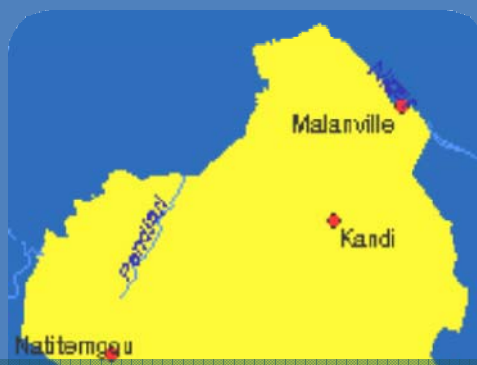




République du Bénin  
Comité National de Lutte contre le Sida



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

**BENIN**



## COMITE DE REDACTION DU RAPPORT UNGASS

### COORDINATION DE LA REDACTION

MEDEGAN FAGLA KIKI Valentine - Secrétaire Permanent/CNLS

BARUANI Yuma Kilundu - Coordonnateur Pays - ONUSIDA

CHAKKAR I. Yamina - Coordonnateur Pays - ONUSIDA

### EQUIPE DE REDACTION

KPATCHAVI C. Adolphe - SP/CNLS

EKANMIAN K. Gatien - ONUSIDA

TROUGNIN Victor - SP/CNLS

AMEGNIGAN Jonathan - SP/CNLS

AKINOCHO Evelyne - PNLS

ADOKO Achille - ROBS

TOSSOU Y. Justin - SP/CNLS

TCHIBOZO Benoît - ROBS

BALOGOUN Amour - PSI

HOUNKPE Magloire - RABeJ/sida

ADAMOU I. Sidikatou CHALAH -MFE

KEKE René - PNLS

De SOUZA Amedée - PNLS

DENAMI Ernestine - SP/CNLS

BELLO Yessoufou Saka - SP/CNLS

HOUSSOU Comlan - ReBAP +

SODOLOUFO Odile - SP/CNLS

AGBOTON BADA Fabienne- SP/CNLS

KOUDOUFIO Bertin - MJSL

AKOLATSE Agapit - OCAL

ATADOKPEDE felix - MDN

ADJE Afouda Samson - CEFORP

CODJIA Victorin - MAEP

HOUANSOU Télesphore - OMS

HOMAWOO Emilie - UNICEF

DAZOGBO Alexandrine - UNFPA

MOUNIROU Rafiou - MEMP

OLOGOUDOU Karen - PAM

MAKPENON Angelo - PNT

NHROU N'GEBI CHA - TOKO -  
DPSS/MFE

ADELAKOUN HOUSSOU Brigitte

BIO DJARRA KOUTOUMA Naima

GOHY Gilles - SP/CNLS

LAOUROU Paul - SP/CNLS

GBOKOU Lambert - SP/CNLS

ZEKPA Isaie - SP/CNLS

BOKO Dominique - SP/CNLS

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	3
ABREVIATIONS ET ACRONYMES .....	5
I. INTRODUCTION .....	7
II. APERÇU DE LA SITUATION .....	8
III. APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA .....	12
3.1. Présentation du Bénin .....	12
3.1.1. Caractéristiques géographiques, socio-économiques et politiques.....	12
3.1.2 Systèmes de santé et autres services sociaux de base.....	13
3.1.3 Contexte socio-économique .....	15
3.2 Analyse de la situation de l'épidémie de VIH/SIDA/IST .....	16
3.2.1 La prévalence générale actuelle et son évolution .....	16
3.2.2 Disparités régionales de l'épidémie.....	17
3.2.3. La prévalence selon l'âge et le sexe .....	19
3.2.4. La prévalence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans .....	21
3.2.5. Situation auprès des populations à risques.....	21
3.2.6. Notification des cas de SIDA.....	23
3.2.7. Projections.....	24
3.2.8. Les déterminants de la propagation du VIH/SIDA/IST .....	25
3.2.9. Impact social et économique de l'épidémie.....	25
IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA .....	26
4.1. Elaboration des politiques et Planification stratégique .....	26
4.1.1 Plan stratégique 2001-2005 .....	26
4.1.2 Le nouveau cadre stratégique 2007-2011.....	27
4.2. Appui politique.....	30
4.3. Financement de la réponse nationale .....	31
4.4. Situation de la mise en œuvre des interventions.....	34
4.4.1. Prévention .....	34

4.4.2. Traitement .....	40
4.4.3. Atténuation d'impact.....	43
4.4.4. Connaissances et évolution des comportements .....	44
4.4.5. Participation de la société civile.....	44
4.4.6. Droits de la personne .....	45
V. MEILLEURES PRATIQUES .....	46
5.1. Leadership au plus haut niveau .....	46
5.2. Intensification de l'accès aux soins au sein des communautés et par les communautés.....	47
5.3. Communication pour le changement de comportement à travers les jeunes par l'approche par les pairs .....	48
5.4. Riposte locale pour une appropriation communautaire de la lutte .....	50
5.5. Intermédiation sociale des organisations de la société civile (OSC) pour l'accès universel aux services relatifs au VIH .....	51
VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES .....	54
6.1. Obstacles .....	54
6.2 Mesures correctives .....	55
VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT .....	57
7.1. Renforcement du leadership et plaidoyer pour une réponse pays efficace .....	57
7.2. Développement du Partenariat avec la société civile, le secteur public, le secteur privé notamment les PVVIH/SIDA.....	57
7.3. Renforcement dans le cadre de la mise en œuvre de "Three Ones", du système national unique de suivi-évaluation de la réponse nationale.....	58
7.4. Promotion et gestion de l'information stratégique .....	58
7.5. Mobilisation et facilitation de l'accès aux ressources techniques et politiques.....	58
VIII. SUIVI ET ÉVALUATION .....	59
ANNEXES .....	62

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ARV	: Anti Rétro Viraux
BAD	: Banque Africaine de Développement
BM	: Banque Mondiale
CCLS	: Comité Communal de Lutte contre le Sida
CDLS	: Comité Départemental de Lutte contre le Sida
CIPEC	: Centre d'Informations, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CRIS	: Country Ripost Information System
CVLS	: Comité Villageois de Lutte contre le SIDA
FM	: Fonds Mondial
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JMS	: Journée Mondiale de lutte contre le Sida
MCAT	: Ministère de la Culture, de l'Artisanat et du Tourisme
MPDEAP	: Ministère de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique
MDM	: Médecins Du Monde
MDN	: Ministère de la Défense Nationale
MESFTP	: Ministère des Enseignements Secondaires et de la Formation Technique et Professionnelle
MESRS	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFE	: Ministère de la Famille et de l'Enfant
MFPTRA	: Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative
MJSL	: Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs
MS	: Ministère de la Santé
MSF	: Médecins Sans Frontières
OC	: Organisation Communautaire
OCAL	: Organisation du Corridor Abidjan Lagos

<b>OEV</b>	: Orphelins et Enfants Vulnérables
<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>PACLS</b>	: Plan d'Action Communautaire de Lutte contre le SIDA
<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>PASNALS</b>	: Projet d'Appui à la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida
<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>PPLS</b>	: Projet Plurisectoriel de Lutte contre le Sida
<b>PSI</b>	: Population Services International
<b>PVVIH</b>	: Personne Vivant avec le VIH
<b>RABeJ/sida</b>	: Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagés dans la lutte contre le sida
<b>RÉBAP+</b>	: Réseau Béninois des Associations de Personnes vivant avec le VIH
<b>ROBS</b>	: Réseau des ONG Béninoises de Santé
<b>SIDA</b>	: Syndrome Immuno Déficitaire Acquis ou Syndrome d'Immunodéficience Acquis
<b>SP</b>	: Secrétariat Permanent
<b>SP/CNLS</b>	: Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida
<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 International of Development
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## I. INTRODUCTION

En juin 2001, lors de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida révolutionnaire à bien des égards, les gouvernements de 189 États Membres ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida qui reflète un consensus mondial sur un cadre de travail complet pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement, à savoir stopper la propagation du VIH/sida et commencer à inverser le cours de l'épidémie d'ici 2015.

Consciente de la nécessité de mettre en place une action multisectorielle sur de nombreux fronts, la Déclaration d'engagement appuie les ripostes aux niveaux mondial, régional et national afin de prévenir les nouvelles infections à VIH, élargir l'accès aux soins et atténuer l'impact de l'épidémie. Bien que la Déclaration d'engagement ait initialement été approuvée par les gouvernements, sa perspective s'étend bien au-delà du secteur public, et s'adresse également au secteur privé et aux syndicats, aux organisations professionnelles, aux organisations non gouvernementales et autres entités de la société civile, y compris les organisations de personnes vivant avec le VIH.

En vertu des dispositions de la Déclaration d'engagement, les progrès de la riposte au sida sont évalués par la réalisation d'objectifs concrets dans des délais prescrits. La Déclaration invite à un suivi attentif des progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements convenus et prie le Secrétaire Général des Nations Unies de publier un rapport d'activité annuel. Ces rapports sont destinés à exposer la nature des problèmes et des obstacles rencontrés et à recommander des actions visant à accélérer la réalisation des objectifs de la Déclaration.

Le présent rapport a pour but de fournir des informations permettant d'apprécier les progrès accomplis par le Bénin dans le cadre de la riposte à l'épidémie de SIDA.

L'élaboration de ce rapport s'est déroulée selon une approche participative. Celle-ci a impliqué tous les acteurs des différents secteurs, des associations et des organisations de la société civile engagés dans la lutte contre l'infection à VIH (les associations de PVVIH, les unités focales des ministères et des institutions de la république, les Organisations Non Gouvernementales nationales et internationales, les partenaires au développement). La coordination a été assurée par le Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA.

Un atelier de lancement du processus a été organisé pour informer tous les acteurs sur la méthodologie et les directives pour l'élaboration d'indicateurs de base de l'UNGASS. Des groupes de travail ont été constitués suivant les domaines d'intervention et les types d'indicateurs. Les groupes ont procédé à la revue documentaire. Ensuite, un autre atelier national de validation des indicateurs renseignés a été organisé.

Il est important de mentionner le rôle très important joué par les organisations de la société civile (Réseaux des ONG, des Associations de PVVIH, des Associations de Jeunes) dans le déroulement des travaux en tant que leader des groupes de travail constitués.

## II. APERÇU DE LA SITUATION

Le Bénin est un pays à épidémie généralisée. La prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,2 % par l'EDSB-III réalisée en 2006, soit plus faible que celle estimée par la sérosurveillance sentinelle (2,0 %) de la même année. Il existe des disparités au niveau des départements.

Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,5 % est près du double de celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (0,8 %). Par ailleurs, parmi les hommes de 50-64 ans, et seulement dans cette catégorie de population, 0,3 % sont infectés au VIH-2.

En 2006, près de 65 432 personnes vivent avec le VIH. Les résultats obtenus par l'EDSB-III de 2006 et ceux de la séroprévalence du VIH de 2006 confirment une tendance réelle à la stabilisation de l'infection à VIH de 2002 à 2006. Ainsi, la différence entre la prévalence de l'infection à VIH ces cinq dernières années n'est pas statistiquement significative. La séroprévalence du VIH se situe entre 1,9% et 2 % entre 2002 et 2006 (1,9% en 2002, 2% en 2003, 2% en 2004, 2,1% en 2005 et 2% en 2006 ; 1,2% selon l'EDSB-III).

Le milieu urbain est significativement plus touché (2,8%) que le milieu rural (1,5%). Le profil sérologique est à : 98,3% de VIH-1 ; 1,3% de VIH- 2 et le dual : 0,4%.

Par rapport à la répartition selon l'âge, la prévalence est de 1,4% dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans et 1,6% chez les 25 ans à 34 ans. Par ailleurs, ces deux groupes d'âges sont les plus touchés (91,7%). La transmission par voie sexuelle du VIH est prépondérante au Bénin (92%). La prévalence est plus élevée dans les groupes spécifiques comme les Travailleuses de Sexe (25,5%) et les tuberculeux (13,6%). Le nombre d'Orphelins et Enfants rendus Vulnérables est de 370 873 en 2006.

En matière de riposte à l'épidémie au Bénin, d'importants progrès ont été enregistrés au cours des deux dernières années (2006-2007) comme en témoignent les données décrites à la section 3.4.

Sur le plan du leadership politique, on peut noter l'implication personnelle du Président de la République aux grandes manifestations entrant dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin. La loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin a été votée et la sensibilisation de la population sur son application menée.

Au niveau programmatique, le cadre stratégique 2001-2005 a été évalué en 2006 à travers une revue conjointe impliquant l'ensemble des partenaires : gouvernement, société civile, secteur privé, organisations confessionnelles, Agences du Système des Nations Unies, Organisations internationales, etc. Cette revue a permis d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du premier cadre stratégique, d'identifier les forces et les faiblesses du cadre institutionnel, des politiques programmatiques et des logiques des interventions. Un nouveau cadre stratégique 2007-2011 qui s'inscrit dans le cadre de l'accès universel à la prévention, au traitement, soins et soutien a été élaboré selon une démarche participative et inclusive. Des études d'impact ont été programmées pour les projets en cours. La Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRCP) élaborée et adoptée par le Gouvernement du Bénin en 2007 intègre dorénavant la lutte contre le VIH/SIDA parmi ses priorités.



Dans le cadre de la mise en œuvre de Three Ones, le leadership du Secrétariat Permanent du CNLS s'est traduit notamment dans la coordination de la rédaction des documents de politique et programme, l'opérationnalisation du système national de suivi et évaluation, la coordination des manifestations des JMS, le renforcement de ses capacités institutionnelles (matérielles, humaines et financières) par les projets qu'il abrite (PALS-BAD, PMLS II, PARL-SIDA), le plaidoyer pour la stabilité des membres des Unités Focales des Ministères.

Grâce à l'appui financier et technique de la Banque Mondiale et de l'ONUSIDA, le manuel opérationnel de suivi et d'évaluation a été élaboré et validé par les partenaires au développement, les acteurs et la société civile. Afin d'opérationnaliser le système, quatre sessions de formation se sont déroulées à travers le pays à l'intention des acteurs centraux, départementaux et de la société civile sur l'utilisation du manuel de suivi-évaluation et sur le logiciel CRIS. Les capacités des acteurs départementaux qui constituent un maillon important dans le processus de la collecte, du traitement et de l'analyse des données ont été renforcées entre autres par l'acquisition de nouveaux matériels informatiques. Sur une base consensuelle une liste de 19 indicateurs nationaux a été retenue.

En matière de traitement, La prise en charge par les ARV démarrée en 2002 s'est intensifiée avec 12 500 malades sous ARV au troisième trimestre 2007. L'extension de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH et des ménages affectés par le VIH à d'autres sites de prises en charge par le PAM est effective. Le personnel complémentaire a été recruté pour la prise en charge des malades.

Les principaux progrès enregistrés au cours des deux dernières années dans la mise en œuvre de la réponse à l'épidémie de SIDA au Bénin peuvent donc se résumer comme suit :

- l'adhésion aux principes des « Three ones » par la plupart des acteurs de lutte contre le VIH/SIDA, à savoir : *un seul cadre d'action de lutte contre le SIDA : une seule instance nationale de coordination, un seul système de suivi et évaluation à l'échelle du pays* ; Cela s'est traduit par le leadership du Secrétariat permanent du CNLS dans la coordination de la rédaction des documents de politique et programme, l'opérationnalisation du système national de suivi et évaluation, la coordination des manifestations des JMS ;
- Le renforcement du leadership des structures de coordination à travers l'implication personnelle du Président de la République dans la lutte contre le SIDA ;
- Le renforcement des capacités institutionnelles (matérielles, humaines et financières) du Secrétariat Permanent du CNLS par les projets qu'il abrite (PALS-BAD, PMLS II, PARL-SIDA) ;
- Le plaidoyer pour la stabilité des membres des Unités Focales des Ministères ;
- Le recrutement du personnel complémentaire pour la prise en charge des malades ;
- Le vote de la loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin et la sensibilisation de la population sur son application ;
- La programmation des études d'impact sur les nouveaux projets en cours ;
- L'extension de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH et ménages affectés par le VIH à d'autres sites de prises en charge par le PAM.

Tableau 2.1 : Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

Indicateurs	2005	2006	2007
1. Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement*		12 965 389 285	12 996 087 232
2. Indice composite des politiques nationales (Domaines: sexesécificité, programmes sur les lieux de travail, stigmatisation et discrimination, prévention, soins et soutien, droits de la personne, participation de la société civile, suivi et évaluation)			
3. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH**		99,72%	
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux		51,86%	57,75%
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant		53,16%	54,32%
6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séroposivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	16,7%	28,54%	31,4%
7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat		14,44%	
8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	29,99%		
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	60,39%		
10. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge		69,19%	
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire***	Pas de données disponibles	Pas de données disponibles	Pas de données disponibles
12. Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans		60,9% - 71,2%	
13. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées	21,26%	19,94%	

fausses concernant la transmission du virus			
14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Pas de données disponibles	Pas de données disponibles	Pas de données disponibles
15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans		12,47%	
16. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents		17,07%	
17. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel*		32,04%	
18. Pourcentage de professionnel (le) s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	82,99%		
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	Non pertinent	Non pertinent	Non pertinent
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Non pertinent	Non pertinent	Non pertinent
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	Non pertinent	Non pertinent	Non pertinent
22. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH*	2,0%	1,3%	
23. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque		25,50%	
24. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale		72,64%	
25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	Pas de données disponibles	Pas de données disponibles	Pas de données disponibles

\* Les détails des ressources financières allouées à la lutte contre le VIH et le sida par source de financement sont fournis à la section 4.3.

\*\* Au Bénin, toutes les poches de sang transfusées sont à 100% testées au VIH. \*\*\*

### III. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

#### 3.1. PRESENTATION DU BENIN

##### 3.1.1. Caractéristiques géographiques, socio-économiques et politiques

Le Bénin est un pays d'Afrique occidentale d'une superficie de 114 763 km<sup>2</sup>, situé sur le golfe de Guinée. Il est bordé au nord par le Burkina Faso et le Niger, à l'est par le Nigeria et à l'ouest par le Togo. Il s'étend de l'océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700 km; la largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguéta).



Sur le plan administratif, le Bénin compte 12 départements (l'Atacora, l'Alibori, le Borgou, la Donga, les Collines, le Zou, le Plateau, le Couffo, l'Ouémé, le Mono, l'Atlantique et le Littoral), 77 communes, 546 arrondissements et 3 747 villages/ quartiers de villes.

Sa population totale est estimée à 7 833 744 habitants en 2007 avec une densité moyenne de 68 habitants au Km<sup>2</sup> et un taux d'accroissement naturel de 3,25 % par an. L'indice synthétique de fécondité de base est de 5,9 enfants en moyenne par femme.

Le Bénin connut une histoire politique mouvementée. Surnommé le «Quartier latin de l'Afrique» durant l'époque coloniale en raison de sa vie politique, le pays connut quatre régimes successifs jusqu'au coup d'État de 1972. Durant les années quatre-vingt, la situation économique du Bénin s'est considérablement dégradée, alors que la répression antidémocratique se durcit. Les problèmes sociaux et politiques conduisirent le régime en place à renoncer à l'idéologie marxiste-léniniste et à accepter l'organisation d'une Conférence nationale, réunissant les représentants des différentes forces vives de la nation. Un gouvernement de transition, mis en place en 1990, ouvrit la voie au retour de la démocratie et du multipartisme.

Ainsi depuis 1990, le Bénin est entré dans un processus démocratique et de libéralisme économique. Un processus de décentralisation de l'administration, visant la prise en charge du développement communautaire par les communautés elles-mêmes, est actuellement en cours.

L'activité économique dominante dans le pays est l'agriculture : elle occupe 56 % de la population active. Le secteur secondaire contribue seulement pour 13 % au produit intérieur brut (PIB) contre 52 % pour le tertiaire et 35 % pour le primaire.

Sur le plan socio - culturel, il existe un pluralisme linguistique et ethnique au Bénin. La polygamie est un phénomène très répandu : elle concerne 50% des femmes âgées de 15 à 49 ans et 33% des hommes de 20 à 64 ans. On retrouve par ailleurs, un fort taux d'analphabétisme des femmes, conséquence du faible taux de fréquentation scolaire des filles au Bénin. Le taux d'analphabétisme des femmes en général est de 80,8% et de 70,8% des femmes âgées de 15 à 49 ans.

### 3.1.2 Systèmes de santé et autres services sociaux de base

---

L'organisation du système de santé du Bénin s'appuie sur une politique sanitaire basée sur les soins de santé primaire et l'Initiative de Bamako qui facilite l'accès aux produits essentiels, et le tout organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique ou communal, organisé en zone sanitaire.

En 2007, le pays compte 34 hôpitaux de zone qui constituent le premier niveau de référence, 5 centres hospitaliers départementaux (CHD) qui forment le second niveau de référence, 1 centre national hospitalier universitaire (CNHU de Cotonou) qui est la structure nationale de référence, 1 centre national de pneumo-phtisiologie, 1 hôpital de la mère et de l'enfant, 1 centre national de psychiatrie. Ce réseau public est complété par 32 maternités, 13 léproseries et 35 infirmeries scolaires. A ces structures publiques, il faut ajouter près d'un millier de formations sanitaires privées, confessionnelles et associatives, surtout concentrées dans les zones urbaines. En matière de ressources humaines, le Bénin compte 1 médecin pour 7 006 habitants, 1 infirmier pour 1 920 habitants, 1 sage-femme pour 1 726 femmes en âge de procréer et 1 technicien de laboratoire pour 16 132 habitants en 2006<sup>1</sup>.

---

1 Annuaire des Statistiques Sanitaires 2006

Le tableau 3.1 suivant donne un aperçu des différents indicateurs au Bénin.

Espérance de vie à la naissance	53,8
Taux brut de natalité	41,5 pour 1000
Taux de mortalité infanto-juvénile	125 pour 1000
Taux de mortalité maternelle	397 pour 100 000 Naissances vivantes
Indice synthétique de Fécondité	5,7
Couverture vaccinale	90%
Incidence du paludisme	32 000 pour 100 000

Source : EDS 2006 et Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD : 2006

La malnutrition demeure encore un problème pour beaucoup de personnes, en particulier les enfants et les femmes. Les cas de carences en oligo-éléments persistent encore. Ainsi, les ménages pauvres et plus pauvres sont plus exposés aux maladies à cause de leurs moyens limités. Bien que la couverture en infrastructures sanitaires soit assez bonne (90% en 2005), le taux de fréquentation reste encore à être amélioré. Il est de 36% en 2005. « La pauvreté est un fléau qui sape l'énergie des populations, les déshumanise et crée un sentiment de désespoir et de perte du contrôle de leur vie. Les pauvres supportent une part excessivement élevée du fardeau de la maladie... ». C'est parmi les populations pauvres que la mortalité infantile, la mortalité juvénile et maternelle, la sous-nutrition de tous les groupes d'âge, la prévalence des maladies transmissibles notamment le VIH, le manque d'assainissement, la mauvaise santé reproductive et les familles nombreuses et vulnérables aux épidémies et aux catastrophes naturelles sont les plus élevés.

Selon les statistiques du Ministère de la Santé, les affections les plus fréquemment notifiées lors des consultations sont principalement le paludisme (34%), les infections respiratoires aiguës (16%), les affections gastro-intestinales (8%), la diarrhée et les traumatismes (6%). Chez les enfants de moins de cinq ans, les affections les plus fréquentes à la consultation sont le paludisme (34%), les infections respiratoires aiguës (15%), les affections gastro-intestinales (8%) et l'anémie (5%).

Quant aux affections les plus fréquentes notifiées en hospitalisation, ce sont pratiquement les mêmes mais avec des intensités moindres :

- Pour la population générale, on peut citer le paludisme (18%), les anémies (11%), les infections respiratoires aiguës (6%) et les lésions traumatiques (5%) ;
- Chez les enfants de moins de cinq ans, ce sont : le paludisme (31%), les anémies (25%), les infections respiratoires aiguës (9%), les affections gastro-intestinales (4%) et la diarrhée (3%).

### 3.1.3 Contexte socio-économique

---

Des réformes de politique économique ont été engagées depuis les années 90 avec le concours des institutions de Bretton Woods et d'autres partenaires multilatéraux et bilatéraux. Elles ont visé l'amélioration de l'environnement macro-économique, la restructuration des entreprises publiques en faillite, la privatisation, la réforme du secteur agricole, l'amélioration et le renforcement de la gouvernance et la lutte contre la pauvreté.

Si, dans l'ensemble, les objectifs des divers programmes de rétablissement des grands équilibres macro-économiques ont été atteints, la consolidation de la croissance économique (PIB supérieur à 5% entre 1995 et 2003, autour de 3.5% en 2005 ) n'a pas amélioré sensiblement la situation des Béninois (dont le taux d'accroissement du revenu annuel moyen n'a été que de 1,4 %, entre 1995 et 2004), ni corrigé la précarité de l'emploi (taux de sous-emploi supérieur à 25 %, progression rapide du secteur informel qui regroupe jusqu'à 94 % des emplois), ni même contribué à une réduction significative de la pauvreté. Le Bénin vit actuellement une baisse importante de l'activité du port de Cotonou, un effondrement de la production du coton, monoculture d'exportation, et continue d'importer des produits alimentaires (30 % des imports), malgré d'importantes potentialités hydro-agricoles encore non exploitées.

L'économie béninoise est fortement dépendante du Nigéria voisin avec lequel existent d'importants échanges commerciaux, surtout informels (réexportation). Les divers soubresauts de ce voisin de l'Est menacent constamment l'équilibre socio-économique du pays. Pourtant, une meilleure mise en œuvre des réformes politiques et sectorielles préconisées (comme l'amélioration des bases productives, toutes filières confondues, sur le plan de la qualité) permettrait d'encourager les investissements étrangers et la production locale et, ainsi, de profiter des opportunités offertes par les marchés de proximité sous-régionaux (écoulement de produits fabriqués localement comme les textiles, l'artisanat, les transformations agro-alimentaires, etc..).

En ce qui concerne la pauvreté au Bénin, la situation n'a pas connu une amélioration. Bien au contraire, l'incidence globale de la pauvreté qui était de 26,5% en 1996 est passée à 29% en 2006. Quant à l'Indice de Pauvreté Humaine (IPH), il est de 47,8 en 2006<sup>2</sup>. Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain en 2006, avec un Indice de Développement Humain (IDH) égal à 0,428, le Bénin fait partie des pays à faible développement humain (IDH < 0,500). Il occupe le 163<sup>ème</sup> rang sur les 177 pays en 2002. Le Bénin est ainsi classé parmi les pays pauvres très endettés (PPTÉ).

---

2 Rapport Mondial sur le Développement Humain, PNUD 2006

### 3.2 ANALYSE DE LA SITUATION DE L'EPIDEMIE DE VIH/SIDA/IST

Le Bénin fait partie des pays à épidémie généralisée. La prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,2 % par l'EDSB-III soit plus faible que celle estimée par la sérosurveillance sentinelle (2,0 %). La séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimée à 1,5 %, est près du double de celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (0,8 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,88 : autrement dit, il y a 188 femmes infectées pour 100 hommes ;

Par ailleurs, parmi les hommes de 50-64 ans, et seulement dans cette catégorie de population, 0,3 % sont infectés au VIH-2.

Les résultats obtenus par l'EDSB-III de 2006 et ceux de la sérosurveillance chez les femmes enceintes en 2006 confirment une tendance réelle à la stabilisation de l'infection à VIH de 2002 à 2006. Ainsi, la différence entre la prévalence de l'infection à VIH ces cinq dernières années n'est pas statistiquement significative. La séroprévalence du VIH se situe entre 1,9% et 2,0 % entre 2002 et 2006. (1,9% en 2002, 2,0% en 2003, 2,0% en 2004, 2,1% en 2005 et 2,0% en 2006 ; 1,2% selon l'EDSB-III).

La prévalence de l'infection à VIH est significativement plus élevée en milieu urbain (2,8%) qu'en milieu rural (1,5%). Le profil sérologique est à : 98,3% de VIH-1 ; 1,3% de VIH- 2 et le dual : 0,4%.

Quant à la répartition selon l'âge, la prévalence est de 1,4% dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans et 1,6% chez les 25 ans et plus ; l'infection est équitablement répartie entre les deux groupes d'âges.

#### 3.2.1 La prévalence générale actuelle et son évolution

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la tendance de l'infection à VIH de 2002 à 2006.

Tableau 3.2 : Evolution de la prévalence pondérée de l'infection à VIH de 2002 à 2006

Années	Nombre de sites	Effectifs	Prévalence pondérée (%)	IC à 95%
2002	242	17 628	1,9*	1,70 - 2,10
2003	39	9 084	2,0	1,90 - 2,10
2004	46	7 447	2,0	1,89 - 2,03
2005	50	12 193	2,1	2,03 - 2,16
2006	50	13737	2,0	1,94 - 2,08

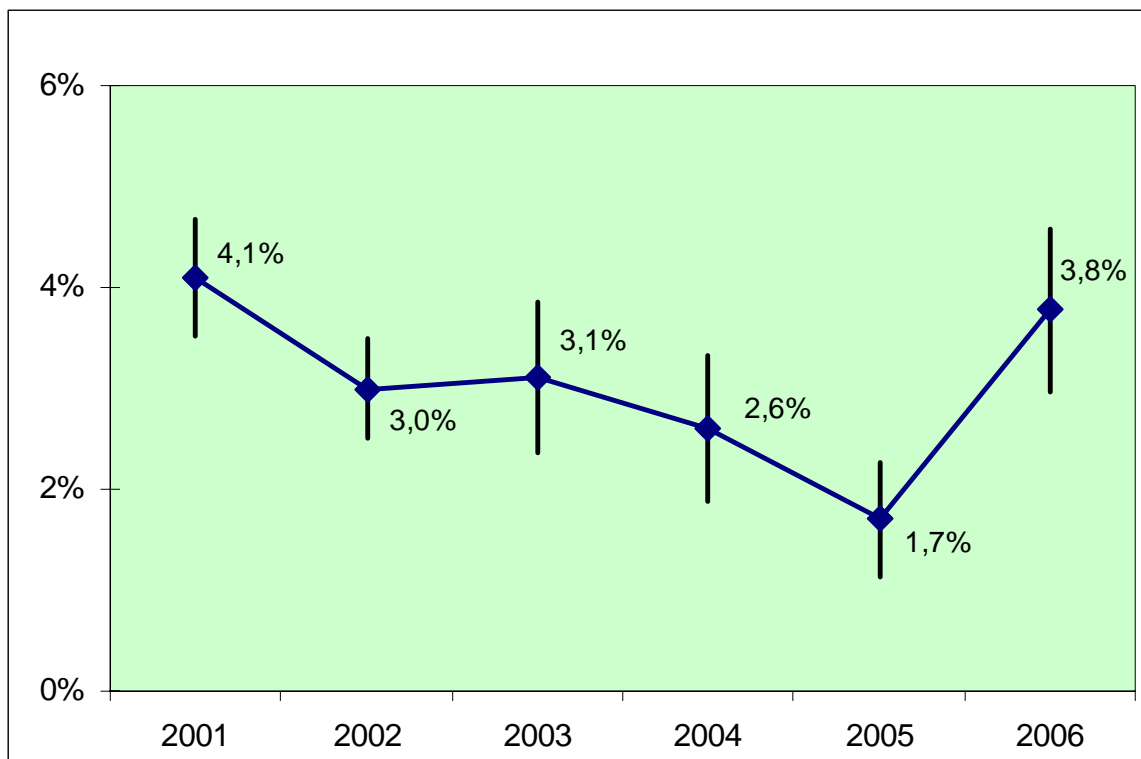
\* Prévalence non pondérée

Source : Rapport Sérosurveillance 2006, PNLS



Par rapport à l'enquête nationale de validation, les prévalences estimées de 2002 à 2006 montrent une stabilité relative de l'infection autour de 2,0%. En effet, la différence entre les quatre prévalences n'est pas statistiquement significative : 2,0% en 2002, 2003 et 2004, et 2,1% en 2005 et 2,0% en 2006.

Figure 2 : Tendances de l'infection par le VIH dans les sept sites urbains de 2001 à 2006



Source : Rapport Sérosurveillance 2006, PNLS

### 3.2.2 Disparités régionales de l'épidémie

Il existe des disparités selon les départements. Selon les résultats de la séroprévalence de 2006, la prévalence de l'infection à VIH varie de 0,6% à 4,3% avec des pics dans les départements à prédominance urbaine. Le tableau ci-dessous en donne les détails.

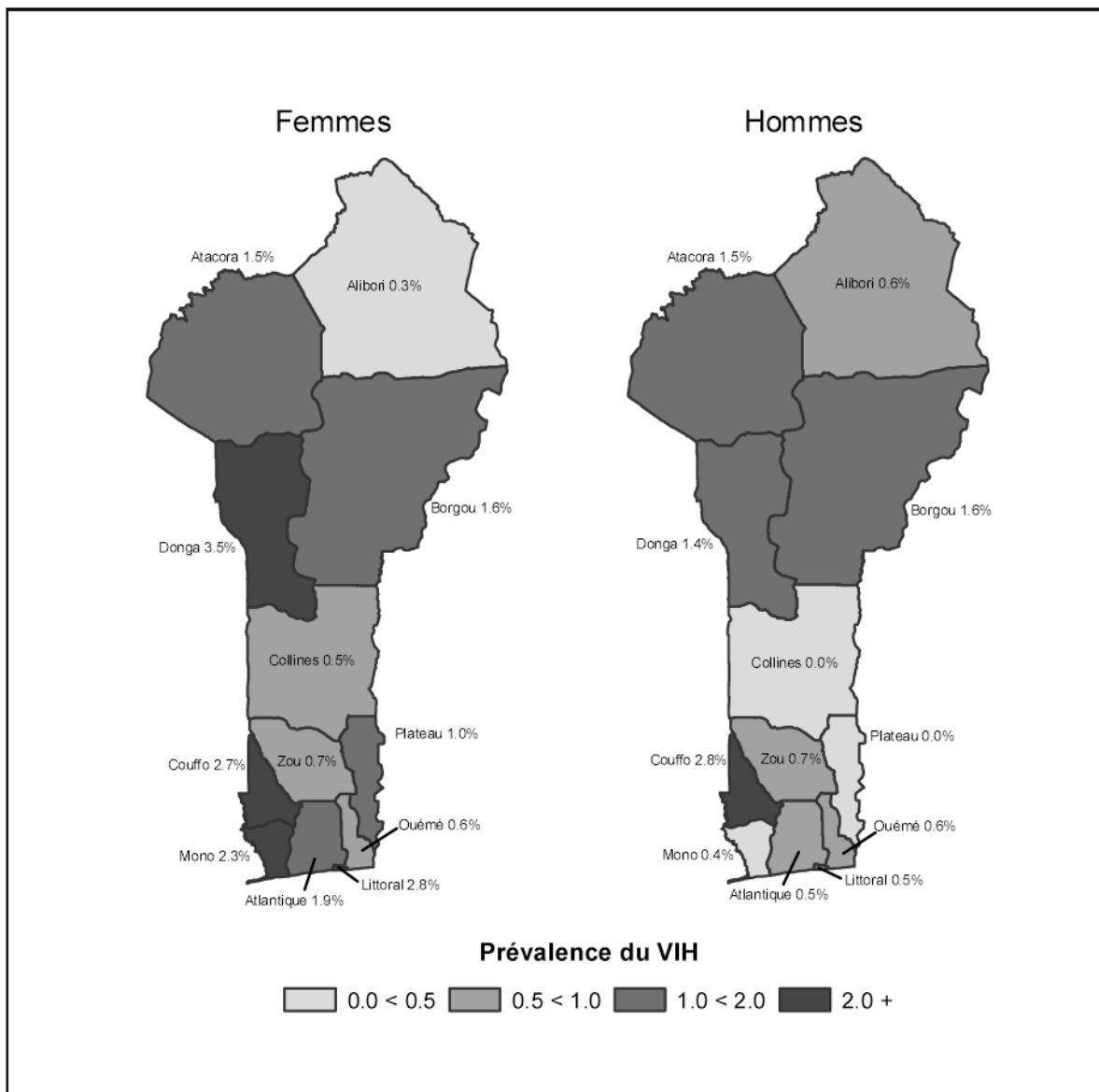
Tableau 3.3 : Prévalence de l'infection à VIH par département et selon le milieu de résidence

Départements	Urbain <sup>a</sup>	Rural <sup>a</sup>	Ensemble <sup>b</sup>	IC à 95%
Borgou	2,2	0,6	1,0	0,88 - 1,15
Alibori	1,7	0,2	0,6	0,47 - 0,66
Atacora	2,1	0,0	0,8	0,72 - 0,94
Donga	2,2	1,8	1,9	1,71 - 2,11
Atlantique	2,5	0,7	1,5	1,37 - 1,71
Littoral <sup>c</sup>	4,3	-	4,3	3,97 - 4,53
Zou	1,1	0,7	0,8	0,65 - 0,96
Collines	1,9	0,1	0,6	0,47 - 0,64
Mono	2,5	0,0	0,5	0,47 - 0,61
Couffo	4,0	1,6	2,1	1,92 - 2,33
Ouémé	2,6	1,7	2,1	1,89 - 2,28
Plateau	2,8	1,5	2,0	1,72 - 2,19
<b>Bénin<sup>d</sup></b>	<b>2,8</b>	<b>1,5</b>	<b>2,0</b>	<b>1,94 - 2,08</b>

Source : Rapport Sérosurveillance 2006, PNLS

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

Figure 3 : Taux de séroprévalence du VIH par département



### 3.2.3. La prévalence selon l'âge et le sexe

Selon les données de l'EDSB-III, chez les femmes comme chez les hommes, la prévalence augmente de manière régulière dans les premiers groupes d'âges. Quelque soit le sexe, les jeunes de moins de 20 ans sont les moins infectés. Chez les femmes de 15-19 ans, la prévalence est de 0,4 % ; elle passe à 1,9 % chez les femmes de 30-34 ans et varie de façon irrégulière au-delà de 34 ans. On observe la même tendance chez les hommes, la prévalence passant d'un niveau très faible à 15-19 ans à un maximum de 1,6 % à 35-39 ans, soit plus tardivement que chez les femmes. Après cet âge, comme chez les femmes, la prévalence varie de façon irrégulière. On note qu'à tous les âges, la proportion de femmes séropositives est nettement supérieure à celle des hommes, à l'exception des groupes d'âges 35-39 ans (1,6 % pour les hommes et 1,4 % pour les femmes) et 45-49 ans (1,8 % pour les hommes et 1,4 % pour les femmes). Au-delà de cet âge, de façon générale, la tendance s'inverse. (tableau n°3.4).

**Tableau 3.4 : Prévalence du VIH selon l'âge**

Parmi les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-64 ans (population de fait) qui ont été enquêtés et qui ont effectué le test du VIH, pourcentage qui sont VIH positifs selon l'âge Bénin 2006

Groupe d'âges	Femmes				Hommes				Ensemble			
	Pourcentage positifs VIH-1	Pourcentage positifs VIH-2	Pourcentage positifs VIH-1 ou VIH-2	Effectif	Pourcentage positifs VIH-1	Pourcentage positifs VIH-2	Pourcentage positifs VIH-1 ou VIH-2	Effectif	Pourcentage positifs VIH-1	Pourcentage positifs VIH-2	Pourcentage positifs VIH-1 ou VIH-2	Effectif
15-19	0,4	0,0	0,4	848	0,0	0,0	0,0	887	0,2	0,0	0,2	1 735
20-24	1,5	0,0	1,5	894	0,7	0,0	0,7	603	1,2	0,0	1,2	1 497
25-29	1,8	0,0	1,8	1 046	0,7	0,0	0,7	624	1,4	0,0	1,4	1 670
30-34	1,9	0,1	2,1	806	1,3	0,0	1,3	566	1,7	0,1	1,8	1 373
35-39	1,4	0,0	1,4	603	1,6	0,0	1,6	554	1,5	0,0	1,5	1 157
40-44	2,5	0,0	2,5	446	0,4	0,0	0,4	395	1,5	0,0	1,5	841
45-49	1,4	0,0	1,4	381	1,8	0,0	1,8	320	1,6	0,0	1,6	701
Ensemble 15-49	1,5	0,0	1,5	5 025	0,8	0,0	0,8	3 949	1,2	0,0	1,2	8 974
Hommes de 50-64 ans	na	na	na	na	0,6	0,3	1,0	625	na	na	na	na
Ensemble des hommes de 15-64 ans	na	na	na	na	0,8	0,0	0,8	4 574	na	na	na	na

na=Non applicable

Source : EDSB-III 2006

### 3.2.4. La prévalence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans

---

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est estimée à 0,7% et elle est plus élevée chez les jeunes filles que chez les jeunes hommes (1,0 % contre 0,3 %). Chez les femmes, la prévalence du VIH augmente avec l'âge, passant de 0,4 % chez les jeunes femmes de 15-19 ans à 1,5 % à 20-24 ans. On observe la même tendance chez les jeunes hommes avec, néanmoins un niveau de prévalence beaucoup plus faible que chez les jeunes femmes.

Les résultats concernant les jeunes femmes font apparaître les mêmes variations que celles déjà constatées pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans. En effet, c'est en milieu urbain (1,4 %), en particulier à Cotonou que la prévalence est la plus élevée (2,3 %). La prévalence est également élevée parmi les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (1,2 %). On note également des variations selon l'état matrimonial, la prévalence variant de 1,3 % parmi les jeunes femmes en union à 0,5 % parmi les célibataires.

Chez les jeunes hommes, quelles que soient les caractéristiques, les taux de prévalence restent toujours très faibles (inférieurs à 1 %), et les variations ne sont pas significatives.

### 3.2.5. Situation auprès des populations à risques

---

Les populations à risques considérées sont constituées des Travailleuses de Sexe et leurs Clients, les camionneurs, les donneurs de sang, les jeunes et les tuberculeux.

#### ■ Travailleuses de sexe (TS) et leurs clients

La prévalence nationale chez les TS est issue de l'enquête de surveillance des comportements et de la biologie du VIH et des IST. Elle est estimée à 25,5% en 2006.

Cette estimation montre une légère diminution comparée avec celle de 2004 auprès des TS (27,9%) sans une différence statistiquement significative. Mais par rapport aux prévalences estimée dans la même sous-population en 1993, 1995-1996, 1998-1999 respectivement à 53%, 49% et 41%.

Concernant les clients des TS, la prévalence du VIH pour la même enquête est 4,3%. Elle varie de 1,7% à 6,9% selon les départements.

Par ailleurs, selon les résultats des études de base du projet régional de lutte contre le SIDA le long du corridor Abidjan-Lagos, la prévalence de VIH en février 2005 est de 8,4% pour l'ensemble des groupes cibles. Elle est estimée à 30,1% chez les Travailleuses de Sexe contre 5,0% chez les routiers, 6,6% chez les adolescents et jeunes de 13-35 ans et 8,0% chez les corps habillés.

### ■ Les donneurs de sang

Au cours de l'année 2006, 44 359 poches de sang, tous donneurs confondus (fidélisés ou occasionnels), ont été collectées et testées au VIH et 729 ont été déclarées positives soit 1,6% contre 1,3% en 2005. Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la séropositivité au VIH des poches de sang.

Tableau 3.6 : Taux de séropositivité à VIH de 2001 à 2006 à partir des poches de sang

Années	Nombre de poches de sang testé	Nombre de tests positifs	Taux de positifs (%)	IC à 95%
2001	43 993	663	1,5	1,39 - 1,61
2002	50 454	595	1,2	1,10 - 1,30
2003	54 116	988	1,8	1,69 - 1,91
2004	62 949	1 098	1,7	1,60 - 1,80
2005	57 380	724	1,3	1,21 - 1,39
2006	48 667	748	1,5	1,48 - 1,72

Source: Rapport Sérosurveillance 2006, PNLs

Depuis 2001 où est renforcé le système d'assurance qualité, le taux de séropositivité sur les poches de sang varie de 1,2% à 1,8% sans différence significative entre les taux des différentes années.

### ■ Les tuberculeux

Selon la politique de prise en charge de la co-infection mise en œuvre par le PNLs et le PNT, le dépistage est systématiquement proposé à tout nouveau malade tuberculeux toute forme confondue.

En 2006, 3 734 malades tuberculeux toute forme confondue ont été enregistrés au Bénin dont 2 943 malades tuberculeux pulmonaires à microscopie positive (TPM+). Sur les 3 734 malades, 3 318 ont été dépistés dont 494 testés positifs (16,78%). Chez les TPM+, la co-infection TB/VIH est estimée à 13,6%.

### ■ Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Selon le rapport du SNIGS, il a été notifié 34 341 cas en 2006. La répartition des cas notifiés selon les départements se présente comme suit :

Prenant en compte le milieu de résidence et la taille de la population par ancien département, la prévalence pondérée de la syphilis au Bénin en 2006 est estimée à 0,6% [IC à 95% : 0,59 - 0,66]. La prévalence en milieu urbain est estimée à 0,3% et celle en milieu rural 0,8% avec une différence statistiquement significative entre les deux milieux.

Tableau 3.7 : Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes

Milieu	Effectif	Nombre de cas positifs	Prévalence pondérée (%)	IC à 95%
Urbain	8 191	25	0,3	0,29 - 0,38
Rural	5 546	22	0,8	0,77 - 0,88
<b>Total</b>	<b>13 737</b>	<b>47</b>	<b>0,6</b>	<b>0,58 - 0,66</b>

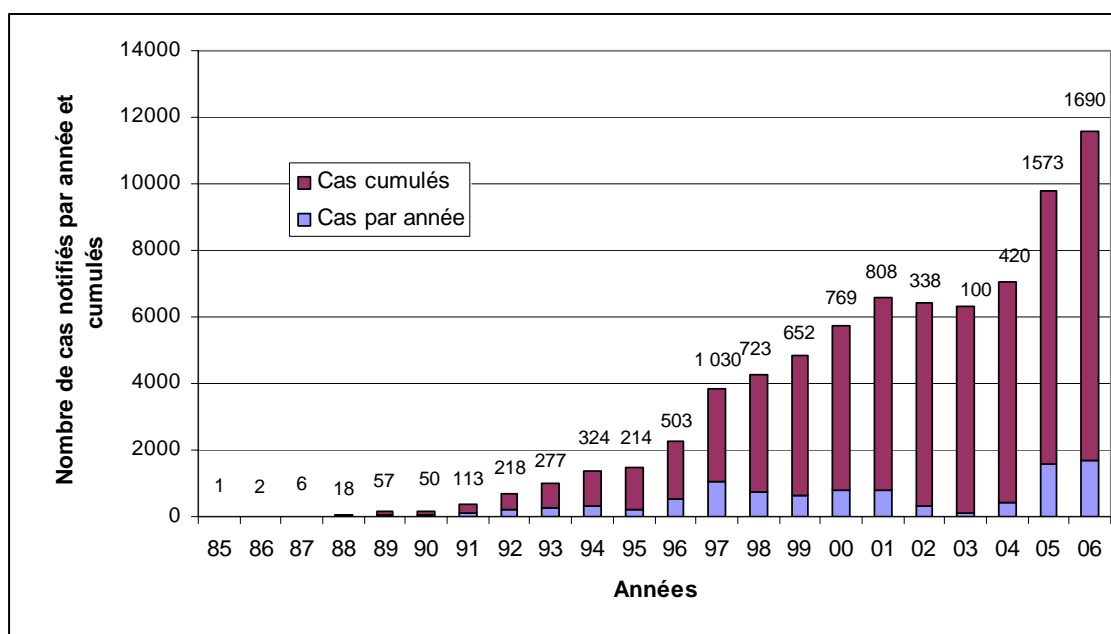
Source : Rapport Séro-surveillance PNLS, 2006

### 3.2.6. Notification des cas de SIDA

Le nombre de cas de SIDA notifiés est généralement loin de refléter la réalité de la maladie au Bénin. En 2006, ce nombre est de 1690 cas.

Depuis l'apparition du premier cas de SIDA en 1985, le nombre de cas cumulés s'élève à 9 886 jusqu'en 2006 et l'évolution de la notification des cas se présente comme le montre la figure n°4.

Figure 4 : Evolution du nombre de cas de SIDA notifiés de 1985 à 2006



Source: Rapport Séro-surveillance 2006, PNLS

### 3.2.7. Projections

Les estimations demeurent très utiles pour la planification des besoins de prévention et de soins. Toutefois elles restent tributaires de la qualité des hypothèses introduites dans le logiciel.

Les principales variables retenues par le Bénin ont trait à la transmission du virus et aux conséquences dues à l'infection à VIH. Ainsi en 2007, les chiffres auxquels s'attend le pays sont dans le tableau 3.8.

Tableau 3.8 : Estimations pour l'année 2007 et projection pour 2012

Variables	Estimations 2007	Projections 2012
Nombre de personnes vivant avec le VIH / SIDA	69009	163749
Enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH	5295	8787
Adulte de 15 ans et plus ayant besoin d'ARV	19375	57995
Enfant de moins de 15 ans ayant besoin d'ARV	1312	4494
Nombre de personnes infectées ayant un besoin récent d'ARV	3363	4639
Nouveaux cas d'infection à VIH	5765	5794
Nouveaux cas de SIDA	5930	5862
Décès dus au SIDA	3271	11698
Décès cumulatifs dus au SIDA	35246	42867
Enfants de 0 à 4 ans nouvellement infectés	1948	1711
Nombre d'orphelins de père ou de mère	376290	302212
Nombre d'orphelins de père ou de mère (par fait de SIDA)	38714	16885
Co-infection VIH / Tuberculose	4474	7735
Espérance de vie à la naissance sans les ARV (en année)	56,3	62,4
Nombre de femmes enceintes séropositives	5002	10371

Source : Suivi-Evaluation SP/CNLS, 2007



### 3.2.8. Les déterminants de la propagation du VIH/SIDA/IST

---

L'analyse de la situation menée à travers la revue du cadre stratégique 2001-2005 a permis de montrer que les déterminants les plus importants qui entretiennent l'épidémie sont :

- la multiplicité des partenaires sexuels ;
- la pauvreté ;
- la subordination socio-économique des femmes ;
- la prostitution importante et très mobile dans les pays de la sous-région ;
- la mauvaise perception du risque.

Les autres déterminants qui jouent également un rôle dans la propagation du VIH au Bénin sont les suivants :

- le relâchement des valeurs sociales et morales ;
- l'analphabétisme élevé et le faible taux d'instruction ;
- la réticence de certaines personnes à l'utilisation des préservatifs ;
- la mobilité importante de la population au niveau de la sous-région ;
- la stigmatisation et la discrimination ;
- l'activité sexuelle précoce des jeunes filles avec des partenaires plus âgés ;
- la prévalence élevée des IST ;
- le retrait précoce de la fille de l'école pour des raisons économiques et sociales ;
- la prolifération des vidéo-clubs et des cyber-cafés à caractère pornographique ;
- le phénomène de la dot de libération pour les apprentis.

### 3.2.9. Impact social et économique de l'épidémie

---

L'épidémie du VIH/SIDA commence à avoir un impact social et économique sur les familles et sur les secteurs de développement au Bénin en particulier :

- l'augmentation du taux de mortalité : le nombre de décès cumulés dus au SIDA est estimé en 2007 à 35 246. Le nombre d'orphelins de mère ou de père par le fait du SIDA est estimé en 2007 à 38 714 enfants ;
- l'aggravation de la pauvreté et la dislocation de la structure familiale avec pour conséquences la délinquance juvénile, la perte des valeurs de solidarité et la déperdition scolaire ;
- l'augmentation des dépenses pour les soins de santé : le coût de la prise en charge, du soutien et des soins est très élevé. Le Bénin s'est engagé à travers son budget national et l'appui des partenaires dans une politique de prévention, dépistage et prise en charge gratuite y compris les ARV et les examens de laboratoire des personnes vivant avec le VIH/SIDA, ce qui engendre des coûts très élevés pour le Secteur de la Santé et d'autres secteurs sociaux.

## **IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA**

### **4.1. ELABORATION DES POLITIQUES ET PLANIFICATION STRATEGIQUE**

Depuis 1987 la République du Bénin avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires a effectivement démarré les activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST. Plusieurs plans de lutte contre le VIH/SIDA/IST ont successivement été mis en place à savoir :

- un Plan à Court Terme (PCT) couvrant la période d'octobre 1987 à novembre 1988 ;
- un Plan à Moyen Terme de 1<sup>ère</sup> génération (PMT1) prévu et exécuté durant la période de 1989 - 1993, s'est prolongé jusqu'en avril 1996 ;
- un Plan à Moyen Terme de deuxième génération (PMT2) de 1997 à 2001 élaboré suite à un atelier de consensus national qui s'est déroulé les 29 et 30 avril 1996 à Cotonou ;
- un Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2001-2005 élaboré en 2000 avec une démarche participative ayant impliqué tous les acteurs intervenant dans la lutte.

#### **4.1.1 Plan stratégique 2001-2005**

A la suite du Plan à Moyen Terme de deuxième génération (PMT2), le Bénin a entamé un processus de planification stratégique de lutte contre le VIH/SIDA avec l'appui de l'ONUSIDA. Ce processus a abouti à l'élaboration du premier Cadre Stratégique National pour la période 2001-2005.

Dans ce cadre stratégique, le Bénin a opté pour un nouvel arrangement institutionnel. Un organe de coordination de la riposte nationale à savoir le Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST (CNLS) a été créé par Décret N° 2002-273 du 18 Juin 2002. En tant qu'organe national d'orientation et de prise de décision en matière de lutte contre le VIH/SIDA/IST, le CNLS est doté d'un Secrétariat Permanent dont le rôle est de veiller à la mise en œuvre des décisions du CNLS et d'assurer la coordination et le suivi-évaluation de toutes les interventions.

Ce nouvel arrangement institutionnel vise essentiellement à créer une synergie dans les interventions très diverses et multiformes en vue de réduire effectivement la prévalence de la pandémie au sein des communautés. Mieux, le cadre institutionnel mis en place a pour but de favoriser l'application des « Three Ones » fondés sur un seul cadre d'action sur la pandémie, une seule instance de coordination et un seul système national de suivi et évaluation.

Au terme de la période prévue pour le premier cadre stratégique, le gouvernement béninois à travers le CNLS et son Secrétariat Permanent avec l'appui des partenaires techniques et financiers a décidé de faire sa revue et d'élaborer un deuxième cadre stratégique pour la période 2007-2011.

La revue conjointe a permis d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du premier cadre stratégique. Les principaux acquis de la mise en œuvre du premier cadre stratégique 2002-2006 sont :

- une stabilisation de la prévalence nationale moyenne de l'infection à VIH/SIDA depuis 2002 ;
- une diminution de la prévalence chez les travailleuses de sexe suivies passant de 55% en 1999 à 27,9% en 2004 ;
- un renforcement de l'information/communication et une mobilisation communautaire qui a permis d'améliorer le niveau de connaissance des jeunes sur le VIH/SIDA. Ainsi, 85 % des jeunes de moins de 25 ans ont entendu parler du SIDA en 2005 contre 48% en 2002 ;
- le nombre de formations sanitaires offrant des services de dépistage s'est considérablement accru ;
- la sécurité transfusionnelle est assurée à 100% pour le dépistage du VIH ;
- le taux d'utilisation du préservatif s'est accru dans les groupes à haut risque tels que les travailleuses du sexe ;
- une amélioration de la prise en charge des PVVIH : augmentation du nombre de sites de prise en charge, renforcement des capacités du personnel, augmentation du nombre de patients sous ARV passant de 430 en 2002 à 5000 en fin 2005 et augmentation du nombre de patients traités pour les infections opportunistes chaque année ;
- un renforcement du partenariat avec la société civile y compris le secteur privé : Les ONG et les associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui se sont constituées en Réseau Béninois des Associations des Personnes Vivant avec le VIH (RéBAP+) ; de nombreuses ONG ont émergé ces dernières années avec des interventions axées sur la sensibilisation surtout envers les jeunes et la prise en charge des PVVIH.

#### 4.1.2 Le nouveau cadre stratégique 2007-2011

---

Le processus d'élaboration du nouveau cadre stratégique 2007-2011 a été essentiellement participatif. Il a démarré en novembre 2005 par un atelier de plaidoyer, d'information et de sensibilisation de tous les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin. Une cinquantaine de participants ont pris part à cet atelier. Il s'agit des représentants des secteurs public et privé, des partenaires, des ONG nationales et Internationales, des projets et programmes, de la société civile, des Associations des PVVIH. A l'issue de cet atelier, des groupes de travail ont été constitués et les termes de référence élaborés par le SP/CNLS ont été validés.

L'étape qui a suivi cette validation est celle d'élaboration des outils de collecte des données. A partir de ces outils, les différents groupes ont procédé à la revue documentaire, les visites de terrain appuyées par les ateliers départementaux et d'échanges entre secteurs public, privé et société civile. Ceci a conduit à l'analyse des forces et faiblesses des actions menées dans le cadre de la mise en œuvre du cadre stratégique 2001-2005 aussi bien au niveau central qu'au niveau décentralisé.

Ensuite, plusieurs ateliers participatifs ont été organisés entre janvier et mars 2006 sur divers aspects de la formulation du cadre stratégique. Il s'agit de la définition des grandes orientations, de la rédaction du nouveau cadre stratégique et de sa validation. Les documents exploités à cet effet sont entre autres : le rapport sur l'Accès Universel d'ici à 2010, le rapport UNGASS Bénin 2005, le rapport d'évaluation de la mise en œuvre des « Three Ones » etc.

Avec l'appui de l'ONUSIDA, le SP/CNLS a lancé les travaux d'élaboration du plan opérationnel qui a permis d'évaluer le coût du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST pour les cinq prochaines années.

La version finale validée a été transmise au conseil des ministres qui l'a examinée et adoptée.

Tout au long de ce processus, les travaux ont été appuyés par un pool de consultants pluridisciplinaires mis à la disposition du SP/CNLS par les partenaires.

Les principales recommandations pour le nouveau cadre stratégique 2007-2011 s'inscrivent dans le cadre de l'accès universel et tendent essentiellement à :

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

Le nouveau cadre stratégique s'appuie sur 06 axes stratégiques et 12 objectifs généraux qui sont :

#### **AXE STRATEGIQUE I : COORDINATION, PLAIDYOER, PARTENARIAT ET MOBILISATION DES RESSOURCES**

**Objectif Général 1** : Promouvoir un environnement favorable à la multisectorialité, VIH/SIDA/IST dans le cadre des «Three Ones ».

#### **AXE STRATEGIQUE II : PREVENTION ET PROMOTION DU DEPISTAGE**

**Objectif Général 2** : Réduire de 25% la prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans et d'au moins 50% chez les populations vulnérables notamment les femmes, les TS, les populations mobiles, les corps habillés.

**Objectif Général 3** : Réduire d'au moins 25% la prévalence du VIH/SIDA et son impact social et économique en milieu du travail.

**Objectif Général 4** : Réduire d'au moins 30% la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles chez la population générale et notamment les groupes vulnérables.

**Objectif Général 5** : Renforcer la sécurité transfusionnelle, la bio-sécurité et minimiser la transmission du VIH en milieux de soin et traditionnel.

**Objectif Général 6** : Réduire d'au moins 50% la proportion de nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives d'ici à 2010.

**Objectif Général 7** : Promouvoir le conseil dépistage volontaire anonyme et gratuit du VIH garantissant la confidentialité.

### **AXE STRATEGIQUE III : ACCES AUX SOINS ET TRAITEMENT**

**Objectif Général 8** : Assurer la prise en charge médicale correcte des adultes et des enfants infectés par le VIH y compris le suivi biologique.

### **AXE STRATEGIQUE IV : SOUTIEN AUX PERSONNES INFECTEES ET AFFECTEES ET PROMOTION DU RESPECT DES DROITS HUMAINS**

**Objectif Général 9** : Réduire l'impact du VIH/SIDA sur les familles, les communautés et les secteurs socio-économiques.

**Objectif Général 10** : Accroître de 3% à 50%, la proportion d'OEV au sein des ménages bénéficiant d'au moins un soutien externe d'ici à 2010.

### **AXE STRATEGIQUE V : INFORMATIONS STRATEGIQUES : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, COMPORTEMENTALE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE**

**Objectif Général 11** : Renforcer l'information stratégique pour l'orientation de la réponse nationale.

### **AXE STRATEGIQUE VI : SUIVI ET EVALUATION**

**Objectif Général 12** : Rendre opérationnel à partir de 2007 le Système National Unique de Suivi- Évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin.

## 4.2. APPUI POLITIQUE

Le décret N° 2002-273 du 18 Juin 2002, portant attribution, organisation et fonctionnement du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et de ses démembrements, a établi l'autorité de la lutte contre les IST/VIH/SIDA au Bénin ainsi que les interactions entre les acteurs à divers niveaux. Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) constitue donc le creuset des décisions et orientations de toutes les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Ce dispositif institutionnel permet désormais la synergie dans les interventions très diverses et multiformes.

Beaucoup d'actions ont été initiées, programmées et mises en exécution conformément au Cadre Stratégique National de Lutte Contre le VIH/SIDA. Ces différentes actions sont inscrites dans les domaines définis dans le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST.

Par rapport à la complexité de la lutte, le Gouvernement a pris des engagements qui sont contenus dans le document du Cadre Stratégique National 2007-2011. Ces principaux engagements sont les suivants :

- 1- Renforcement du leadership au plus haut niveau avec un soutien fort au cadre institutionnel mis en place ;
- 2- Développement d'un plaidoyer pour assurer l'adhésion de tous les acteurs aux principes de Three Ones et la mobilisation des ressources suffisantes en vue d'appuyer la lutte contre.
- 3- Création d'une ligne budgétaire pour appuyer la lutte contre le Sida au sein de chaque ministère.

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

- Le lancement du Cadre Stratégique multisectoriel par le Chef de l'Etat le 15 novembre 2007 en présence de tous les acteurs nationaux et les partenaires au développement.
- Célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le SIDA avec l'implication personnelle du Chef de l'Etat qui a dirigé la course cycliste, la marche et ouverture du village d'exposition avec les membres de son gouvernement, les représentants des institutions, les partenaires et les communautés
- Participation du Chef de l'Etat à la 7<sup>ème</sup> session du CNLS du Burkina Faso avec une forte délégation des acteurs impliqués dans la lutte contre le SIDA en vue de répliquer les meilleures pratiques au niveau du Leadership Béninois et renforcer la coordination multisectorielle
- Discours du chef de l'Etat à la nation le 31 décembre 2007 prenant en compte le VIH, le sida et les IST portant l'engagement du gouvernement à accélérer le passage à l'échelle en matière de prévention, de prise en charge et le renforcement de la coordination multisectorielle et la mobilisation des ressources.

La plupart des partenaires au développement ont intégré un volet IST/VIH dans leurs programmes qui s'inscrivent dans le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA au Bénin.

La lutte contre le VIH/SIDA est inscrite dans la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRIP) et dans le cadre des initiatives pour les Pays Pauvres Très Endettés (PPTÉ).

Afin de contribuer à la multisectorialité de la lutte et de veiller à l'intégration du VIH/SIDA dans les projets et programmes de développement, le PALS-BAD appuyé le Ministère chargé de la Planification et du Développement a formé 575 Directeurs de Projets et programmes de développement sur le mainstreaming du VIH dans les projets et programmes.

#### **4.3. FINANCEMENT DE LA REPOSE NATIONALE**

Au cours des deux dernières années (2006 et 2007), le Gouvernement du Bénin a pris des mesures concrètes pour renforcer la riposte à l'épidémie de SIDA en dégageant des lignes budgétaires dans les départements ministériels concernés et en utilisant une partie de l'allègement de la dette extérieure pour constituer un fonds national de lutte contre le SIDA.

C'est ainsi que l'accroissement des ressources nationales pour la lutte contre le VIH/SIDA est passé de 80 millions par an avant le processus de planification stratégique à deux (02) milliards en 2001 en utilisant une partie de la dette sur la lutte contre le SIDA (fonds PPTÉ).

En 2006, le Gouvernement du Bénin a mobilisé 12 965 389 285 milliards de francs CFA pour faire face à l'épidémie.

Il importe également de préciser que *le soutien des Partenaires au développement durant les deux dernières années a été d'une grande importance dans la lutte contre le VIH et le sida au Bénin. Selon les informations disponibles<sup>3</sup>, 9 248 132 euros ont été mobilisés en 2006 et 18 005 468 euros en 2007 (voir tableau 4.1 ci-dessous).*

---

<sup>3</sup> Toutes les informations sur les dépenses au plan national n'étaient pas disponibles.

Tableau 4.1: Financement des Partenaires au développement en 2006 et 2007 (en euro)

Sources de financement	2006	2007
5 <sup>ème</sup> Round	4 183 059	8 453 660
6 <sup>ème</sup> Round CORRIDOR (5 PAYS)		984 667
Banque Africaine de Développement (PALS)	1 590 165	949 144
Banque Africaine de Développement (PAGEFCOM)		91 470
IDA/Banque Mondiale (PMLS II)		2 061 077
DANIDA (Projet PARL)		144 484
USAID (Projet IMPACT)		1 099 159
UNFPA	489 575	489 575
UNICEF	511 433	727 896
GIP ESTHER	213 232	213 232
MEDECINS DU MONDE (Projet PIVA)	174 601	174 601
Fondation CIINTON		41 790
Coopération Suisse	34 537	34 537
Plan Bénin	117 045	117 045
KFW	371 547	371 547
Médecins Sans Frontières	264 474	264 474
OMS	139 470	139 470
ONUSIDA	95 281	95 281
Projet PASNALS (PNUD)	181 033	181 033
SOLTHIS	181 259	181 259
Coopération Française	190 000	190 000
Programme Alimentaire Mondial	686 022	686 022
Projet Facilitation Transport Banque Mondiale MT		314 045
Total des ressources	9 248 132	18 005 468

Les interventions financières des partenaires au développement pour la mise en œuvre du cadre stratégique 2007-2011 se résument comme suit :



Tableau 4.2: Interventions financières des partenaires au développement

Sources de financement	Interventions	Montants
Banque Africaine de Développement	Le Projet d'Appui à la Lutte contre le VIH/SIDA financé par la Banque Africaine de Développement (PALS- BAD) couvre la période 2006-2008	3,5 Millions Euro
Banque Mondiale	Le Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLS) 2 avec la Banque Mondiale pour un montant de pour la période 2007 - 2011 ;	35 Million \$ US
Banque Mondiale et Fonds Mondial (6 <sup>e</sup> round)	Le Projet sous régional Corridor de migration Lagos - Abidjan (05 pays, basé au Bénin) couvrant la période 2003- 2007 à partir de juillet 2007. Proposition régionale approuvée au 6 <sup>ème</sup> round du Fonds mondial pour un intitulée « Intensification des interventions de lutte contre les IST/VIH/SIDA ciblant les populations mobiles », « Consolidation et Extension du Projet Régional Commun de Prévention et de Prise en charge des IST/VIH/SIDA le long du Corridor de migration Abidjan Lagos » ;	46,5 millions \$ US
Coopération Danoise - PARL/SIDA	Le programme d'Appui au Renforcement de la Lutte contre le VIH/SIDA au Bénin (PARL/SIDA) financé par la coopération danoise d'un coup de couvrant la période 2007-2010.	886 6620 \$US
Système des Nations Unies Projet	Les programmes d'appui technique et financier du système des Nations Unies (UNICEF, PNUD, OMS, UNFPA , BM, PAM, HCR , ONUSIDA) dans le cadre d'appui conjoint du système des Nations Unies selon la division de travail UNAIDS et les recommandations du GTT dans le cadre des Three Ones ;	
Fonds des Nations Unies pour la Population	Le projet BEN 6R 303 "Promotion de la Communication pour un changement de comportement en santé de la reproduction y compris le VIH/SIDA financé par l'UNFPA et mis en œuvre par le Ministère de la Culture des Sports, de la Jeunesse et des Loisirs ; Projet BEN6R 207 « Services SR y compris le VIH de qualité dans les zones sanitaires et Services de Santé des Armées (volet VIH) "Projet : BEN 6P202 Appui au renforcement du dialogue politique en genre, population et développement mis en œuvre par la Direction des Politiques de Populations (DPPP) en partenariat avec le MEPS / Direction de l'Inspection Pédagogique (DIP) et les ONGs, Réseaux (Parlementaires, Jeunes, Communicateurs, Islamiques) sur les questions de population.	590 000 USD pour 2008
Fonds Mondial	Le Projet d'Intensification de la lutte contre le VIH/SIDA, requête du 5 <sup>ème</sup> round, Fonds Mondial de 51 Million \$ US couvrant une grande partie du secteur de la santé : prise en charge médicale et psychosociale (infections opportunistes, ARV, dépistage, réactifs, équipement) sécurité transfusionnelle, l'extension des services de la PTME, soutien aux orphelins et enfants vulnérables, et une partie des interventions sur l'accélération de la prévention et la coordination/suivi- évaluation	51 Millions \$ US
UNICEF	Le projet d'appui à la mise en place d'un modèle de prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA pour la période 2006-2007	850 Milles \$ US
USAID - IMPACT	Le Projet IMPACT de l'USAID intégré avec la Santé de la reproduction et la lutte contre le SIDA d'un montant de 14 millions \$ US qui s'étalera sur la période 2007-2011 ;	7 millions \$ US

#### 4.4. SITUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

##### 4.4.1. Prévention

###### ■ Communication pour le changement de comportement

###### ➤ Interventions en direction du grand public

###### *Mobilisation de masse*

Les activités de mobilisation de masse sont organisées à l'occasion des journées mondiales du SIDA et des grands rassemblements sportifs, traditionnels ou religieux. Les événements les plus connus au plan national qui drainent assez de monde sont entre autres les fêtes de la Ganni, de l'Assomption, de Nonvitcha, des cultes traditionnels et les manifestations sportives. Toutes ces manifestations de forte mobilisation de la population sont systématiquement mises à profit pour informer, sensibiliser, échanger avec la population. On enregistre des comportements à risque exposant la population à l'infection à VIH et aux IST. Les acteurs de lutte contre les IST et le VIH/SIDA tant du secteur public (UFLS) que de Société Civile (ONG, Associations, Réseaux...) lors de ces événements spéciaux développent des activités surtout de prévention pour améliorer les connaissances et attitudes en relation avec les comportements à risque, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH/SIDA des populations.

Depuis ces deux dernières années, les journées mondiales de lutte contre le VIH/SIDA qui s'inscrivent dans le cadre des activités de mobilisation de masse pour la lutte contre le SIDA, sont organisées régulièrement au Bénin avec succès. Dans ce cadre plusieurs activités ont été menées sur toute l'étendue du territoire national par les structures d'exécution sous la coordination du SP/CNLS. La caravane pour la vie organisée par le Projet Corridor sur l'axe Abidjan-Lagos avec arrêts à toutes les frontières et villes importantes du tronçon a connu le paroxysme de la mobilisation. L'édition 2006 de la journée mondiale de lutte contre le SIDA dont le thème a été comme en 2005 « STOP SIDA. TENONS NOTRE PROMESSE » a permis de faire le point sur les actions entreprises dans le cadre de la déclaration de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le SIDA (UNGASS) tenue du 25 au 27 Juin 2001 sur le VIH/SIDA.

En 2007, pour une première fois dans l'histoire du pays, la journée a été marquée par l'engagement personnel du Chef de l'Etat, son Excellence le Dr. BONI YAYI qui s'est traduit par un message assez fort qu'il a signé « *Je m'implique dans la lutte contre le VIH/SIDA, faites comme moi, soyez leader* ». Ce message du Président est en parfaite harmonie avec le thème de la journée « **STOP SIDA. TENIR LES PROMESSES. Le leadership** ». Ce thème vise à mettre l'accent d'une part, sur les responsabilités individuelles que doit observer de façon permanente chaque individu pour limiter la propagation du VIH, et d'autre part, sur la nécessité d'un leadership à tous les niveaux, notamment les Gouvernements du monde entier d'œuvrer en vue d'atteindre les objectifs définis dans la « Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA ».

Diverses activités de promotion, de prévention sont menées contre le VIH/SIDA dans le but de réduire la propagation de l'épidémie. Il s'agit de la course cycliste, du cross country, de la marche des Personnes vivant avec de VIH, la mise en place du village d'exposition. Ce village a été animé pendant plusieurs jours par divers acteurs nationaux et partenaires au développement qui s'investissent fortement dans la lutte au Bénin.

C'était l'occasion pour ces valeureux acteurs de faire connaître à la population, les différents services et produits offerts dans le pays en matière de prévention et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. De ce point de vue, les animateurs des stands au cours de cette période ont fait connaître à leurs visiteurs, les moyens de prévention, les voies de transmission, le circuit de prise en charge surtout après un test de dépistage révélé positif. Le succès de cet événement est le résultat de l'engagement du Chef de l'Etat à travers sa marche et la course cycliste qui a réellement mobilisé la population. Ce succès est le fruit de la participation effective de tous les partenaires en particulier les Associations des PVVIH, les organisations de la société civile pour tous les efforts consentis dans l'organisation et le déroulement des manifestations. Les populations se sont manifestées nombreuses pour faire leur test de dépistage gratuit et anonyme dans le but de connaître leur état sérologique.

Les douze départements du pays ne sont pas restés en marge de ce grand événement. Dans ces départements, les communes ont abrité des activités de sensibilisation à travers la mobilisation de toutes les couches sociales dans une ambiance festive (marche pédestre, course cycliste, animations folkloriques, match de football, sketch). Ces manifestations sont suivies de conférences-débats, de diverses allocutions de responsables en vue d'une sensibilisation au plus haut niveau (leadership). La promotion du dépistage a également été faite et les unités mobiles sont installées pour la réalisation des tests rapides.

Le point culminant de la JMS dans les départements consiste en la tenue des sessions des CCLS pour renforcer le leadership des structures décentralisées du CNLS et avoir plus de visibilité sur les actions des structures décentralisées.

En dehors de ces activités de grande mobilisation, des initiatives de sensibilisation de proximité et de plaidoyer en direction des groupes spécifiques sont organisées soutenues par des partenaires. Quelques unes de ses initiatives sont la « Nuit du ruban rouge » organisée par le PNLS, et « la leçon de vie » organisée par Plan Bénin et UNICEF, la campagne « Plus tard, plus sûr » de PSI/ONG, les « visites médicales et dépistage du VIH » du Projet CCC/SR/AJ/VIH du MJSL dans les lycées et foyers de jeunes filles et prytanées militaires.

### *Campagne mass media*

La collaboration avec les radios nationales et communautaires (émissions radio Amour et Vie) a continué en 2006 et 2007. Dans ce cadre, le PNLS a renouvelé les conventions avec 24 radios communautaires et trois chaînes de télévision dont les animateurs (50 journalistes) ont été formés pour réaliser des émissions interactives au profit des populations couvertes. Des films documentaires audio visuels ont été diffusés sur les chaînes de télévisions publique et privées. Par ailleurs, des panneaux géants ont été mis en place ciblant la population générale mais surtout les populations mobiles.

En 2007 dans le cadre du projet mis en œuvre par l'ONG MdM dans les zones sanitaires de Comé et de Ouidah, 49 émissions radiophoniques effectuées par les radios de proximité. Le projet Amour et Vie de PSI/ONG a organisé des émissions radiophoniques interactives sur 13 radios privées ou communautaires pour les jeunes et par les jeunes. Il en est de même pour le magazine Amour et Vie (12 pages), un design jeune qui répond au besoin en information des jeunes en matière de santé sexuelle. Pour la période concernée, 219 comités sont installés dans les collèges, 194 émissions radio, 180.000 exemplaires de magazines distribués.

➤ **Intervention en direction des adolescents et des jeunes**

Il n'y a pas eu au cours de ces deux dernières années une enquête nationale sur le nombre d'écoles qui dispensent l'éducation en matière de sida basée sur les compétences de vie courante. Cependant depuis 4 ans déjà ce type d'éducation est dispensé dans la majorité des écoles primaires au cours moyens 1 et 2 et dans près de 10% des écoles secondaires. De nombreux adolescents et jeunes bénéficient également d'une telle éducation dans le cadre des activités culturelles et sportives avec l'appui de l'UNICEF, de l'UNFPA et de l'ONUSIDA.

➤ **Intervention en direction des groupes à risque**

*Activités de sensibilisation de proximité*

Les activités de sensibilisation ont été réalisées à travers la stratégie d'éducation par pairs éducateurs en collaboration avec les ONG et associations communautaires. Au cours de la période 2006-2007, 3.568 pairs éducateurs ont été formés pour des activités de sensibilisation en direction des Travailleuses du Sexe (TS), des jeunes et adolescents, des réfugiés, des routiers et des hommes en uniforme.

Le PNUD à travers le PASNALS a poursuivi en 2006 le programme des conversations communautaires dans le département du Borgou pour une réponse nationale efficace face au VIH/SIDA.

Des activités de communication anti VIH/SIDA ont été menées au niveau des frontières du Togo (Hillacondji) et du Nigeria (Sèmè Kraké) par les ONG.

Différentes techniques de communication de proximité sont utilisées par les acteurs pour atteindre plus efficacement les groupes les plus vulnérables. Les plus utilisées sont la Communication Inter Personnelle, les causeries formatives avec de petits groupes homogènes, les projections de films, les jeux de rôles, les sketches, etc. appuyées de matériels audio-visuels. En ce qui concerne les sessions éducatives, 11.649 sessions organisées par le PSI/IMPACT avec ses partenaires ont permis d'octobre 2006 à octobre 2007 de toucher 80.074 personnes. Au cours de la même période, 6.900 personnes sont touchées à travers 5.824 interviews. Les ONG locales partenaires de MdM en 2007 ont réalisé 650 séances de sensibilisation de proximité dont 71 ciblées sur les groupes de femmes. Ces séances ont permis de toucher 12.299 personnes. Aussi, 91 agents communautaires ont-ils été sensibilisés et formés pour mener des activités de communication de proximité dans les zones sanitaires de Comé et de Ouidah en 2007 avec l'ONG MdM. Au niveau des Centres d'écoute, d'information mis en place par le projet CCC/SRAJ/VIH du MJSL les séances de sensibilisation de proximité à l'endroit des jeunes déscolarisées ont permis d'atteindre 12644 en 2006 sur une population cible totale attendue de 50641 personnes ; ce chiffre est passé à 18 747 en 2007.

Dans le but de contrôler l'infection à VIH, l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos, a mis en œuvre un projet de prévention le long de l'axe reliant les 05 pays ciblant les routiers, les corps habillés, les travailleuses de sexe et leurs clients. La mise en œuvre des activités sur le terrain incombe prioritairement aux Comités Frontaliers de Lutte contre le Sida, aux ONG/Associations et aux Organisations à Base Communautaires pour la réalisation des activités IEC/CCC dans les différents sites frontaliers du projet au profit des groupes cibles. Sur 721 personnes dépistées (188 TS et 533 routiers), la prévalence globale de l'infection par le VIH est estimée à 1,3% chez les routiers et à 20,7% chez les TS.

### *Campagnes mass media*

Elles consistent en des émissions radiophoniques et production de magazines sur la sexualité des jeunes scolarisés (Amour et Vie) ; il s'agit de :

- la mise en place d'une radio et d'une chaîne de télévision pour les jeunes animées par eux-mêmes (ADO-FM) avec l'appui de l'UNFPA ;
- l'affichage de panneaux géants ciblant les populations mobiles ;
- la formation des enseignants et introduction des curricula portant sur le VIH/SIDA dans les écoles primaires et secondaires (nombre d'enseignants formés et nombre d'écoles primaires). Une étude sur l'impact de ces enseignements sur le comportement des jeunes est en cours et pourra déboucher sur une révision éventuelle des curricula de formation.

Il est à noter que des clubs anti-sida sont également mis en place dans certains établissements scolaires du pays avec le concours de l'Unité Focale du MEPS et du PSI. On compte aujourd'hui, 307 Clubs anti-Sida fonctionnels. L'Unité Focale de Lutte contre le Sida du MJSL grâce à ses interventions a installé 7 Clubs de Jeunes et de Loisirs (CJL) qui offrent des services d'information, d'écoute et de conseil au profit des Jeunes. Ces clubs sont animés par des directeurs et animateurs qui sont au nombre de 83. L'objectif est de couvrir progressivement toutes les 77 Communes du pays. Enfin, des Clubs EPD (éducation en matière de population et développement) ont été formés sur le VIH dans 37 établissements par la Direction de l'inspection pédagogique du MEPS pour le renforcement de leurs capacités en communication de proximité.

#### ■ Promotion de l'utilisation des préservatifs

Le marketing social des préservatifs est assuré principalement par PSI/ABMS. En dehors des autres sources de distribution de préservatifs, PSI/ABMS seul a distribué 8.845.440 unités de préservatifs à travers 17.880 points de vente installés sur le territoire national en 2006. D'octobre 2006 à octobre 2007, le PSI/IMPACT a vendu 9.436.800 préservatifs (Rapport PSI/IMPACT octobre 2006-octobre 2007) soit 102% de réalisation par rapport à ses prévisions. De cette même source, au sein des Forces Armées du Bénin appuyées par les partenaires ont distribués 720.000 préservatifs dans le réseau au cours de la même période.

D'octobre 2006 à décembre 2007 un apport complémentaire de 1.989.200 condoms a été apporté par l'UNFPA et distribués aux acteurs publiques et ONGs.

En 2007, l'ONG MdM dans le cadre de la mise en œuvre de la composante communautaire à travers ses partenaires a distribué 33.872 préservatifs.

L'Unité Focale de Lutte contre le VIH/SIDA du MJSL dans le cadre de la mise en œuvre de son programme développe plusieurs activités de prévention telles que la sensibilisation à l'endroit des sportifs et dirigeants dans le cadre des éditions de jeux régionaux, des journées mondiales de lutte contre le SIDA ; la distribution de 5.808 unités de préservatifs au cours de ces activités en 2007. Quant au Projet CCC/SRAJ/VIH du MJSL 86400 ont été condoms distribués pour la même année.

## ■ Prévention de la transmission du VIH par voie sanguine

Les marqueurs sérologiques recherchés sur les poches de sang sont ceux relatifs au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C.

Au cours de l'année 2006, 48 667 poches de sang, tous donneurs confondus (fidélisés ou occasionnels), ont été collectées et testées au VIH et 748 ont été déclarées positives soit 1,5% contre 1,3% en 2005.

Tableau 4.1 : Taux de séropositivité à partir des poches de sang de 2001 à 2007.

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de poches de sang testé	43993	50454	54116	62949	57380	48667	36306
Taux de positivité à VIH (%)	1,5	1,2	1,8	1,7	1,3	1,5	

Source : Rapport de sérosurveillance 2006, PNLS

## ■ Prise en charge des IST

La prise en charge des IST 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 depuis 2005.

Depuis 2006 avec l'appui du programme de Partenariat Stratégique (PPS) de l'OMS il a été réalisé une intégration de la prise en charge des IST aux activités de la planification familiale aboutissant à l'élaboration d'un document de composantes communes PF-IST.

A cet effet 399 agents de santé ont été formés sur la composante commune PF-IST et 505 agents des niveaux périphériques des structures publiques et privées confessionnelles ont été formés à la prise en charge syndromiques des IST

Le PNLS pour favoriser l'accès à la prise en charge des IST sur toute l'étendue du territoire national a procédé à l'extension des Services Adaptés (SA) passant de 13 en 2005 à 36 en 2007.

Des supervisions régulières sont organisées dans les départements pour améliorer la performance des agents de santé dans la prise en charge des IST et améliorer la disponibilité des médicaments en IST.

Le Bénin a commencé l'expérimentation de l'offre de services intégrés IST-CDV-PTME avec le projet IMPACT.

## ■ Prévention de la Transmission Mère- Enfant du VIH

Une évolution dans l'organisation des services PTME a été enregistrée au cours des deux dernières années avec l'extension du programme dans d'autres centres sanitaires du pays. Le nombre de sites PTME est passé de 114 en 2005 à 184 au 30 septembre 2007.

Au 31 décembre 2006, 122 925 femmes ont été reçues en première consultation sur les sites PTME ; 94 442 ont été testées au VIH parmi lesquelles 4473 femmes soit 4,7% sont dépistées séropositives. Des 4473 femmes enceintes séropositives, 2378, soit 53,2%, ont bénéficié d'un traitement ARV pour réduire leur charge virale et diminuer le risque de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

Tableau 4.2 : Répartition par département des gestantes testées positives au VIH dans le cadre de la PTME en 2006

Départements	Nombre de femmes admises en CPN	Nombre de femmes dépistées en CPN	Nombre de femmes enceintes VIH+	Taux de séropositivité (%)	IC à 95%
Alibori	5 001	3 704	63	1,7	1,28 - 2,12
Atacora	8 889	7 675	133	1,7	1,41 - 1,99
Atlantique	12 692	9 299	953	10,2	9,58 - 10,82
Borgou	14 179	12 876	272	2,1	1,85 - 2,35
Collines	3 444	2 473	45	1,8	1,28 - 2,32
Couffo	5 088	4 175	374	9,0	8,13 - 9,87
Donga	5 623	4 451	99	2,2	1,77 - 2,63
Littoral	35 116	21 607	1 704	7,9	7,54 - 8,26
Mono	5 155	4 030	153	3,8	3,21 - 4,39
Ouémé	7 981	6 496	343	5,3	4,76 - 5,84
Plateau	4 858	4 906	110	2,2	1,79 - 2,61
Zou /	14 899	12 750	224	1,8	1,57 - 2,03
<b>Bénin</b>	<b>122 925</b>	<b>94 442</b>	<b>4 473</b>	<b>4,7</b>	<b>4,57 - 4,83</b>

Source : Rapport sérosurveillance 2006, PNLS

En 2007, le nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH est de 1158 et 629 ont reçu des ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant. La PTME est la principale prévention de la transmission verticale du VIH. Au 31 décembre 2007, le Bénin dispose de 184 sites de PTME répartis dans tous les départements. La couverture géographique reste encore faible (42%).

Afin de contribuer au renforcement des activités de la PTME, le PALS-BAD a appuyé le Programme National de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé dans la formation de 55 agents socio sanitaires provenant aussi bien des maternités des centres communaux de santé, mais également des maternités des arrondissements de tous les départements du Bénin. Les objectifs spécifiques visés par cette formation sont entre autres ; les stratégies de la prévention de la transmission mère enfant du VIH, la législation sur le VIH au Bénin, l'accompagnement psychosocial, les aspects biologiques : algorithme de dépistage pour la PTME, la prise en charge et le suivi de l'enfant né de mère séropositive, la prévention et la prise en charge des accidents d'exposition au sang.

## ■ Dépistage volontaire du VIH

Le CDV constitue l'un des domaines de la lutte contre le VIH les plus appuyés par les partenaires ces deux dernières années au Bénin. Ceci s'est traduit par l'augmentation du nombre de CDV à travers tout le territoire national passant de 28 sites fonctionnels en 2005 à 183 sites en 2007. Deux cent trente sept (237) agents socio sanitaires ont été formés aux techniques de conseil en 2007 sur le financement du Fonds Mondial. En 2007, le document sur les normes et directives en matière de Conseil Dépistage Volontaire (CDV) a été élaboré et la validation est prévue pour le mois de janvier 2008.

Le dépistage volontaire du VIH s'organise autour des sites fixes qui peuvent être soit des sites spécifiques de dépistage soit des sites de prise en charge des PVVIH.

Des campagnes de dépistage mobiles sont également organisées chaque année dans tous les départements du Bénin.

Tableau 4.3 : Évolution du nombre de personnes dépistées de 2002 à 2007

2002	2003	2004	2005	2006	2007
24132	34185	64068	82848*	56083	76853 (sans T4)

Source : Suivi Evaluation PNLS Rapport annuel 2006 et rapport de collecte T1, T2 et T3 au 30 septembre 2007\*

Malgré ces résultats obtenus, quelques obstacles restent à lever :

- les ruptures en réactifs et consommables sur les sites de dépistage
- Insuffisance de CDV réduisant l'accessibilité au plus grand nombre
- La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA

## 4.4.2. Traitement

### ■ Traitement par les ARV

La mise en œuvre de la stratégie de l'accès universel aux soins et traitement a eu pour effet l'augmentation du nombre de site de prise en charge qui est passé de 40 en fin 2005 à 48 en 2006 et fin 2007. En fin 2005 le nombre de PVVIH sous traitement ARV était de 4533, ce nombre est passé à 9624 PVVIH sous traitement ARV en 2006 puis à 12 535 patients sous traitement le 30 septembre 2007.

La prise en charge des PVVIH est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon des critères bien définis.



Tableau 4.4 : Répartition des PVVIH mis sous ARV de 2000 à 2006.

Paramètres	Années						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Prise en charge des adultes PVV de 15 et +</b>							
Adultes sous ARV	200	200	200	500	2300	4892	9264
<b>Femmes enceintes sous protocole PTME</b>							
Monoprophylaxie	500	500	773	850	1660	1025	1975
Triprophylaxie						209	403
<b>Prise en charge des enfants PVV</b>							
Enfant PVV sous ARV				50	150	250	350
Enfant PVV sous CTM				150	200	350	500

Source : Rapport sérosurveillance 2006, PNLs

Au 30 septembre 2007, 9347 patients ont bénéficié d'un traitement pour maladies opportunistes. Selon les rapports trimestriels du PNLs.

#### ■ Prise en charge des coinfectés TB/VIH

Depuis 1990, la surveillance de la co-infection TB/VIH ne se faisait qu'au CNHPP auquel s'est ajouté le CPP Akron de Porto-Novo en 2000.

En 2006, la surveillance de la co-infection est étendue à tous les centres de dépistage et de traitement de la tuberculose du Bénin (CDT) qui sont au nombre de 51 dont 20 mettent les malades coinfectés TB/VIH sous thérapie antirétrovirale. Selon la politique de prise en charge de la co-infection mise en oeuvre par le PNLs et le PNT, le dépistage est systématiquement proposé à tout nouveau malade tuberculeux. Une fois qu'un patient tuberculeux est dépisté positif au VIH, il est mis sous CTM pour la prévention des maladies opportunistes et sous ARV si son taux de CD4 est inférieur à 200.

En 2006, 3 734 tuberculeux toutes formes confondues ont été enregistrés au Bénin dont 2943 à microscopie positive (TPM+). Sur les 3 734 malades, 3 318 ont été testés au VIH dont 494 positifs (15%). Parmi les 494, 337 ont été mis sous ARV.

En 2007, 500 cas de TB/VIH sont enregistrés sur 3378 cas testés au Bénin. Parmi les 500 cas de TB/VIH 157 sont sous ARV.

Tableau 4.5 : Sérosurveillance du VIH chez les tuberculeux de 2000 à 2007.

ANNEES	SEROPREVALENCE	SEROPREVALENCE	SEROPREVALENCE GLOBALE
	CNHPP-COTONOU	CPP-AKRON	
	(%)	(%)	(%)
2000	16,37	3,20	13,79
2001	13,06	12,74	12,96
2002	16,29	12,30	14,84
2003	16,47	24,44	18,48
2004	16,30	7,10	16,68
2005	14,76	5,13	13,82
2006	15,62	10,09	13,58
2007	14,98	12,11	14,09

Source : Rapport annuel 2007, PNT.

#### ■ Promotion de la médecine traditionnelle

Pour contribuer au renforcement de la promotion et de l'intégration de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle dans le système national de santé au Bénin, le PALS-BAD a soutenu la formation de 214 praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) sur la prise en charge des IST et du VIH/SIDA débutée en 2006.

Cette activité s'est poursuivie en 2007 grâce à l'appui technique et financier du PALS-BAD, du Fonds Mondial et du budget national et a touché 794 praticiens provenant de tous les départements.

Les thèmes développés avec les praticiens concernent : l'ampleur des IST et du VIH/SIDA, non pas seulement comme un problème de santé publique, mais comme un problème de développement ; le mode de transmission des IST et du VIH/SIDA ; les principaux moyens de prévention de la maladie ; le diagnostic et la prise en charge psychosociale correcte des IST et du VIH/SIDA ; la référence des cas soumis à leurs compétences au centre de santé le plus proche.

Afin de consolider les acquis des formations, des réunions de concertation nationale et départementale entre praticiens de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne ont été organisées avec l'appui technique et financier du Fonds Mondial et de PALS/BAD. Ces réunions visent à faire le point de la collaboration entre les deux types de médecine, inventorier les pratiques jugées efficace en matière de prise en charge du VIH-SIDA /IST et définir de nouvelles bases de collaboration.

#### 4.4.3. Atténuation d'impact

---

La prise en charge des OEV au Bénin est encore récente. En effet, la réduction de l'impact n'était pas suffisamment prise en compte dans le premier Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005.

Les actions menées en faveur des OEV n'étaient ni harmonisées ni suivies ni véritablement coordonnées. La première conférence nationale sur les OEV a eu lieu en 2004 et un mémorandum a été signé avec les partenaires. En 2005, une analyse nationale de la situation des OEV a été faite. Conformément aux recommandations de l'étude, un document de normes et procédure de prise en charge psychosociale des PVVIH et des OEV et un plan d'action national de prise en charge des OEV dans lequel sont définis une grille de vulnérabilité des OEV et un paquet minimum de services ont été élaborés en 2006. Ainsi au cours de l'année 2006, 14226 OEV ont été recensés dont 9843 sont scolarisés ou en apprentissage contre 6438 en 2005.

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

Afin d'assurer une meilleure coordination des activités de prise en charge psychosociale des OEV et PVVIH, le Ministère de la Famille et de l'Enfant a été responsabilisé en 2007 comme chef de file des activités de prise en charge, de soutien psychosociale et d'appui nutritionnel aux PVVIH et aux personnes affectées y compris les OEV.

Les OEV bénéficient de soins nécessaires en cas de maladies. De même, ils bénéficient avec les autres personnes affectées d'un soutien sur le plan psychosocial. Ce soutien intègre aussi celui spirituel, sanitaire, nutritionnel, vestimentaire, scolaire et même lorsqu'ils sont en situation d'apprentissage ou d'installation après leur formation. Ainsi, l'apport de quelques structures en 2007 méritent d'être cité : appui de 100 enfants par le Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire, 300 enfants par le Ministère de la Famille, 1155 enfants par l'ONG CARITAS dont 1057 scolarisés et 98 apprentis, 359 enfants par l'ONG Action Sociale, etc.

D'autres partenaires se sont investis dans les activités génératrices de revenus ayant permis à certaines familles de réduire l'impact de la maladie. Des formations ont été données aux parents/tuteurs des OEV pour bien exercer les activités génératrices de revenus afin d'assurer l'avenir des enfants. Par ailleurs, des formations sont données aux parents sur la rédaction des testaments afin d'assurer leur succession.

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

Le SP/CNLS avec l'appui de l'UNFPA, de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS a financé la participation des PVVIH au marché communautaire organisé à Ouagadougou au Burkina Faso

#### 4.4.4. Connaissances et évolution des comportements

---

La dernière ESDG a été réalisée en 2005. La prochaine est prévue pour l'année 2008 pour évaluer l'impact des actions de sensibilisation sur le comportement des jeunes. Néanmoins l'Enquête Démographique de santé (EDSB-III) réalisée en 2006 révèle ce qui suit :

- 31% des hommes ont une connaissance complète sur le SIDA contre 14% de femmes
- La connaissance sur le VIH/SIDA est plus élevée au niveau de certains groupes de jeunes à savoir les plus instruits, ceux qui résident en milieu urbain et ceux provenant des ménages riches
- Le département de l'Alibori se caractérise par la proportion la plus faible de jeunes ayant une bonne connaissance du SIDA (17%) contre un maximum de 44% dans le département du Couffo.

Sur le plan comportemental, la proportion de jeunes convaincus que l'utilisation correcte du préservatif peut réduire le risque de transmission du VIH au cours d'un rapport sexuel se situe autour de 74,2%. Par ailleurs, la proportion des jeunes sexuellement actifs des 12 derniers mois qui ont utilisé le préservatif lors du plus récent rapport avec un partenaire commercial ou non est stationnaire chez les jeunes scolarisés et a tendance à s'améliorer chez les jeunes non scolarisés. L'âge médian au premier rapport sexuel est resté stationnaire dans tous les groupes et se situe entre 16,5 et 17,2 ans.

On note enfin une forte implication des communautés dans les interventions relatives au VIH/SIDA à travers l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action de lutte contre le SIDA. Signalons également les nombreux témoignages à visage découvert des PVVIH pour passer des messages au sein des communautés

#### 4.4.5. Participation de la société civile

---

Plusieurs Organisations de la société civile, associations et groupements communautaires y compris les structures confessionnelles sont organisées en réseau et contribuent à la riposte contre l'infection par le VIH. Certaines organisations disposent des centres de soins et de traitement et de soutien aux OEV.

La société civile est active dans les instances de coordination et de prise de décision de structures à charge de la lutte contre le VIH/SIDA (Comité National de lutte contre le SIDA, Comité National de Coordination du Fonds Mondial).

Le Réseau des Associations des Personnes Vivant avec le VIH (ReBap+) est très actif à travers les médiateurs disponibles sur les sites de prise en charge et de PTME, la vulgarisation de la loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH, les instances de coordination et de prise de décision. La société civile (ONG, OBC) a joué un très grand rôle dans le plaidoyer pour un engagement à un très haut niveau politique dans le cadre de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le SIDA 2007 dont le thème est « STOP SIDA. TENONS NOTRE PROMESSE. LEADERSHIP».

Le secteur privé n'est pas resté du reste. En effet, 53 entreprises ont mis en place la Coalition des Entreprises Béninoises et Associations privées pour la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (CEBAC-STP). Les objectifs de la coalition sont :

- Sensibiliser les acteurs du monde du travail sur les problèmes liés aux VIH/sida, tuberculose et paludisme ;
- Faire des plaidoyers en vue d'une meilleure prise en compte des préoccupations du secteur privé ;
- Coordonner et harmoniser les actions de lutte contre les 3 affections au sein des entreprises membres ;
- Mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des actions des entreprises

#### 4.4.6. Droits de la personne

---

Les activités de plaidoyer et de sensibilisation sur la protection et le soutien aux Personnes Vivant avec le VIH et aux personnes affectées ont permis le vote en 2006 de la loi 2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA IST en République du Bénin.

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

Au cours de la période 2006-2007, des efforts importants ont été faits dans le domaines du respect des droits de la personne notamment : le plaidoyer pour le respect des droits des OEV ; le renforcement du cadre législatif national en matière de protection des OEV ; la poursuite de la vulgarisation du cadre législatif national en particulier le code des personnes et de la famille ; l'élaboration du volet OEV de la politique de protection de l'enfant et le code de l'enfant ; la mise en œuvre des directives nationales (paquet minimum de services) pour le soutien, la protection et la participation des OEV ; le renforcement du système d'enregistrement de tous les enfants à la naissance et l'établissement de jugements supplétifs aux enfants non enregistrés ; la réinsertion et/ou réintégration familiale et sociale des OEV.

Par ailleurs, plusieurs actions entrant dans le cadre de la vulgarisation de la loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA IST en République du Bénin ont été menées sur toute l'étendue du territoire nationale en direction de toute la population aussi bien par les organisations de la société civile que par les instances de l'état. La campagne de sensibilisation « Député sur le chemin du Village » est un exemple.

## V. MEILLEURES PRATIQUES

En matière de bonnes pratiques, le Bénin a capitalisé des expériences réussies qui méritent d'être partagées. Parmi celles-ci, on peut citer le leadership au plus haut niveau, l'accès aux soins au sein des communautés et par les communautés, l'éducation par les pairs, informations en milieu des jeunes.

### 5.1. LEADERSHIP AU PLUS HAUT NIVEAU

L'une des faiblesses notées ces dernières années dans la riposte à l'épidémie était la faible implication des responsables au plus haut niveau. Cette situation s'est inversée au cours des deux dernières années où le Bénin a connu une implication effective des décideurs au plus haut niveau de l'Etat. Dans ce cadre, il convient de mentionner la volonté et l'engagement du Chef de l'Etat, Président du CNLS qui s'est traduit par :

- Examen et adoption du Cadre stratégique de lutte contre le VIH et le sida 2007 - 2011 par le Conseil des Ministres sous la Présidence du Chef de l'Etat ;
- Préface et signature du Cadre stratégique par le Chef de l'Etat ;
- Organisation d'une cérémonie officielle de lancement du Cadre Stratégique placée sous la présidence du Chef de l'Etat avec la participation des membres du gouvernement, des institutions de la République, des leaders à tous les niveaux et du Corps diplomatique ;
- Engagement écrit de son option à prendre le leadership de la riposte au sida invitant tout le monde à faire comme lui : « je m'implique dans la lutte contre le VIH et le sida, faites comme moi, soyez leader »;
- Prise de la tête du peloton des manifestations de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida 2007 (Course cycliste, marche des PVVIH, village d'exposition, Cross country....) ;
- Ecoute attentive des personnes infectées et affectées, des autorités en charge de la santé, des acteurs de la réponse et de la société civile par le Chef de l'Etat ;
- Résolutions prises dans le cadre de la lutte contre le VIH et présentation de la vision du Pays au cours des discours sur l'état de la Nation à l'Assemblée Nationale et à la Population à la veille du nouvel an ;
- Participation à la session du CNLS du Burkina Faso pour vivre l'expérience de la réponse au VIH et au sida, de la coordination et du leadership au côté du Président du Burkina Faso avec une forte délégation composée des membres du gouvernement, du CNLS et des acteurs de la société civile avec l'appui de l'ONUSIDA.

Ce sont là autant d'exemples édifiants de l'engagement du Président de la République à s'impliquer véritablement dans la riposte au VIH et au sida au Bénin.

## 5.2. INTENSIFICATION DE L'ACCES AUX SOINS AU SEIN DES COMMUNAUTES ET PAR LES COMMUNAUTES

L'objectif de cette intervention développée par le Projet IST VIH Ahémé (PIVA/MdM) est d'intensifier l'accès aux soins et le dépistage en particulier.

Le dépistage étant un moyen de prévention et un accès aux soins. Ainsi il est à l'interface d'un travail conjoint des communautés, au sein des communautés et par elles mêmes, des acteurs de santé, et de la prise en charge.

La pertinence de l'activité en regard du cadre stratégique national de lutte contre le VIH SIDA 2001-2005 et 2007 2011 est une évidence, puisqu'elle est au cœur des axes de prévention, et de prise en charge.

Le dépistage selon cette approche consiste à mettre en application les objectifs de l'accès universel à la prévention, et appuie la volonté de la décentralisation, en renforçant une approche centrée sur la zone sanitaire, et déployant le service de dépistage dans tous les centres de santé publics de la zone sanitaire pour le rapprocher au plus près des populations bénéficiaires.

Tous les centres de santé ont été visités pour entrevoir les améliorations à apporter en termes de confidentialité, d'amélioration des conditions ergonomiques de travail.

Les acteurs de santé ont été formés aux techniques de counseling, et dépistage. Parallèlement un renforcement de capacité des acteurs communautaires en technique de réalisation de microprojets dont les techniques de communication a été réalisé pour apporter l'information aux populations sur les nouveaux services offerts.

La totalité du personnel qualifié a été formé, en vue de limiter la stigmatisation car chaque acteur de santé peut proposer le dépistage quelque soit le motif d'entrée du client externe. Le second effet est celui de la continuité des services.

La totalité des agents non qualifiés quelque soit leur niveau d'instruction a été sensibilisée aux généralités sur le VIH, à l'éthique et à la confidentialité, avec une information sur la loi portant prévention et prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin.

Des référents communautaires ont été désignés par les médecins coordonnateurs de santé car, techniciens de la santé, ils jouent un rôle d'interface avec les ONG nationales oeuvrant dans le volet communautaire. Le contenu des sensibilisations des ONG est amélioré par l'action conjointe des référents communautaires, ils sont le moyen de remonter l'information sur les autorités sanitaires.

Après deux années d'activités dans les deux zones sanitaires d'intervention de Ouidah et de Comé correspondant à 7 communes, les résultats se présentent comme suit : pendant la première année, 12433 personnes ont bénéficié d'un dépistage volontaire et gratuit, dont 1221 se sont révélées positives ; au cours de la seconde année, 12 630 personnes ont été dépistées dont 1111 sont positives. Les centres de dépistage volontaire ont été installés dans 39 formations sanitaires. La réussite de cette expérience réside dans :

- le dépistage en approche décentralisée dans les deux zones sanitaires d'intervention,
- l'adhésion des communautés à la démarche proposée
- la nécessité absolue d'une décentralisation des intrants utiles à l'activité de dépistage au niveau périphérique.

La population bénéficiaire de la sensibilisation est la population générale. Des activités de sensibilisation sont ciblées sur des publics féminins, ou sur des thèmes ciblés (prévention de la transmission mère enfant), le dépistage est proposé aux clients externes des centres de santé avec une attention particulière aux femmes enceintes. L'éthique est préservée et soutenue par les actions, car la confidentialité est au cœur de l'action, la stigmatisation est en permanence évitée (accueil et entrées indifférenciées des dépistages, dépistage en stratégie avancée évitée), l'amélioration de la qualité des soins est renforcée à travers les actions de lutte contre le sida (hygiène hospitalière, gestion des intrants en générale). Le passage à l'échelle est réalisable.

### **5.3. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT A TRAVERS LES JEUNES PAR L'APPROCHE PAR LES PAIRS**

Cette expérience à travers le projet Amour et Vie vise à améliorer la disponibilité des informations fiables de promotion de la santé de reproduction des adolescents et des jeunes de 15 à 24 ans à travers le magazine « Amour et Vie », l'émission et les clubs Amour et Vie et à rendre pérenne un réseau de pair éducateur utilisant les produits et services du programme jeune de PSI.

Cette expérience s'inscrit au niveau de l'objectif 2 du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2007 - 2011. Elle vise spécifiquement à aider les jeunes de 10 à 24 ans afin que 95% d'entre eux aient une connaissance exacte sur la manière de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et le rejet des principales idées fausses concernant la transmission du virus.

Le programme Amour et Vie organise des émissions radiophoniques interactives hebdomadaires qui sont une tribune de partage d'informations fiables et d'expériences pour les jeunes en matière de leur santé de reproduction. L'émission conçue et animée par les jeunes pour les jeunes implique à toutes les étapes de sa conception les jeunes.

Pour permettre à l'émission d'avoir une bonne couverture du groupe cible, l'écoute et la popularité requise, elle est organisée en français dans les zones de convergence du PSI sur 13 stations privées ou communautaires partenaires du projet IMPACT surtout celles suivies par les jeunes (Ex : Ado FM, Océan FM, Cap FM etc...). Des comités d'écoutes déclinés en clubs Amour et Vie sont créés au sein des collèges et ateliers d'apprentissage par les ONG.

Le Magazine Amour et Vie est un magazine de design jeune, réalisé par les jeunes, pour les jeunes. Il répond aux besoins en information des jeunes en matière de leur santé/sexualité.

Depuis l'année passée, La réalisation du magazine implique d'avantage de jeunes que par le passé. Le nombre de pages pour l'espace nécessaire à l'insertion de ces rubriques et éléments est de 12 pages. Les grands thèmes des 4 numéros sont choisis au début de l'année scolaire à base des études, des témoignages et des lettres des lecteurs etc....

Toutes les activités liées à l'émission et au magazine sont gérées par 16 jeunes volontaires de 15 à 23 ans.



## **L'éducation par les pairs en utilisant le magazine et l'émission comme support didactique**

Le réseau de distribution du magazine coordonné par les clubs Amour et Vie mis en place dans les zones de convergence de PSI-Bénin a permis d'assurer son accessibilité facile au groupe cible. Ces clubs sont dans le cas où c'est possible des structures scolaires mises en place par l'UFLS/MEPS et sont briefés/formés à cet effet. Ils ont pour principales responsabilités la coordination de la distribution du magazine, la pige des émissions radiophonique, la contribution à la réalisation de ces supports et l'utilisation des marges bénéficiaires faite sur les recettes de vente pour organiser des activités de communication inter personnelles utilisant l'émission et le magazine comme supports didactiques sous la supervision de l'équipe de PSI.

En terme de résultats atteints, 219 Comités installés dans les collèges de nos zones de convergence, 194 émissions radio réalisées diffusées et rediffusées, 180 000 Exemplaires de Amour et Vie distribués dans les collèges.

### **1. Leçons apprises**

- Constat de l'existence de besoin en information pour les cibles de 10 - 24 ans sur la santé de reproduction
- Bonne collaboration entre l'UFLS du ministère de l'éducation et PSI
- L'effet boule de neige de la circulation de l'information dans le système de paire éducation
- La forte participation des parents
- Manque de leadership au niveau des autorités scolaires

### **2. Prise en compte de la dimension genre**

Toute la stratégie et surtout les thématiques développées sur les émissions visent à corriger les inégalités liées au genre à travers le développement de sujets qui sont restés jusque là tabou.

### **3. Replicabilité**

Le fait de mettre les acteurs au cœur de la stratégie vise un transfert de compétence à la base pour la gestion future des activités. A cet effet, PSI à travers ses ONGs partenaires aident au renforcement de capacité de ces acteurs pour une intervention efficace et efficiente.

#### 5.4. RIPOSTE LOCALE POUR UNE APPROPRIATION COMMUNAUTAIRE DE LA LUTTE

Le BHAPP (Benin HIV/AIDS Prevention Project) est un projet d'assistance technique au Programme National de Lutte contre le Sida et aux efforts décentralisés et multisectoriels de contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA au Bénin. A travers son volet communautaire, il a pour objectifs de :

- Développer une réponse locale efficace de la lutte contre les IST/VIH/SIDA et appropriée par les communautés à travers le renforcement de la capacité d'intervention des acteurs.
- Réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA au sein des groupes à hauts risques.

- **Pertinence de l'action par rapport au cadre stratégique national**

Cette composante communautaire vise une riposte locale plus efficace face à la pandémie à travers le renforcement des capacités d'intervention des acteurs dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA et cible les jeunes déscolarisés ou non scolarisés, les travailleuses de sexe et leurs clients, les routiers. Les Elus Locaux, les leaders d'opinion, les centres de santé, les OSC notamment les ONG sont mis au centre de la lutte au niveau communautaire.

- **Activités réalisées et résultats atteints**

Les activités peuvent être regroupées en quatre grandes catégories : i) Autoévaluation communautaire par les communautés, ii) Formation des acteurs, iii) Financement des activités de CCC au bénéfice des groupes cibles, iv) Appui-conseil pour la mise en application des acquis des formations, v) Echange d'expériences entre les partenaires et le vi) Suivi-évaluation.

Au total, 27 ONG dont 06 ONG partenaires techniques ont été formées sur la conduite de l'autoévaluation communautaires, l'identification de micro-projets pertinents réalistes et réalisables, l'approche participative communautaire, les stratégies de CCC, le suivi et l'évaluation des projets. 837 Pairs Educateurs ont été formés et équipés pour mener les activités en direction de leurs pairs. 500 boîtes à images sont mises à disposition des PE dans les centres d'apprentissage, 20.000 Condoms ont été cédés aux groupes cibles et 600 affiches pour appuyer les séances de causeries éducatives. Des échanges d'expériences entre les acteurs au cours des ateliers départementaux ont permis d'identifier les modèles et des meilleures pratiques à valoriser et à diffuser.

- **Les points forts et les leçons apprises**

1. Pour la pérennité de ses actions, le projet a opté de travailler en étroite collaboration avec les acteurs locaux à travers l'approche "Faire faire". Cette stratégie vise le transfert de compétence aux acteurs opérationnels par le renforcement de leurs capacités dans une logique de désengagement progressif qui a permis de leur transférer le pouvoir d'action. Un pool de compétences est ainsi mis à la disposition de tout intervenant dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.
2. La stratégie utilisée a privilégié l'implication de tous les acteurs dans le processus de mise en œuvre des activités. Le personnel de santé et les CIPEC sont fortement impliqués dans le suivi et l'évaluation des activités sur la base des outils élaborés à cet effet.
3. La formation par les pairs a été l'une des stratégies de pérennisation utilisées par le projet.

4. Le plaidoyer a été utilisé pour susciter la mobilisation, l'adhésion et l'appropriation des stratégies par les autorités politico-administratives, des leaders d'opinion, des chefs traditionnels.
5. Le projet travaille en partenariat avec des ONG ayant une bonne assise et une maîtrise des réalités socioculturelles du milieu ; ce qui a permis d'obtenir de bons résultats.

- **La prise en compte de la dimension genre**

Le projet a procédé au renforcement des capacités de groupements de femmes, de l'association faïtière des artisans femmes à travers leur formation et le financement de leurs micro-projets de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Environ 40% des PE formés sont des filles.

- **Respect des aspects éthiques**

Tous les acteurs (ONG, Elus locaux, personnel santé...) impliqués dans la mise en œuvre du projet ont été formés sur l'obligation de respecter les aspects éthiques. Au cours des ateliers départementaux, les acteurs partagent les expériences, les bonnes pratiques, identifient les points forts à consolider et les points faibles à améliorer. Le personnel sanitaire des sites du projet est impliqué dans la mise en œuvre et la supervision des activités s'assurer de la qualité des interventions du respect des aspects éthiques.

- **Répliquabilité**

Le projet a travaillé avec les élus locaux afin qu'ils intègrent et financent dans leur plan de développement des activités de lutte contre le SIDA. Les financements octroyés aux OSC sont de petits montants allant de 700.000 à un million de francs CFA pour une durée de quatre mois pour des activités de communication de proximité intégrant le plaidoyer, les formations de pairs éducateurs, les causeries formatives, les rencontres d'échanges entre les PE, les suivi et l'évaluation. Une autre stratégie utilisée est la formation des patronnes d'atelier pour former les nouvelles apprenties et procéder au remplacement des PE en fin d'apprentissage.

## **5.5. INTERMEDIATION SOCIALE DES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE (OSC) POUR L'ACCES UNIVERSEL AUX SERVICES RELATIFS AU VIH**

L'évolution inquiétante de la prévalence de l'infection à VIH de 1990 à 1999 (0,3 en 90 et 4,1 en 99), a amené le Bénin à élaborer et adopter un cadre stratégique national de lutte contre le VIH.

Pour concrétiser les actions de ce cadre, le Bénin a obtenu l'appui de la Banque Mondiale pour financer le Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA. (PPLS) Ce projet a pour objectif de ralentir la propagation de l'épidémie du VIH/SIDA et d'atténuer son impact sur les personnes vivant avec le VIH et les personnes affectées.

L'initiative dont nous rendons compte dans le présent texte a été prise pour assurer la mise en œuvre de la composante relative à l'appui aux organisations communautaires et de la société civile. Elle a consisté à utiliser les Organisations de la société civile pour appuyer les organisations communautaires à la base.

## ▪ Objectifs

Appuyer les organisations communautaires dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan d'action de lutte contre le VIH/SIDA

## ▪ Stratégie d'intervention

L'approche utilisée par le Projet Plurisectoriel de Lutte contre le Sida (PPLS) s'inspire de la stratégie « Appui technique pour le développement des activités de lutte contre le VIH/SIDA par et pour les communautés elles mêmes (réponses locales et communautaires) ». de l'objectif général 1 « promouvoir par la communication la prise de conscience et l'appropriation de la lutte contre les IST/VIH/SIDA ».

Pour assurer la mise en œuvre des actions communautaires, celles-ci n'étant pas assez outillées, le PPLS a contractualisé avec 34 OSC, réparties sur toute l'étendue du territoire pour les appuyer à s'organiser dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Des zones d'intervention ont été attribuées à chaque OSC nommé organisme d'appui au lancement des actions communautaires (OAL). Ces OAL ont servi de lien entre les différentes entités entrant en jeu dans la mise en œuvre des activités au niveau des communautés (voir schéma ci après). Elles ont eu des directives pour composer leurs équipes de terrain et dans le processus d'élaboration et d'appui à la mise en œuvre et au suivi des PACLS



## ▪ Activités réalisées

Les OAL dans le cadre de leur contrat, ont eu à réaliser les activités suivantes :

- Plaidoyer en direction des autorités de tous ordres pour obtenir leur adhésion aux activités communautaires de lutte contre le VIH/SIDA.
- Appui à l'élaboration, l'approbation, la mise en œuvre de plus de deux mille (2412) plans d'actions communautaires de lutte contre le VIH/SIDA PACLS dans toutes les communes
- L'appui à la mobilisation et la gestion des ressources.
- L'appui au suivi et à l'évaluation du PACLS

## ▪ Leçons apprises

Après deux ans de mise en œuvre du projet,

- Plus de deux mille (2412) communautés ont été responsabilisées pour la mise en œuvre de leur plan d'action communautaire de lutte contre le VIH/SIDA dans toutes les communes
- Près de cent cinquante mille (150 000) personnes au niveau communautaire ont fait le dépistage volontaire du VIH,
- Sept cent vingt deux (722) personnes infectées et deux mille cinq cent trente deux (2532) personnes affectées (orphelins) ont bénéficié d'un appui au niveau de leur communauté.
- Certains sites de prise en charge par les ARV ont été suscités et accrédités pour rapprocher ce service des patients identifiés au cours des mobilisations communautaires
- Le témoignage à visage découvert a été renforcé et généralisé par l'implication des PVVIH dans les équipes de terrain des OAL.
- Les communautés ont appris à faire une auto évaluation de leurs activités par les cartes

## ▪ Prise en compte de la dimension genre

Dans les directives données et respectées, les comités de gestion des PACLS comprenaient des femmes ; le poste de trésorier leur était spécifiquement réservé plus de deux mille femmes ont été membres des comités de gestion.

Des actions spécifiques pour et par les femmes ont été inscrites dans les PACLS et des émissions radiophoniques ont été faites en direction des femmes.

## ▪ Respect des aspects éthiques

L'utilisation des ressources prévues pour le soutien aux patients a posé des problèmes de confidentialité réglés par la mise en commun au niveau de la commune de ces ressources dans une caisse auprès desquelles les centres de santé se faisaient rembourser les prestations aux PVVIH. Par ailleurs les séances de dépistage en stratégie avancée n'ont pas toujours respectées les normes (cadre de conseil pré et post test ne garantissant pas la confidentialité,

## ▪ Replicabilité

Cette expérience est faite à l'échelle du pays. Pour une bonne réussite un certain nombre de conditions sont indispensables :

- recruter des OSC ayant une certaine expérience dans l'approche participative communautaire et le VIH
- élaborer des directives à l'intention des OSC et les former
- assurer le suivi et le contrôle de qualité des activités menées par les OSC
- assurer le plaidoyer pour un environnement favorable aux activités.

## VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

### 6.1. OBSTACLES

Les différentes activités menées au cours des deux dernières années (2006 - 2007) appellent une analyse articulée autour des points suivants : fonctionnement du cadre institutionnel, mise en œuvre des activités de prévention, couverture des services, suivi et évaluation, etc... En effet, malgré les avancées réalisées dans la mise en œuvre de la réponse à l'épidémie de SIDA au Bénin, de nombreux obstacles et défis doivent encore être adressés.

- **Insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières pour assurer le fonctionnement normal des structures de coordination que sont le Secrétariat Permanent National et ses démembrés à tous les niveaux**

Après cinq ans d'expérience, le cadre institutionnel mis en place à travers le CNLS et son Secrétariat Permanent est devenu avant tout la référence de toutes les grandes actions de lutte contre le VIH/SIDA aussi bien au niveau des acteurs nationaux (secteur public, secteur privé, société civile et organisation/associations communautaires) que des partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux).

Cependant, cette structure de coordination ne dispose pas d'assez de ressources humaines, financières, et matérielles. Cette situation contradictoire affaiblit le leadership du SP/CNLS.

- **Faible capacité des structures décentralisées du CNLS**

Les structures décentralisées qui constituent les relais du CNLS au niveau communautaire sont restées pendant longtemps sans ressources humaines, matérielles et financières. Aussi leurs capacités managériales restent-elles insuffisantes pour leur permettre d'accomplir efficacement les missions qui leur sont assignées.

- **Faible couverture géographique de la PTME**

Sur les 436 maternités que compte le pays la PTME n'est disponible que dans 184 sites soit un taux de couvertures de 42%.

- **Faible couverture du pays en services de dépistage volontaire**

L'objectif du pays étant de réduire de 25% la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans et d'au moins 50% chez les populations vulnérables, le nombre de sites de dépistage est de 183 dont 84 répondent aux normes, ce qui est largement en dessous des besoins.

- **Traitement**

L'un des obstacles majeurs dans le domaine de la prise en charge réside dans la rupture fréquente des ARV et des réactifs.

- Organisation et fonctionnement du cadre institutionnel

Le cadre institutionnel mis en place à travers le CNLS et son secrétariat permanent est devenu avant tout la référence de toutes les grandes actions de lutte contre le VIH/SIDA aussi bien au niveau des acteurs nationaux (secteur public, secteur privé, société civile et organisation/associations communautaires) que des partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux). Des efforts actuellement en cours devront être renforcés afin que le CNLS soit reconnu par tous les acteurs comme étant le dispositif institutionnel fédérateur et comme organe de définition des grandes orientations de la lutte au Bénin. Le rôle capital que joue actuellement le secrétariat permanent du CNLS en imprimant à la lutte un caractère multisectoriel et en assurant également la décentralisation des activités du niveau central jusqu'au niveau village en passant par le département et les communes doit être soutenu et encouragé.

Pour assumer son rôle de coordination, de plaidoyer et de mobilisation des ressources tel que prévu par le décret portant création, organisation et attribution, le SP/CNLS doit renforcer ses capacités en ressources ; ce qui va lui permettre d'être au centre des grandes activités d'orientation nationale pour les cinq prochaines années à savoir : la poursuite de la mise en place du système national unique de suivi et évaluation des activités de lutte contre le sida sur toute l'étendue du territoire national, etc.

En tant que structure fédératrice des différentes initiatives et acteurs impliqués dans la lutte, le SP/CNLS devra affirmer progressivement son leadership au sein de toutes les structures sectorielles et aux partenaires au développement. Le défi majeur reste avant tout la mobilisation des ressources pour assurer le fonctionnement régulier du SP/CNLS. Aussi pour permettre au SP/CNLS de remplir pleinement sa mission, importe - il de renforcer ses capacités en ressources humaines, matérielles et financières.

En effet, on peut dire aujourd'hui qu'au Bénin, la volonté politique au plus haut niveau à soutenir la lutte existe. Ainsi, la lutte contre les IST/VIH/SIDA fait bien partie des priorités du Gouvernement et figure dans la vision et le programme du chef de l'Etat.

Au plan technique, l'approche multisectorielle adoptée par le Gouvernement du Bénin pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA et mise en pratique à partir de 2002, est appropriée et cadre bien avec la stratégie de lutte appliquée dans les autres pays et répond bien aux « Three Ones ».

Toutefois, la volonté doit se traduire de plus en plus à travers un engagement fort. Ce qui permettra à la structure de coordination qu'est le SP/CNLS et ses démembrements d'avoir un leadership fort pour porter à l'échelle nationale la lutte et assurer un meilleur respect des « Three ones ».

Dans ce cadre, depuis deux ans des efforts sont faits pour compléter le personnel technique (cellules communication et information, suivi et évaluation) au niveau du Secrétariat Permanent du CNLS : un assistant en communication, un assistant en suivi-évaluation, et trois agents administratifs ont été recrutés entre 2006 et 2007.

Mais ces efforts sont largement en deçà des besoins exprimés par le Secrétariat Permanent du CNLS. Les grands défis qui restent à relever dans les années à venir, notamment en 2008 sont : le renforcement du leadership du SP/CNLS par son encrage au plus haut niveau, la mobilisation des acteurs et des ressources pour maintenir voire infléchir la tendance

évolutive de l'épidémie, la mise en synergie des différentes actions et le suivi évaluation afin que les différentes structures d'exécution réalisent et rendent compte au CNLS à bonne date des activités prévues dans leurs plans d'actions respectifs, des efforts pour assurer la cohérence et la complémentarité, l'alignement et l'harmonisation au niveau des interventions sur toute l'étendue du territoire national, la poursuite de la mobilisation communautaire autour des activités de prévention et de la prise en charge ainsi que la diffusion des bonnes pratiques, l'arbitrage au niveau des différents projets/programmes pour éviter les doublons dans les interventions et assurer ainsi la couverture de ces dernières sur toute l'étendue du territoire national.

- **Renforcement des capacités des structures décentralisées**

Des efforts ont été également réalisés pour dynamiser les structures de coordination décentralisées par le renforcement des capacités en matière d'équipements (matériels informatiques), de formation (Mainstreaming, leadership, suivi et évaluation) voyage d'étude, etc.).

- **Amélioration de la couverture des services**

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau Cadre Stratégique National une attention particulière sera portée sur le passage à l'échelle des services de PTME, de conseil dépistage volontaire et de prise en charge par les ARV à travers notamment le renforcement des capacités des structures de santé en particulier au niveau décentralisé, la mobilisation et la motivation du personnel, l'amélioration des mécanismes d'approvisionnement et de gestion des stocks.



## **VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT**

Les principaux appuis techniques des partenaires au développement pour soutenir la réponse nationale se résument comme suit :

### **7.1. RENFORCEMENT DU LEADERSHIP ET PLAIDOYER POUR UNE REPOSE PAYS EFFICACE**

- Soutien au fonctionnement du Groupe thématique ONUSIDA élargi à tous les partenaires (préparation et suivi des réunions du GT, rencontres de plaidoyer conjointe...) et du Groupe technique de travail qui a été restructuré depuis deux ans en équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH ;
- Soutien à l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du plan d'appui des Nations Unies à la réponse nationale portant sur la période 2004-2006 ;
- Soutien à l'élaboration du nouveau plan stratégique national de lutte contre le Sida 2007- 2011 ayant pour but d'aller vers l'accès universel pour la prévention et la prise en charge d'ici 2010, avec un appui à la réalisation de la consultation nationale sur l'accès universel ;
- Soutien à l'élaboration du Plan opérationnel budgétisé pour 2007-2011 ;
- Soutien au développement et lancement du plan d'accélération de la prévention pour la période 2006-2007 ;
- Soutien au renforcement des capacités de coordination et de suivi et évaluation du Secrétariat permanent du CNLS ;
- Plaidoyer pour l'engagement des leaders politiques, des communautés de base et des leaders communautaires ;
- Soutien et contribution au renforcement de l'engagement des leaders politiques et la mobilisation communautaire ;
- Soutien à la mise en place et fonctionnement de l'équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

### **7.2. DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT AVEC LA SOCIETE CIVILE, LE SECTEUR PUBLIC, LE SECTEUR PRIVE NOTAMMENT LES PVVIH/SIDA**

- Appui au développement du partenariat avec la société civile et le secteur privé avec un soutien au renforcement des capacités de la société civile notamment: les associations des Personnes Vivant avec le VIH qui se sont constituées en réseau béninois des associations des personnes vivant avec le VIH (RÉBAP +), les ONG (ROBS), le renforcement des capacités des réseaux de jeunes (RABeJ/sida) ;
- Appui au renforcement de la sensibilisation/communication des jeunes et des populations vulnérables à travers les médias et les pairs éducateurs et mobilisation sociale ;
- Soutien à l'Organisation conjointe des campagnes mondiales de lutte contre le SIDA durant les années 2006- 2007 avec une grande mobilisation communautaire et engagement des leaders politiques notamment cette dernière année.

### **7.3. RENFORCEMENT DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DE "THREE ONES", DU SYSTEME NATIONAL UNIQUE DE SUIVI-EVALUATION DE LA REPONSE NATIONALE**

- Appui à la réalisation de la revue conjointe du plan stratégique et l'élaboration du nouveau plan stratégique national 2006-2010, servant de base pour élaborer le 2<sup>ème</sup> plan stratégique ;
- Soutien à la Préparation du rapport UNGASS Bénin et la consultation ONUSIDA sur l'accès universel ;
- Soutien à l'Harmonisation des supports et des indicateurs de suivi-évaluation de la réponse nationale ;
- Appui au renforcement des capacités de coordination et de suivi-évaluation du SP/CNLS : Soutien au développement du système national de suivi évaluation à travers l'élaboration du manuel de suivi évaluation dans le cadre des Three ones ;
- Soutien à la formation personnel chargé de suivi évaluation au niveau central et au niveau décentralisé sur le logiciel CRIS et le système de suivi -évaluation.

### **7.4. PROMOTION ET GESTION DE L'INFORMATION STRATEGIQUE**

- Soutien à l'organisation de l'Atelier de Consensus national sur la prévalence et du rapport de surveillance épidémiologique ;
- Soutien à l'élaboration d'une stratégie de communication pour accompagner la diffusion des nouveaux chiffres de prévalence en 2004 ;
- Diffusion régulière de toutes les meilleures pratiques ONUSIDA à tous les acteurs de la lutte et partenaires ;
- Soutien technique à la réalisation de la Cartographie des ressources du système des Nations Unies en matière d'appui à la réponse nationale : Complètement exécuté, rapports transmis.

### **7.5. MOBILISATION ET FACILITATION DE L'ACCES AUX RESSOURCES TECHNIQUES ET POLITIQUES**

- Soutien au renforcement des capacités techniques du secteur de la santé et secteurs sociaux à travers plusieurs formations au niveau national ou soutien aux ateliers de formation dans la région ;
- Contribution au renforcement des capacités techniques nationales et le développement des directives nationales, protocoles et guides nationaux ;
- Soutien à l'organisation de grandes rencontres de plaidoyer ONUSIDA au Bénin (Pauvreté, Dette et Sida, Sida défi du Millénaire sans précédent..) ;
- Appui à la préparation des grandes rencontres internationales, réunions UNGASS et ABUDJA 2001 et 2006 (participation des délégations nationales de haut niveau).

Les appuis que les partenaires doivent entreprendre dans le cadre de la réalisation des objectifs de UNGASS consistent assurer la continuité des différentes actions déjà entreprises : le renforcement de la mise en œuvre du principe de three one, l'opérationnalisation du cadre stratégique.

## VIII. SUIVI ET ÉVALUATION

La mise en place du système national unique de suivi et d'évaluation est un événement marquant de l'année 2006. Son avènement constitue une étape importante dans la mise en œuvre des « Three ones ». En effet l'existence du système unique de suivi et d'évaluation à l'échelle du pays a offert une opportunité au SP/CNLS de disposer d'un outil très important pour la collecte des informations fiables afin de garantir la transparence dans la gestion des projets/programmes et favoriser la mobilisation des ressources. Il a permis une meilleure opérationnalité des activités de suivi et d'évaluation en temps opportun. Ce dispositif a permis au Secrétariat Permanent de disposer pour l'année 2007 d'un plan d'action annuel multisectoriel consolidé.

Le processus de sa mise en place a démarré en 2005 par la création d'une instance de référence dénommée « Groupe Consultatif de Suivi-Evaluation » chargée de définir les orientations en matière de planification et valider des indicateurs pour le suivi-évaluation de la mise en œuvre du plan national multisectoriel.

Sur une base consensuelle une liste de 19 indicateurs nationaux a été retenue. En 2006, grâce à l'appui financier et technique de la Banque mondiale et de l'ONUSIDA, le manuel opérationnel de suivi et d'évaluation a été élaboré et validé par les partenaires au développement, les acteurs et la société civile. Afin d'opérationnaliser le système, quatre sessions de formation se sont déroulées à travers le pays à l'intention des acteurs centraux, départementaux et de la société civile sur l'utilisation du manuel de suivi-évaluation et sur le logiciel CRIS. L'étape préparatoire s'est poursuivie par l'acquisition du matériel informatique au profit des acteurs départementaux qui constituent un maillon important dans le processus de la collecte, du traitement et de l'analyse des données.

L'opérationnalisation du système qui a démarré par l'évaluation du système de suivi et évaluation existant, l'harmonisation des outils primaires de collecte de donnée au plan national, le lancement de la phase pilote de collecte de données en 2007 augure une perspective heureuse pour le SP/CNLS dans la gestion transparente des projets et programmes de lutte contre le VIH/SIDA

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

- Elaboration et validation des plans opérationnels budgétisés
- Elaboration et validation des plans de suivi
- Suivi/supervision de la mise en œuvre des plans d'action
- Appui à la Collecte des données
- Soumissions de fiches de suivi mensuels et rapports trimestriels

- Saisie des données (techniques et financières) au niveau de la cellule de suivi et évaluation du SP/CNLS
- Supervisions conjointes des aspects techniques et financiers des projets et programmes par le SP/CNLS, les partenaires financiers et technique et les responsables en charge des projets
- Elaboration de rapports annuels de chaque projet et programme et intégration dans le rapport annuel du SP/ CNLS.

Actuellement le Bénin dispose d'une surveillance épidémiologique renforcée à travers une surveillance sentinelle disponible au niveau de tous les départements, une surveillance combinée périodique au niveau des groupes cibles (jeunes, travailleuses du sexe, hommes en tenus et routiers ...) et des Enquêtes Démographiques Sanitaires + VIH (EDS+) au niveau de la population générale dont les jeunes et travailleurs, etc.

La mise en œuvre du suivi des activités d'IST/VIH, de la surveillance épidémiologique, des études et recherche a permis de fournir des données pour alimenter le système d'informations national.

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

Afin d'améliorer les indicateurs relatifs à la situation du VIH/SIDA à travers la séro surveillance de l'infection à VIH et des IST, le PALS-BAD a appuyé le renforcement des capacités du personnel 131 personnes dans les techniques de surveillance de seconde génération.

La formation a été organisée en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé et l'appui technique de l'OMS.

Dans ce cadre, une session de 25 formateurs nationaux a été organisée suivi de quatre sessions de formation de 106 agents de santé provenant de tous les départements du Bénin.

La formation a embrassé les thèmes tels que : Vue d'ensemble de l'épidémie de l'infection à VIH et introduction de la surveillance en santé publique ; la surveillance du VIH ; la surveillance des comportements ; la surveillance des IST ; les méthodes de projection et d'estimation. Cependant des défis restent à relever :

- l'opérationnalisation du système national unique au niveau périphérique,
- la généralisation du CRIS,
- le renforcement des capacités des structures décentralisées en ce qui concerne l'utilisation des outils de suivi et évaluation,
- l'intégration du système de suivi et évaluation au SNIGS,
- le recrutement de personnel qualifié au profit des structures décentralisées.

Afin de mieux assurer une gestion axée sur les résultats quelques mesures sont prévues pour relever ces défis :

- l'opérationnalisation du système au niveau le plus décentralisé,
- la mise en place d'un dispositif permettant l'utilisation de l'information aux niveaux décisionnels,
- le recrutement de ressources humaines compétentes en suivi et évaluation,
- l'acquisition de matériels informatiques au profit des structures au niveau périphérique
  - Reportage informatique des données,
  - Centralisation/agrégation des données
  - Transfert des données
  - Traitement et analyse des données
  - Cartographie de l'information

Le système d'information informatisé qui est entrain d'être mis en place va permettre d'assurer la gestion informatisée des données aussi bien du SP/CNLS que des différents programmes et projets

- du renforcement du niveau décentralisé sur les procédures et le remplissage des outils standardisé du Système National
- de la mise en place d'un dispositif renforçant la collecte régulière des informations au niveau national, départemental, communal et des interventions communautaires avec l'identification de gestionnaires de données au niveau des unités opérationnelles pour l'amélioration de la collecte, de la centralisation des données mais surtout du traitement et analyse de l'information.
- De la mise en œuvre d'un processus d'assurance qualité des interventions et de documentation des bonnes pratiques pour mieux les partager ;
- De la mise en œuvre d'un plan de dissémination et de partage des produits d'informations du Système suivi et évaluation National ;
- De l'amélioration de la performance du système national unique de suivi-évaluation qui devra bénéficier d'une Assistance Technique conséquente.

## **ANNEXES**

- **ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida**
  
- **ANNEXE 2 : Questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales**