs rapports mensuels les données pour les consigner sur la fiche de collecte appropriée.

- **Le Groupe Consultatif de Suivi Evaluation**

Le Groupe Consultatif de suivi et évaluation est constitué des responsables de suivi et évaluation des projets/programmes et des partenaires impliqués dans la lutte contre les IST et le VIH/Sida au Bénin. Il est chargé d'élaborer une orientation conjointe entre le CNLS et les partenaires sur les priorités de suivi et évaluation et de s'assurer des apports coordonnés et complémentaires pour les plans de suivi et évaluation. A ce titre, l'implication de toutes les cellules ou points focaux de suivi et évaluation de tous les projets et programmes est primordiale.

- **Les Organes d'exécution**

Les organes d'exécution, sous la coordination du Secrétariat Permanent du CNLS ou le Secrétariat Permanent des structures décentralisées du CNLS, exécutent les activités planifiées et approuvées par le comité d'approbation et fournissent des données qui renseignent sur la réponse locale, à la cellule de suivi et évaluation de la structure dont ils dépendent.

- *Programme*

Le Programme National de lutte contre les IST et le VIH/Sida (PNLS) est l'organe d'exécution des activités du secteur santé sous la tutelle du ministère de la santé. Il assure la mise en œuvre de ses activités avec les structures du Ministère de la Santé et d'autres partenaires.

En 2004, avec l'appui du Fonds Mondial, il a été créé au PNLS une unité de suivi et évaluation pour le secteur santé. Ce dispositif permet de générer des données pour le suivi des interventions et l'évolution de l'épidémie. Le système mis en place bénéficie des acquis du Système National d'Information et de gestion Sanitaires (SNIGS) dont les antennes au niveau des départements, les services d'études de planification et de suivi des Directions Départementales de la Santé assurent en collaboration avec les cellules statistiques des bureaux de zone et des CIPEC la pré-collecte des données du volet santé.

- *Projets*

Plusieurs projets agissent comme organes d'exécution dans la lutte contre les IST et le VIH/Sida au Bénin. Chaque projet intervient dans un ou plusieurs domaines soit directement au niveau du SP/CNLS dans le cadre de l'appui institutionnel, soit dans les communes, les arrondissements, les villages et quartiers de ville par le biais des Organisations de la société civile qu'ils appuient techniquement et financièrement. C'est le cas des projets financés par le Fonds Mondial (Round 9 consolidé), par la Banque Mondiale (Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLS 2) etc. Tous ces projets disposent d'une cellule de suivi et évaluation.

- *OSC (Organisations de la Société Civile).*

Les Organisations de la société civile locales et internationales sont les exécutants des activités des programmes et projets au bénéfice des populations qu'elles desservent. Le suivi et l'évaluation se font par les responsables de suivi et les points focaux des partenaires qui les appuient.

- *Unités focales des ministères et des autres institutions publiques*

Les unités focales des ministères et des autres institutions de l'Etat exécutent les activités en direction de leur personnel et des personnes qu'elles servent. Chaque unité focale comprend en moyenne un bureau de 5 membres dont un (1) responsable du Suivi et Évaluation.

L'objectif principal de l'unité focale est d'exécuter les activités de lutte contre les IST et le VIH/Sida au sein de l'institution concernée.

- *Entreprises du secteur privé*

Les entreprises du Bénin sont dotées de Comités d'entreprise VIH qui exécutent les activités en direction de leur personnel et des personnes avec qui elles collaborent. Chaque comité d'entreprise a en son sein un (1) point focal de Suivi et Évaluation.

La description du cadre institutionnel du suivi et évaluation est illustrée par le schéma ci-dessous.

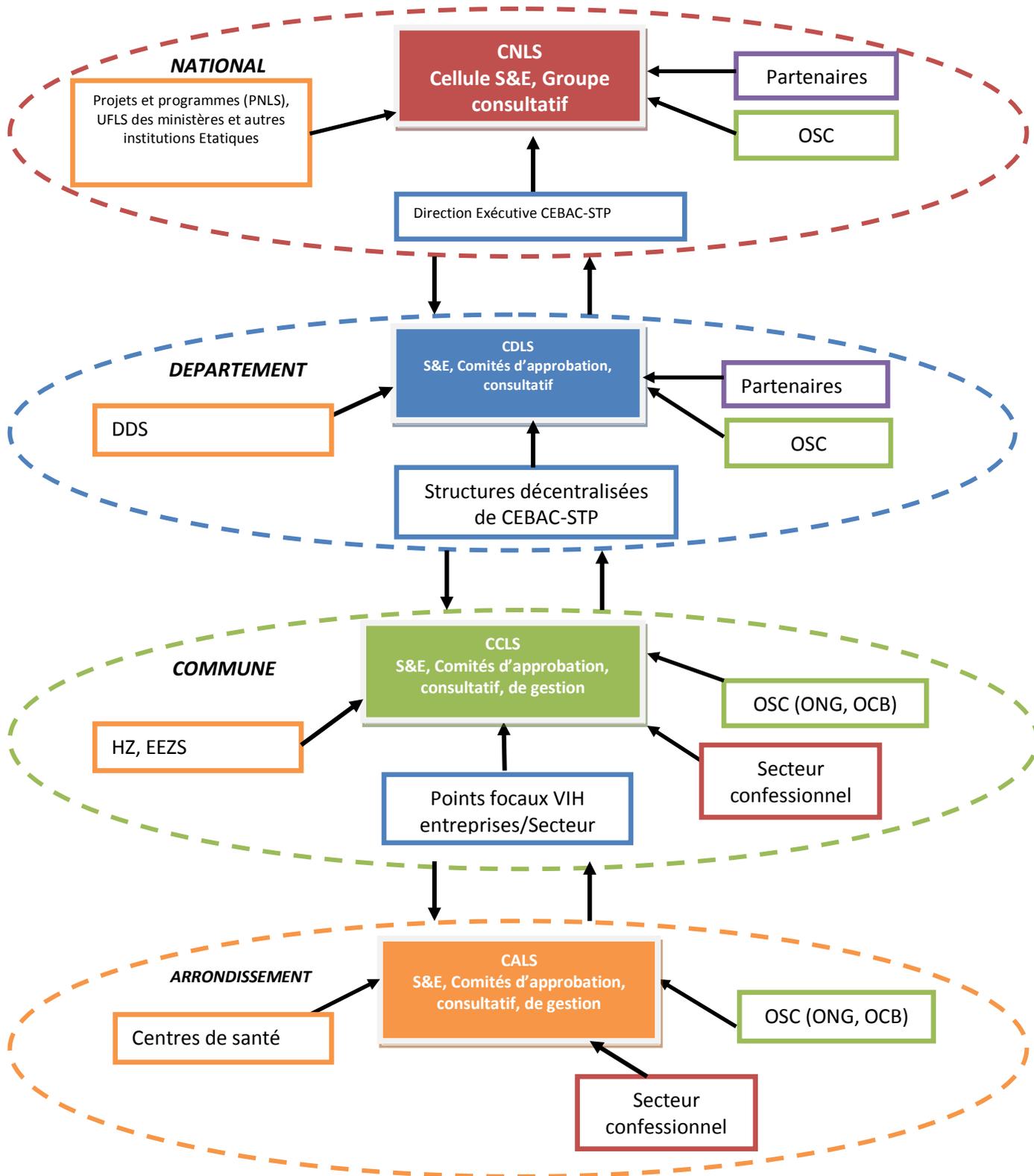


Figure 3 : Cadre institutionnel national du Suivi et Evaluation

### 7.1.2 Circuit de l'information

---

Le suivi de la mise en œuvre des activités du Cadre stratégique se fait à travers le circuit de l'information du système de suivi et évaluation qui présente trois niveaux, à savoir :

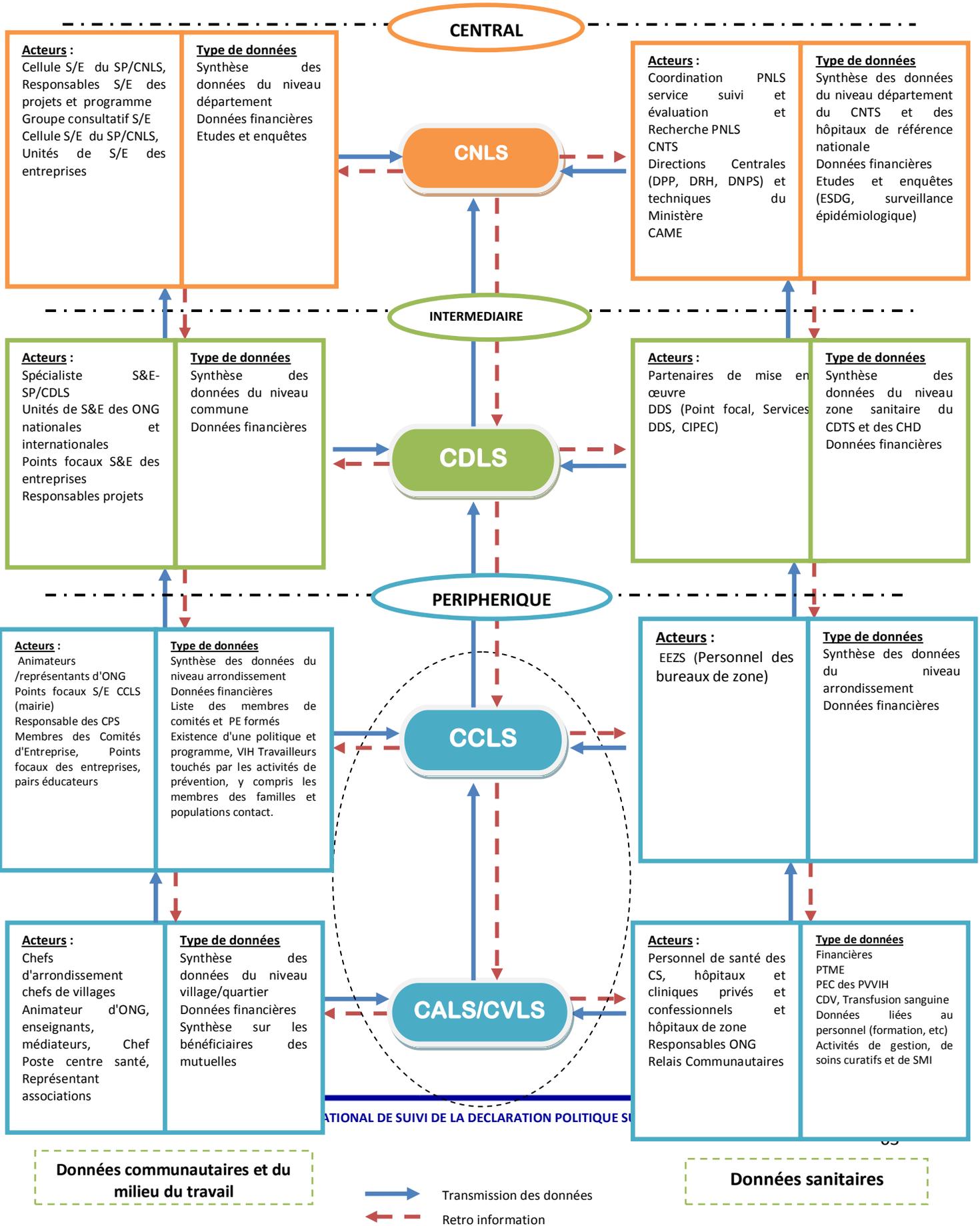
- le niveau périphérique qui est le niveau opérationnel composé des structures décentralisées du CNLS au niveau de la commune, de l'arrondissement et du village
- le niveau intermédiaire où intervient le SP/CDLS
- le niveau central où intervient le SP/CNLS.

A chacun de ces niveaux correspondent des acteurs, des outils et des procédures de collecte des données propres avec une périodicité bien définie pour alimenter les indicateurs. La retro-information est assurée à tous les niveaux pour une prise de décision conséquente.

Les données sont générées au niveau opérationnel où un traitement primaire est effectué. Ces données sont ensuite transmises au CCLS, qui à son tour les envoient au SP/CDLS. A ce niveau, une synthèse suivie d'analyse est faite et la base est transmise au SP/CNLS. Il est important de souligner aussi qu'au niveau du PNLS, les données sanitaires sont centralisées, traitées pour alimenter la base de données du SP/CNLS.

La responsabilité des différents acteurs dans la production des données, leur transcription en informations exploitables est entière quelque soit le niveau. De même, toutes les données/informations produites à un niveau du système doivent être analysées par les acteurs principaux pour une meilleure planification et des décisions conséquentes à prendre. Les résultats de tout exercice doivent être portés à l'attention des responsables administratives et politiques de chaque localité dans des tableaux simples et compréhensibles pour une appropriation du système.

**Figure 4 : Circuit de l'information du système national unique de suivi et évaluation**



### **7.1.3 Base de données nationale : CRIS 3**

---

Le Bénin a adopté l'utilisation du logiciel «CRIS 3 » pour la gestion des données de suivi évaluation en matière de VIH. Cette base installée au niveau central (SP/CNLS) est prévue pour être installée dans les SP/CDLS. Elle est alimentée par toutes les bases des projets et programmes de lutte contre le SIDA au Bénin, contient toutes les données sanitaires, communautaires et du monde du travail. Elle représente un patrimoine essentiel du CNLS et des projets /programmes qu'il convient de protéger. La prochaine étape envisagée et d'étendre l'utilisation du CRIS 3 au niveau des départements avant la fin de Juin 2012.

### **7.1.4 Processus de l'opérationnalisation du système unique de suivi et évaluation**

---

Depuis son lancement en Décembre 2009 par le Ministre de la Santé, le Système Unique de Suivi et évaluation a connu une progression non négligeable entre en 2010 et 2011. Les outils de collecte des données communautaires et sanitaires, élaborés dans un processus consensuel et édités grâce à l'appui financier du Projet Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida de la Banque Mondiale, ont été mis à la disposition des acteurs sur les différents sites. C'est ainsi qu'une série d'interventions, sous le leadership du SP/CNLS, ont été menées pour rendre opérationnel ce troisième principe des «three ones». Il s'agit de :

- La formation des acteurs (communautaires et sanitaires) sur le remplissage des différents outils afin de permettre leur appropriation favorisant le bon renseignement des données ;
- La formation de 500 acteurs communautaires sur le manuel opérationnel du système unique de suivi&évaluation où l'accent est mis sur les acteurs du SUSE et leurs responsabilités, le circuit des données du niveau national (central) au niveau périphérique, les périodicités de collecte des données et les délais de transmission des données ;
- A la suite de la formation du groupe national sur la base de données CRIS 3 en Novembre 2009, trente (30) acteurs départementaux ont été formés en 2010 à la maîtrise de logiciel pour une gestion aisée du flux de données et une bonne maîtrise des indicateurs ;
- En Juin 2011, les procédures de collecte, contrôle de qualité et de validation des données ont été élaborées avec la participation actives de toutes les parties prenantes ;
- L'élaboration en 2010 du plan multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA puis révisé en 2011 grâce à l'appui financier du Fonds Mondial. Il est alors devenu plan national de suivi et évaluation et a été le fruit d'une synergie d'actions de la part de tous les spécialistes en suivi et évaluation qui ont pris activement part de bout en bout à tout le processus. Ce document est actuellement en cours de révision pour son arrimage au nouveau Plan Stratégique National 2012-2016.

## 7.2. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du SUSE

Tous les progrès enregistrés depuis 2010 ne sont pas sans difficultés. Elles sont liées à la gouvernance, à la qualification des ressources humaines et au renseignement des indicateurs.

### 7.2.1 Difficultés liées à la gouvernance

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

- ***Au sujet de la structure organisationnelle***

1. Le leadership trop fragilisé du SP/CNLS dû à sa grande dépendance des projets et partenaires même pour son fonctionnement constituant un handicap pour affirmer son autorité ; cette situation favorise peu :
  - Le renseignement des données par les structures de terrain
  - La remontée aisée des données
  - La réalisation d'études d'envergure nationale par les acteurs avec l'implication du SP/CNLS ;
  - Le faible fonctionnement des structures décentralisées du CNLS (CDLS, CCLS, CALS, CVLS) ;
2. la faible appropriation par les acteurs du Manuel Opérationnel du Système National Unique de S&E ;
3. la difficulté de la disponibilité des données communautaires du fait de la variété des acteurs, des interventions et des financements ;
4. l'insuffisance du personnel des organes de coordination et d'exécution des actions au point où certains services se résument à une seule personne.
5. l'instabilité/mobilité constante des ressources humaines au niveau des unités de S&E ;
6. l'absence de politiques/stratégies de plaidoyer, communication et de culture pour le S & E au niveau national et décentralisé ;
7. l'inexistence d'un plan de plaidoyer pour le S&E du VIH

- ***Au sujet de la mobilisation des ressources financières***

1. L'insuffisance du budget de fonctionnement du SP/CNLS ne permet guère d'assurer efficacement la coordination des interventions ;
2. l'absence du panier commun ou d'une politique de maîtrise des dépenses de la lutte par l'autorité de coordination ne permet pas de mieux apprécier l'allocation des ressources et le coût des interventions ;
3. la faible mobilisation des ressources financières pour accompagner l'opérationnalisation du SUSE fragilise les efforts déployés et retarde l'atteinte des résultats escomptés ;

4. l'absence de plan de mobilisation des ressources n'offre pas de perspectives dans la recherche de nouvelles stratégies de financement.

### **7.2.2 Difficultés liées à la qualité des ressources humaines**

---

Pour ce qui concerne les ressources humaines, note :

- l'absence de formation de courte durée pour la mise à niveau périodique des acteurs du niveau central
- la non appropriation du logiciel CRIS par tous les acteurs
- la faible opérationnalisation du logiciel CRIS

### **7.2.3 Difficultés liées au renseignement des indicateurs**

---

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

- certains groupes à haut risque ne sont pas encore accessibles (Homosexuels, utilisateurs de drogues injectables...);
- la forte rétention des données par les acteurs surtout les données financières ; ce qui ne facilite pas la maîtrise des ressources mobilisées et les dépenses effectuées dans la réponse nationale ;
- le faible taux de réalisation des enquêtes dû en partie au manque de ressources financières ;
- l'inaccessibilité de certains groupes à risque tels que les HSH, les CDI

## **7.3. Mesures correctives pour surmonter ces difficultés**

---

Au vu des difficultés rencontrées, plusieurs solutions ont été envisagées dont certaines ont connu un début de mise en œuvre. Il s'agit de :

- renforcement du leadership du SP/CNLS dans la coordination des activités de lutte contre le VIH/Sida par l'augmentation d'allocation de ressources financières ;
- recherche de source de financement novatrice en vue de financer la lutte contre le vih/sida surtout avec la fin de certains projets ;
- renforcement des capacités des membres de la cellule suivi& évaluation du SP/CNLS pour améliorer leur efficacité ;
- recrutement par l'ONUSIDA d'un coordonnateur du Plan d'Assistance Technique pour faciliter la mise en œuvre du plan d'assistance technique ;
- réalisation d'études sur les groupes à haut risque tels que (HSH et CDI) dont les avis de recrutement des consultants ont été rendus publics par PLAN BENIN qui est bénéficiaire principal du Fonds Mondial ;
- mise en place d'un forum des partenaires pour la mobilisation de ressources afin de financer le nouveau plan stratégique 2012-2016 constitué, à l'heure actuelle, une urgence nationale ;
- réalisation de l'agenda de recherche grâce au soutien de l'ONUSIDA en 2011, il ne reste que la mobilisation des ressources pour la réalisation des études.

## EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT

### COORDINATION DE LA REDACTION DU RAPPORT

N°	Noms Prénoms	Titre/Structure
1	Dr OBEY MEGNIGBETO Antoinette	Secrétaire Permanent honoraire du CNLS
2	Dr BONI Sonia	Secrétaire Permanent du CNLS
3	Dr BARUANI YUMA KILUNDU	Coordonnateur Pays ONUSIDA
4	Mr HODEHOU Célestin	Chef cellule Suivi et évaluation /CNLS

### COR GROUP DE REDACTION

N°	Noms Prénoms	Titre/Structure
1	Mr HODEHOU Célestin	Chef cellule Suivi et évaluation /CNLS
2	Mr ADOKO Achille	Coordonnateur Plan d'Appui Technique - SP/CNLS
3	Mr DOSSOU Lionel	Gestionnaire Base de Données /SP-CNLS
4	Dr AHOUSSINOUE Clément	Coordonnateur Adjoint PNL
5	Dr HESSOU Septime	Responsable S&E Plan Bénin
6	Mr ALLADJI Osseni Yessifou	Conseiller en S&E ONUSIDA

### COMITE DE REDACTION

N°	Noms Prénoms	Structure
1	Dr OBEY MEGNIGBETO Antoinette	SP/CNLS
2	Dr BONI Sonia	SP/CNLS
3	Dr AKINOCHE Evelyne	PNL
4	Dr BARUANI Pascal	ONUSIDA/UCC
5	Dr AHOUSSINOUE Clément	PNL
6	Mr BONOU Marcel	SP/CNLS
7	Mr ADOKO Achille	SP/CNLS
8	Mr DOSSOU Lionel	SP/CNLS
9	Dr HESSOU Septime	SP/CNLS
10	Mr ALLADJI Osseni Yessifou	ONUSIDA
11	Mr YADOLETON Tranquillin	GIP-ESTHER
12	Mme BAH Kesso	ONUSIDA
13	Dr AFFEDJOU Bertin	UGFM SEIB sa
14	Mr HOUNKPE Magloire	RABeJ/SD
15	Dr HOUANSOU Télésphore	OMS
16	Dr TOUSSOU Justin	PMLSII
17	Mr BEKOU Wilfried	PNT
18	Mr SALIFOU Sèfiou	Ministère de la famille et de la Solidarité Nationale

19	Mr AKAKPO Nassirou	Association Béninoise du Droit de Développement
20	Mr MARTINS Christian	ROBS
21	Mr ACOTCHOU Marius	RÉBAP+
22	Mr YAHANNON Nathanael	UGFM SEIB sa
23	Mr KOUDOUFIO Bertin	Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs
24	Mr MARTIN Magloire	OCAL
25	Mr AHOKPOSSI Mabou	HAAR/Dangbo
26	Dr De SOUZA Amédée	PNLS
27	Mr KPOSSE Samuel	PNLS
28	Mr KOTCHOFA Irénée	PSI/ABMS
29	Mr BOSSOU Bam'délé	UFLS/MAEP
30	Mr KOUDJO Elisée	CARITAS
31	Mr OGOU Stéphane	GIP-ESTHER
32	Mr TOZO Christophe	CEBAC-STP
33	Mme ORE Antoinette	ROAFEM
34	OLODO INOUSSA Sarafatou	SP/CNLS
35	DOSSOU Daniel	SP/CNLS
36	BASSAOU Maurice	SP/CNLS
37	MONTEIRO PIO Germain	SP/CNLS
38	Dr IDOHOU MOUCHARAFOU	BIT/SIDA
39	ACCLASSATO Marie-Joseph	ABDD
40	ZANNOU Alexis	UGFM/SEIB
41	MAMA Badirou	PAM
42	MARTIN Magloire	OCAL
43	HOUNSOU Adébayo	RABeJ/SD
44	AKOLATSE AGAPIT	OCAL

#### COMITE DE RELECTURE

N°	Noms Prénoms	Structure
1	Dr OBEY MÈGNIGBÈTO Antoinette	Secrétaire Permanent honoraire du CNLS
2	Dr BONI Sonia	Secrétaire Permanent du CNLS
3	Dr BARUANI YUMA KILUNDU	Coordonnateur Pays ONUSIDA
4	Dr AHOUSSINO Clément	Coordonnateur Adjoint PNL
5	Dr HESSOU Septime	Responsable S&E Plan Bénin
6	Mr ALLADJI Osseni Yessifou	Conseiller en S&E ONUSIDA
7	Mme BAH Kesso	Chargé de programme ONUSIDA
8	Mr AKOTCHOU Marius	Président RÉBAP+
9	Dr IDOHOU Moucharafou	Coordonnateur BIT/Sida