



COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

# RAPPORT UNGASS BENIN

## 2005



**COMITE DE REDACTION DU RAPPORT UNGASS**

**COORDINATION DE LA REDACTION**

**MEDEGAN KIKI FAGLA Valentine - SP/CNLS**

**CHAKKAR Yamina Coordonnatrice ONUSIDA Bénin**

**EQUIPE DE REDACTION**

**AKOTONOU Geneviève - SP/CNLS**

**AMEGNIGAN Jonathan - SP/CNLS**

**ATTOLOU Serge - PSI**

**EKANMIAN Gatién - ONUSIDA**

**IDOHOU Moucharafou – OIT/USDOL**

**KOUTON Etienne - CEFORP**

**KPATCHAVI C. Adolphe – SP/CNLS**

**NOUANTIN Bruno - INSAE**

**SECK Karim - BHAPP**

**SEMEGAN Barthélémy - PNL**

**SOSSOUKPE Victorin – SIDA 3**

**TCHOBO Fatchéoun - SP/CNLS**

**TROUGNIN Victor – SP/CNLS**

**ZEKPA Isaie - SP/CNLS**

## SOMMAIRE

1	COUP D'ŒIL SUR L'ETAT DE LA SITUATION.....	6
2	VUE D'ENSEMBLE DE L'EPIDEMIE DU SIDA AU BENIN .....	7
2.1	Présentation générale du pays.....	7
2.2	Situation épidémiologique du VIH .....	9
3	LA RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE.....	18
	Grandes lignes des interventions de la lutte contre le VIH/SIDA.....	18
3.1	Renforcement du cadre institutionnel .....	18
3.2	Communication pour le Changement de Comportement et Promotion de l'utilisation des préservatifs .....	19
3.3	Prise en charge des IST .....	22
3.4	Prévention de la Transmission Mère- Enfant du VIH.....	22
3.5	Prise en charge des PVVIH par ARV .....	23
3.6	Prévention de la transmission du VIH par voie sanguine .....	25
3.7	Prévention du VIH sur les lieux de travail .....	25
4	PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRÉS ET ACTIONS NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE LES BUTS/OBJECTIFS.....	26
4.1	Les difficultés d'ordre institutionnel.....	26
4.2	Difficultés liées à la mise en œuvre .....	26
4.3	Actions nécessaires .....	27
5	APPUI NÉCESSAIRES DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMEMNT DANS LE PAYS.....	28
6	CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION .....	32

## ANNEXES

**Annexe 1** : Processus de consultation/de préparation pour le rapport national de surveillance du suivi de la *déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*

**Annexe 2** : Questionnaire sur l'indice composite des politiques nationales (via le CRIS)

**Annexe 3** : Formulaire de déclaration nationaux pour les indicateurs sur les programmes, les connaissances, les comportements et les impacts (via le CRIS)

## **DEFINITION DES SIGLES**

<b>ARV</b>	: Anti Rétro Viraux
<b>BAD</b>	: Banque Africaine de développement
<b>BHAPP</b>	: Benin HIV/AIDS Prevention Program
<b>BM</b>	: Banque Mondiale
<b>CCLS</b>	: Comité Communal de Lutte contre le Sida
<b>CDLS</b>	: Comité Départemental de Lutte contre le Sida
<b>CIPEC</b>	: Centre d'Informations et de Prise en Charge
<b>CNLS</b>	: Comité National de Lutte contre le Sida
<b>CRIS</b>	: Country Ripost Information System
<b>CRS</b>	: Catholic Relief Services
<b>CVLS</b>	: Comité Villageois de Lutte contre le SIDA
<b>FM</b>	: Fonds Mondial
<b>IST</b>	: Infection Sexuellement Transmissible
<b>MCAT</b>	: Ministère de la Culture, de l'Artisanat et du Tourisme
<b>MCPD</b>	: Ministère Chargé de la Planification et du Développement
<b>MDM</b>	: Médecins Du Monde
<b>MESRS</b>	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
<b>METFP</b>	: Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
<b>MFPSS</b>	: Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité
<b>MFPTRA</b>	: Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative
<b>MSF</b>	: Médecins Sans Frontières
<b>MSP</b>	: Ministère de la Santé Publique
<b>OAL</b>	: Organisation d'Appui au Lancement
<b>OC</b>	: Organisation Communautaire
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	: Agence des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida
<b>OSC</b>	: Organisation de la Société Civile
<b>PACLS</b>	: Plan d'Action Communautaire de Lutte contre le SIDA
<b>PASNALS</b>	: Projet d'Appui à la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA

<b>PDC</b>	: Plan de Développement Communal
<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>PVIH</b>	: Personne vivant avec le VIH
<b>SIDA</b>	: Syndrome Immuno Déficitaire Acquis ou Syndrome d'Immunodéficience Acquis
<b>SP/CNLS</b>	: Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida
<b>SPN</b>	: Secrétariat Permanent National
<b>UFLS</b>	: Unité Focale de Lutte contre le Sida
<b>UNFPA</b>	: Fonds des Nations Unies pour le développement
<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

# 1 COUP D'ŒIL SUR L'ETAT DE LA SITUATION

Le Bénin ne fait pas encore parti des pays les plus gravement touchés par le VIH.SIDA. Sur la population de 7,5 millions d'habitants en 2005, la prévalence du VIH/SIDA parmi les adultes de 15-49 ans est estimé à 2,0% ce qui revient à environ 66 000 personnes séropositives. Il y a de fortes disparités géographiques à l'intérieur du pays. La prévalence en 2004 varie de 0,3% a 3,3% selon les départements. La prévalence est plus élevée dans les groupes spécifiques comme les Travailleuses de Sexe (27,9%) et les tuberculeux (16,7%).

Au Bénin, le VIH est surtout transmis par voie sexuelle (92% des cas) ainsi que de la mère à l'enfant (6%) et seulement dans une moindre mesure par la transfusion sanguine et des pratiques traditionnelles telles que les tatouages, les scarifications, les circoncision ou les excisions (2%)<sup>1</sup>.

L'accès au service de prévention reste encore faible étant donné que les programmes de santé sexuelle (telle que distribution des condoms masculins et féminins, traitement des infections sexuellement transmissibles, dépistage de VIH/SIDA, éducation sexuelle à l'école ; etc.) ne répondent pas aux besoins réels des populations. Toutefois, la loi de la santé de la reproduction du 3 mars 2003 a autorisé aux femmes mariées l'accès aux méthodes de la contraception moderne sans l'autorisation de leur mari.

Le Bénin a officiellement opté pour une stratégie d'accès aux antirétroviraux (ARV) y compris pour les enfants de bas âges en 2001 et le démarrage de la trithérapie a été réelle à partir de février 2002 avec maintenant 43 sites de distribution des médicaments et 4 022 patients sous traitement. Des critères cliniques et biologiques sont établis pour la mise sous traitement, des critères qui distinguent entre les enfants de moins de 18 mois et de plus de 18 mois. A partir de 10 décembre 2004, le traitement par ARV a été déclaré gratuit. Toutefois, une étude récente montre que l'accès reste loin d'être gratuit.

---

<sup>1</sup> PNLS et al, 1998

## 2 VUE D'ENSEMBLE DE L'EPIDEMIE DU SIDA AU BENIN

### 2.1 Présentation générale du pays<sup>2</sup>

La République du Bénin est située entre le Niger et le Burkina Faso au Nord, la République Fédérale du Nigéria à l'Est, le Togo à l'Ouest, et l'Océan Atlantique au Sud avec une façade de 120 km<sup>2</sup>. Elle couvre une superficie de 114 763 Km<sup>2</sup>.

Peu accidenté sur le plan géographique, son relief est constitué d'une bande côtière sablonneuse suivie de deux zones de plateau massif de l'Atacora au nord où tous les fleuves prennent leur source.

On y observe deux types de climat :

- Au sud, un climat subéquatorial caractérisé par deux saisons de pluies (avril à juillet et octobre à novembre), et
- Au nord, un climat tropical, peu humide, avec une saison de pluie (mai à octobre) et une saison sèche (novembre à avril).

Deux grands bassins irriguent le Bénin. Il s'agit du bassin du Niger et du bassin côtier. Le bassin du Niger est arrosé par trois fleuves : le Mékrou, la Sota, et l'Alibori. Quant au bassin côtier, il est beaucoup plus arrosé, notamment par les fleuves Ouémé, Couffo et Mono. Tous ces fleuves du bassin côtier se jettent dans la mer.

La végétation est caractérisée par deux éléments :

- La végétation des régions soudanaises qui est présente dans le nord avec une savanne arborée dominée par le méré, la karité, la caécédrat, le baobab et le kapotier,
- La végétation dégradée du sud du Bénin qui s'étend de la côte jusqu'à la latitude de Setto dans le Zou.

Le long des cours d'eau se développent des forêts et des plantations de teck, d'anacardiens et de manguiers.

Sur le plan administratif, le Bénin est divisé en 12 départements depuis le 15 janvier 1999. Ce sont : l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, le Couffo, les Collines, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau et le Zou.

L'activité économique dominante dans le pays est l'agriculture : elle occupe 56% de la population active. Les principales cultures vivrières pratiquées sont le maïs, l'igname, le manioc, l'arachide, le haricot, le mile et le sorgho. Comme cultures d'exportation, on peut citer le coton, le café, les palmistes et l'huile de palme.

---

<sup>2</sup>INSAE (2001) : Enquête Démographique et de Santé de 2001

Le secteur secondaire contribue seulement pour 13% au produit intérieur brut (PIB) contre 52% pour le secteur tertiaire et 35% pour le secteur primaire.

Le Bénin est classé parmi les pays les plus pauvres où 33% de sa population vit avec moins de un dollars par jour. Le seuil de la pauvreté globale (SPG) qui était établie à 42 075 F CFA par an par tête en 1994-95 est passée en 1999-2000 à 51 513 FCFA, soit un accroissement de 22%. En milieu rural, le SPG est de 74 297 F CFA et de 91 705 FCFA en milieu urbain. S'il est remarqué que la pauvreté sévit plus en milieu rural et péri-urbain, il faut toutefois noter une aggravation de la pauvreté du point de vue de la profondeur et de la sévérité en milieu urbain<sup>3</sup>.

Il a été dénombré par le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de février 2002 une population de 6 769 914 habitants où 38,9% vivent en milieu urbain et à 61,1% en milieu rural. Cette population est majoritairement féminine avec 51,5% contre 48,5% pour le sexe masculin. Le rapport de masculinité est de 94,2 hommes pour 100 femmes. Pour l'année 2005, cette population a été estimée à 7 492 929 habitants<sup>4</sup>.

Sa répartition par grands groupes d'âge montre que les individus de 15 à 49 ans représentent 43,8% dont 23,6% sont de sexe féminin. Par rapport à la population totale, les personnes de 15 à 24 ans représentent 18,0% et 25,6% sont âgées de 25 à 49 ans.

Le taux d'alphabétisme sur le plan national reste encore faible 37,7% en 2002. Un peu moins de 2/3 de la population béninoise est analphabète. On note un déséquilibre de l'alphabétisme en faveur des hommes. Le taux d'alphabétisme des hommes est de 48,2% et celui des femmes est de 28,1% soit un indice de parité du genre 0,58.

Il convient également de noter que le niveau de fécondité au Bénin reste élevé malgré son niveau en baisse. En effet, l'indice synthétique de fécondité est de 5,3 enfants par femme et il est en dessous de l'ISF du Niger en 1998 (7,5), voisin de celui observé au Togo (5,4 en 1998), et supérieur à ceux du Cameroun et de la Côte d'Ivoire (5,2 en 1998) et à celui du Gabon (4,3 en 2000) obtenus à partir des Enquêtes Démographiques et de Santé.

Sur plan sanitaire, la couverture en infrastructures sanitaires en 2004 est de 87% pour les structures de premier niveau (CSA/CSC). Pour les structures de références, elle est de 74% pour les hôpitaux de zone et de 83% pour les CHD<sup>5</sup>. Les structures privées se retrouvent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le profil épidémiologique en 2004 est caractérisé par la dominance des affections endémoépidémiques telles que le paludisme (37% des cas enregistrés), les affections respiratoires aiguës (16%) et les affections gastro-intestinales (7%).

---

<sup>3</sup> Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté au Bénin, 2003-2005, publié en 2002.

<sup>4</sup> INSAE (2002) : Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation de février 2002 au Bénin

<sup>5</sup> Annuaire statistique du Ministère de la Santé Publique année 2004

## 2.2 Situation épidémiologique du VIH

### 2.2.1 Historique sur l'évolution de l'épidémie depuis l'apparition du premier cas

Le premier cas de SIDA est apparu au Bénin en 1985. Selon les données de la surveillance sentinelle mise en place dès 1990, la prévalence de l'infection à VIH n'a cessé de croître passant de 0,3% en 1990 à 4,1% en 1999. Ce système de surveillance était basé sur 11 sites sentinelles tous urbains.

En 2002, une enquête nationale de séroprévalence a été organisée et a porté sur 18.000 femmes enceintes réparties dans 36 communes du Bénin. Cette enquête qui a couvert tant le milieu urbain que rural, a donné une prévalence de 1,9%.

Les leçons tirées de cette enquête ont permis d'améliorer la représentativité des sites de surveillance sentinelles qui sont passées de 11 à 45 répartis tant en milieu urbain que rural. Les sites sentinelles de sérosurveillance sont de deux ordres. Il s'agit des :

- sites de consultation prénatale donc les maternités des formations sanitaires sur toute l'étendue du territoire (CSC, CSA, Centres de santé privés ou confessionnels) ;
- sites de consultations des IST localisés dans les six (06) anciens départements. Cette année, les données des sites IST n'ont pas été prises en compte car le nombre de prélèvements réalisés pendant la période était insuffisant pour une exploitation.

### 2.2.2 La prévalence générale actuelle et son évolution

En 2003 et 2004, la prévalence fournie par la surveillance sentinelle "nouvelle formule" était 2,0%. Le tableau 1 montre que la prévalence de l'infection à VIH estimée en 2003 dans 39 sites sentinelles et celle estimée en 2004 dans 46 sites, se situe au même niveau que celle mesurée par l'enquête nationale de sérosurveillance de 2002.

Tableau 1 : Comparaison des prévalences de l'infection à VIH de 2003 à 2004

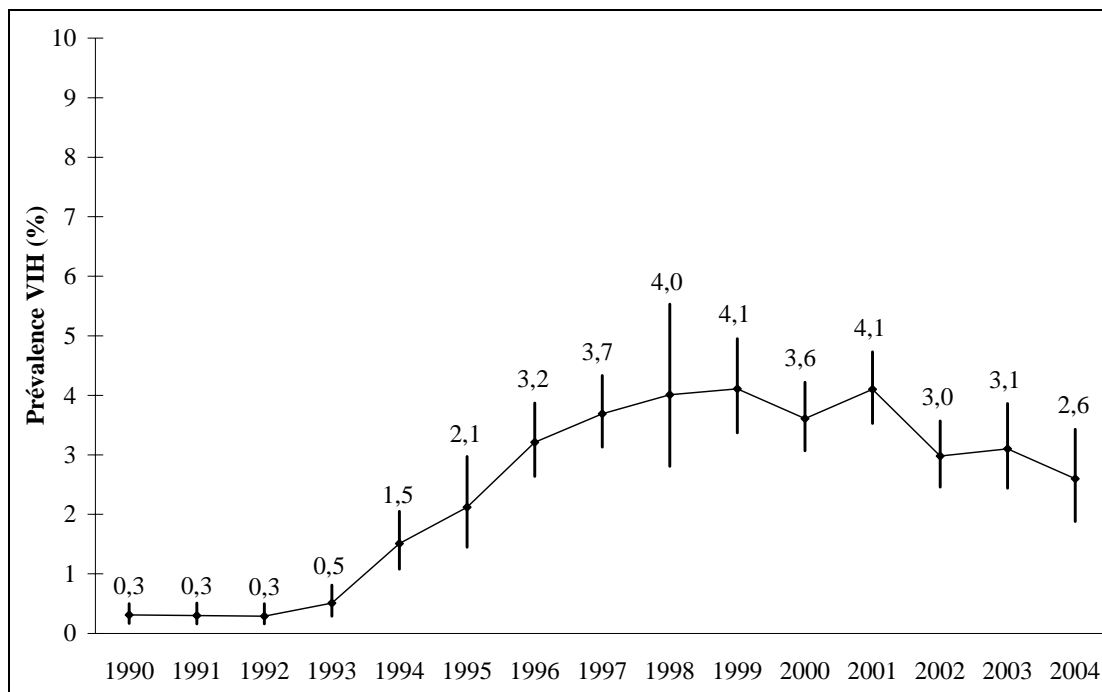
Années	Nombre de sites	Effectifs	Prévalence (%)	IC à 95%
2003	39	9 084	2,0	1,90 - 2,10
2004	46	7 447	2,0	1,89 - 2,03

Source : Rapport Sérosurveillance 2004, PNLIS

La figure n°1 montre l'évolution de la prévalence au niveau des 7 anciens sites sentinelles urbains. Depuis 1996, le niveau de l'épidémie sur ces sites urbains fluctue entre 3 et 4%. La même tendance s'observe à l'échelle nationale. On constate en effet la stabilité de la prévalence pondérée entre 2003 et 2004. Il n'y a pas de différence significative en fonction du milieu de résidence entre 2003 et

2004 (prévalence en milieu urbain : 2,8% versus 2,4% et en milieu rural 1,6% versus 1,3%).

Figure 1 : Evolution de la prévalence du VIH (et IC à 95%) dans les sept sites sentinelles urbains chez les consultant(e)s prénatale(s) du Bénin de 1990 à 2004



Source : Rapport Sérosurveillance 2004, PNLIS

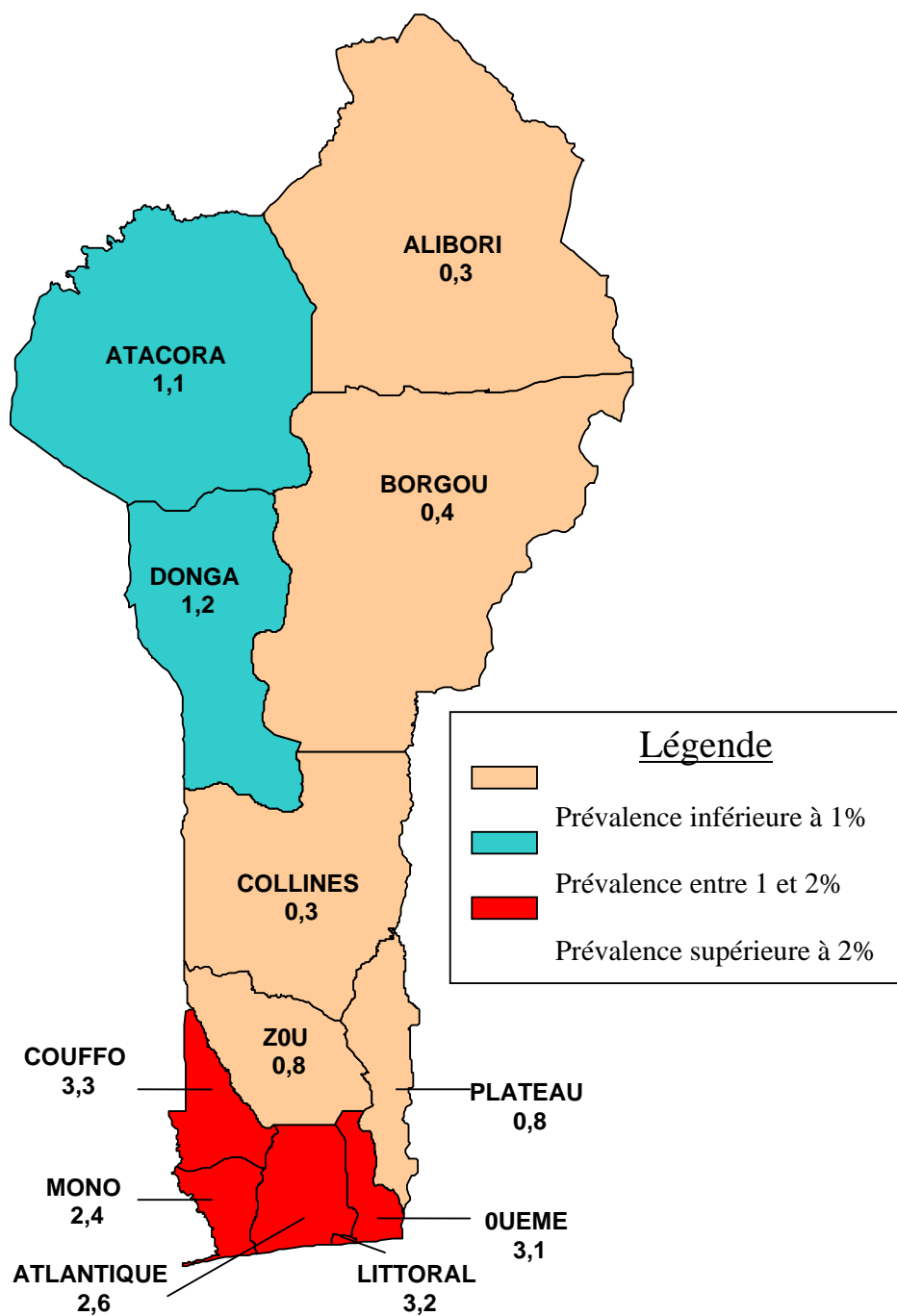
### 2.2.3 Disparités régionales de l'épidémie

La prévalence nationale cache des disparités tant au niveau du milieu de résidence que des départements. Elle est plus élevée en milieu urbain (2,4%) qu'en milieu rural (1,6%).

Selon la classification de l'OMS qui répartit les zones en trois groupes, les départements dont les prévalences sont ici à titre indicatif, sont regroupés en trois catégories :

- les départements à prévalence inférieure à < 1,0% : Alibori, Borgou, Collines, Plateaux et Zou ;
- les départements dont la prévalence est comprise entre 1,0% et 2,0% : Atacora et Donga ;
- les départements qui ont une prévalence supérieure à 2,0% que sont : Couffo, Mono, Atlantique, Littoral et Ouémé.

Figure 2 :\_Classification des départements en fonction de la prévalence VIH selon les normes de l'OMS



Source : Rapport Sérosurveillance 2004, PNL

Tableau 2 : Prévalence de l'infection à VIH par département et selon le milieu de résidence en 2004

Départements	Urbain <sup>a</sup>	Rural <sup>a</sup>	Ensemble <sup>b</sup>	IC 95%
Borgou	0,5	0,3	0,4	0,28 - 0,44
Alibori	1,4	0,0	0,3	0,26 - 0,37
Atacora	2,0	0,6	1,1	1,00 - 1,28
Donga	1,7	1,0	1,2	1,01 - 1,36
Atlantique	2,3	2,8	2,6	2,36 - 2,81
Littoral	3,2 <sup>c</sup>	-	3,2	2,86 - 3,55
Zou	1,9	0,3	0,8	0,54 - 1,08
Collines	1,2	0,0	0,3	0,24 - 0,34
Mono	2,6	2,3	2,4	2,16 - 2,64
Couffo	2,3	3,6	3,3	3,01 - 3,59
Ouémé	3,7	2,5	3,1	2,84 - 3,31
Plateau	1,9	0,3	0,8	0,53 - 1,07
<b>BENIN <sup>d</sup></b>	<b>2,4</b>	<b>1,6</b>	<b>2,0</b>	<b>1,89 - 2,03</b>

<sup>a</sup> Données pondérées selon la répartition par âge de la population ;

<sup>b</sup> Données pondérées selon l'âge et le poids respectif des milieux rural et urbain ;

<sup>c</sup> Cas particulier de Cotonou : milieu urbain exclusif ;

<sup>d</sup> Données pondérées selon l'âge, le poids respectif des milieux rural et urbain et le poids démographique des départements.

Source : Rapport Sérosurveillance 2004, PNLS

#### 2.2.4 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.

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

La prévalence estimée en 2004 (27,9%) est deux fois plus faible que celle de l'enquête nationale organisée en 1999 (55%).

Selon les résultats préliminaires de l'ESCB organisée en Novembre 2004, la prévalence de l'infection à VIH au sein de ce groupe à risque est estimée en 2004 à 27,9% avec des variations régionales notables comme le montre le tableau 3. Quel que soit le département, au moins 20% des TS enquêtées sont infectées par le VIH. Dans les départements de l'Ouémé/Plateau et de l'Atlantique/Littoral, trois TS sur dix sont infectées par le VIH.

Tableau 3 : Prévalence estimée chez les TS selon les anciens départements en 2004

Départements	TS enquêtées	Infectées par le VIH		IC à 95%
		Effectif	%	
Borgou / Alibori	240	64	26,7	21,10 – 32,30
Atacora / Donga	121	28	23,1	15,59 – 30,61
Atlantique / Littoral	525	160	30,5	26,56 – 34,44
Mono / Couffo	127	25	19,7	12,78 – 26,62
Ouémé / Plateau	178	60	33,7	26,76 – 40,64
Zou / Collines	84	19	22,6	13,66 – 31,54
<b>Bénin</b>	<b>1275</b>	<b>356</b>	<b>27,9</b>	<b>25,44 – 30,66</b>

Source : Rapport Sérosurveillance 2004, PNLS

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<sup>6</sup>.

#### o Les donneurs de sang

Au cours de l'année 2004, 100% des 58 574 poches de sang collectées, ont été testées au VIH. Parmi elles 1 098 se sont avérées positives au VIH, soit 1,9% contre 2,5% en 2003. Ce taux varie de 1,1% à 2,7% selon les départements.

Tableau 4 : Taux de séropositivité à partir des poches de sang

Années	Nombre de poches de sang testé	Nombre de tests positifs	Prévalence (%)	IC 95%
2003	38 869	988	2,5	2,34 - 2,66
2004	58 574	1 098	1,9	1,79 - 2,01

Source: Rapport Sérosurveillance 2004, PNLS

<sup>6</sup> OCAL (2005), études de base le long du Corridor, volet biologique.

## o Les tuberculeux

L'infection à VIH, constitue un facteur favorisant la résurgence de la tuberculose. Le taux de séropositivité de l'infection à VIH au sein des tuberculeux TPM+ est de 16,7% en 2004 contre 18,5% en 2003. On ne note pas de différence statistiquement significative entre ces deux prévalences.

Le taux de séropositivité de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux bacillifères (TPM+) du Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie de Cotonou et au Centre de Pneumo-phtisiologie d'Akron à Porto-Novo en 2003 et 2004 est présentée dans le tableau 5. Ces deux Centres Départementaux de Traitement drainent environ 50% des malades TPM+ pris en charge au Bénin.

Tableau 5 : Infection à VIH chez les patients tuberculeux TPM+ à Cotonou et Porto-Novo de 2000 à 2004.

Années	Effectifs testés	Nombre de tests positifs	Prévalence (%)	IC 95%
2003	357	66	18,5	14,46 - 22,52
2004	937	156	16,7	14,26 - 19,04

Source : Rapport Sérosurveillance 2004, PNLs

## 2.2.5 Prévalence du VIH chez les personnes dépistées volontairement

Le nombre de personnes ayant accepté volontairement de s'adonner après consentement éclairé au dépistage volontaire va sans cesse croissant comme le montre le tableau 6 ci-dessous. Cela dénote de la prise de conscience de plus en plus forte des populations à connaître leur statut sérologique.

Tableau 6 : Répartition du nombre de personnes ayant accepté volontairement de se faire dépister selon les départements en 2005.

Départements	Ensemble	Nombre de positif	Prévalence
Atacora / Donga	6453	59	0.9%
Atlantique / Littoral	31723	1212	3.8%
Borgou / Alibori	6384	9	0.1%
Mono / Couffo	7167	315	4.4%
Ouémé / Plateau	18994	211	1.1%
Zou / Collines	12127	61	0.5%
Bénin	82848	1867	2.3%

Source : Suivi-Evaluation PNLs, 2005

## 2.2.6 Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Selon le rapport du SNIGS, il a été notifié 33 218 en 2004. La répartition des cas notifiés selon les départements se présente comme suit :

Tableau 8 : Nombre de cas d'IST notifiés en 2004

Département	Nombre de cas	Incidence
Alibori	3623	65,1
Atacora	1846	31,5
Atlantique	3566	41,7
Borgou	3960	51,2
Collines	4030	70,4
Couffo	1192	21,3
Donga	1977	52,9
Littoral	5725	80,6
Mono	1387	36,1
Ouémé	2992	38,3
Plateau	760	17,5
Zou	2160	33,7
<b>Bénin</b>	<b>33 218</b>	<b>46,0</b>

Source : MSP (2004) : Annuaire des Statistiques Sanitaires

Plus spécifiquement en ce qui concerne la syphilis chez les femmes enceintes, la prévalence nationale en 2004 est de 1,1%. Cette prévalence reste relativement faible, proche de celle obtenue lors de l'enquête de 2003 (1,5%).

Tableau 9 : Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes

Année	2003		2004		
	Milieu de résidence	Prévalence pondérée (%)	Intervalle de confiance à 95%	Prévalence pondérée (%)	Intervalle de confiance à 95%
Urbain		1,5	1,4 - 1,6	1,07	0,98 - 1,16
Rural		1,5	1,4 - 1,6	1,12	1,06 - 1,20
Bénin		1,5	1,4 - 1,6	1,1	1,05 - 1,16

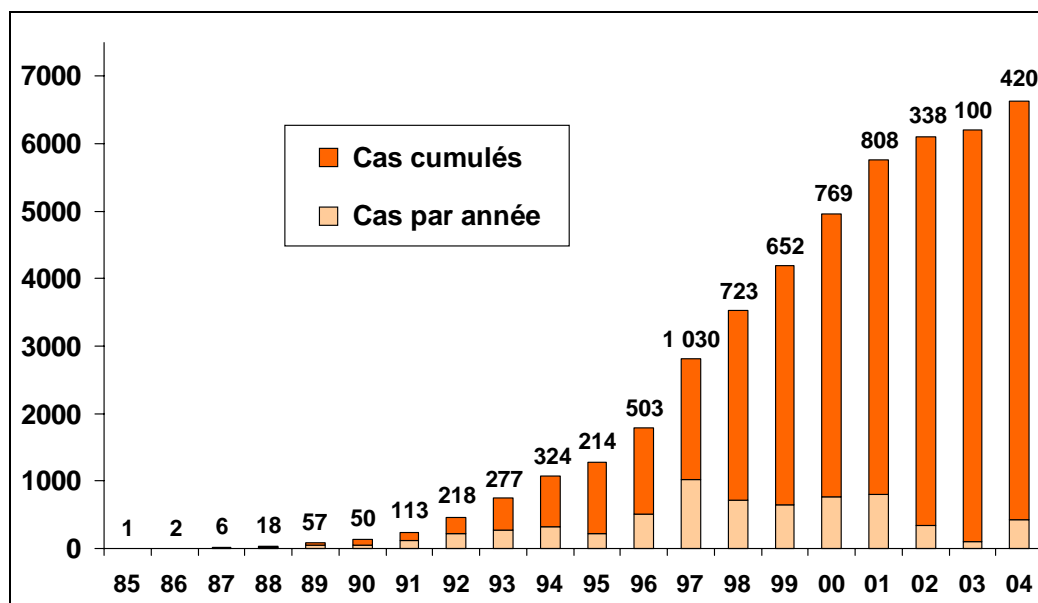
Source : Rapport Suivi-Evaluation PNLS, 2003 et 2004

## 2.2.7 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 2004, ce nombre est de 420 cas.

Depuis l'apparition du premier cas de SIDA, le nombre de cas cumulés s'élève à 6 623 dont 6 203 jusqu'en 2003 et l'évolution de la notification des cas depuis 1985 se présente comme suit :

Figure 4 : Evolution du nombre de cas notifiés de SIDA de 1985 à 2004



## 2.2.8 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 PNL5 ont trait à la transmission du virus et aux conséquences dues à l'infection à VIH. Ainsi en 2004, les chiffres auxquels s'attend le PNL5 sont dans le tableau 10.

**Tableau 10** : Estimations pour l'année 2004 et projection pour 2010

<b>Variables</b>	<b>Estimations 2004</b>	<b>Horizon de 2010</b>
Nombre de personnes vivant avec le VIH / SIDA	79 240	78 255
Enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH	6 350	6 172
Adulte de 15 ans et plus ayant besoin d'ARV	11 643	11 645
Enfant de moins de 15 ans ayant besoin d'ARV	2 003	2 272
Nombre de personnes infectées ayant un besoin récent d'ARV	5 942	5 779
Nouveaux cas d'infection à VIH	7 740	9 510
Nouveaux cas de SIDA	8 270	8 261
Décès dus au SIDA	7 930	8 325
Décès cumulatifs dus au SIDA	52 030	102 590
Enfants de 0 à 4 ans nouvellement infectés	1 948	1 711
Nombre d'orphelins de père ou de mère	43 070	47 750
Nombre d'orphelins de père ou de mère (par fait de SIDA)	6 540	6 650
Co-infection VIH / Tuberculose	13 750	16 223
Espérance de vie à la naissance sans les ARV (en année)	54	56,4
Nombre de femmes enceintes séropositives	7 160	6 294

Source : Suivi-Evaluation PNLIS, 2005

### 3 LA RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE

Le Bénin dispose d'un cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST qui définit les principes directeurs et grandes orientations, les objectifs, les stratégies et les actions prioritaires de lutte contre le SIDA pour la période 2002-2006. Tous les acteurs veillent à son application effective pour infléchir la tendance évolutive de l'infection.

Les axes stratégiques prioritaires du plan stratégique sont les suivants :

- Renforcement du cadre institutionnel avec la création du Comité National de Lutte contre le SIDA multisectoriel incluant la société civile et présidée par le Chef de l'Etat et avec le renforcement du cadre de coordination et du suivi/évaluation pour opérationnaliser le «three ones»
- Extension de la prévention de la transmission sexuelle du VIH avec une intensification des interventions de sensibilisation /communication et la promotion des préservatifs
- Amélioration de la prise en charge des IST par l'approche syndromique et le renforcement des capacités du personnel de santé
- Mise en place du programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH ; l'extension des sites PTME est en cours
- Renforcement de la sécurité transfusionnelle et des précautions universelles pour la prévention de la transmission sanguine, (Renforcement des capacités des laboratoires et des services de transfusion sanguine, formation / sensibilisation du personnel soignant et des acteurs du milieu traditionnel)
- Amélioration du dépistage et de la prise en charge médicale des PVVIH/SIDA (Extension en cours des sites de prise en charge des infections opportunistes et par les ARV) dans le cadre du « Three by five »
- Développement de la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées (Prise en charge à base communautaire à travers les ONG et les médiateurs, soutien aux Orphelins et Enfants Vulnérables)
- Développement de la surveillance épidémiologique de deuxième génération avec l'amélioration de la sérosurveillance sentinelle par l'extension aux sites ruraux, l'étude d'autres groupes de surveillance (IST, TS, routiers) et la surveillance comportementale

#### *Grandes lignes des interventions de la lutte contre le VIH/SIDA*

##### **3.1 Renforcement du cadre institutionnel**

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 le cadre stratégique nationale de la lutte contre la pauvreté (DSRP) et dans le cadre des initiatives pour les pays pauvres très endettés (PPTÉ).

Le Conseil des Ministres a pris des mesures concrètes pour renforcer la lutte contre le VIH/SIDA en dégagant 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 PPTE).

Le processus d'intégration de la dimension du VIH continue par le renforcement de la capacité institutionnelle de mise en œuvre, par des consultations et discussions avec des groupes plus structurés, syndicats, Associations patronales, par l'adoption par le Gouvernement et l'intégration de la dimension VIH/SIDA dans le document intérimaire DSRP.

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.

### ***3.2 Communication pour le Changement de Comportement et Promotion de l'utilisation des préservatifs***

Plusieurs acteurs parmi lesquels on peut citer PSI/ABMS, le Projet Corridor, le Projet Africare/BHAPP, le Projet SIDA 3, le PPLS, le PASNALS et les UFLS interviennent dans ce domaine pour appuyer le PNLs.

#### **3.2.1 Interventions en direction du grand public**

##### *a) Mobilisation de masse*

Les activités de mobilisation de masse sont organisées à l'occasion des journées mondiales du SIDA et des grands rassemblements traditionnels ou religieux. Par ailleurs, 1 560 villages répartis dans 57 Communes sur les 77 que compte le pays ont bénéficié de campagnes de sensibilisation à travers près de 2.000 Plans d'action communautaires de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Ces plans, élaborés par les Communautés ont permis de mobiliser directement 10.000 personnes dont 3.000 femmes ainsi que des autorités administratives locales, des sages et des notables.

Marketing social des préservatifs : PSI/ONG a distribué 9.580.800 unités de préservatifs à travers 16.000 points de vente installés sur le territoire national en 2004.

##### *b) Campagne mass media*

En collaboration avec les radios nationales et communautaires (émissions radio Amour et Vie). Dans ce domaine, le PNLs a signé des conventions avec 24 radios communautaires dont les animateurs ont été formés pour réaliser des émissions interactives au profit des populations couvertes. Six (06) documentaires audio visuels ont été réalisés et sont 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.

### **3.2.2 Intervention en direction des groupes à risque**

#### *a) Activités de sensibilisation de proximité*

Les activités de sensibilisation ont été réalisées à travers la stratégie de pairs éducateurs en collaboration avec les ONG et associations communautaires. Au cours de la période 2004-2005, 2.692 pairs éducateurs ont été formés. Un programme de communication de proximité a été développé dans le Borgou à travers les services à base communautaires offerts par 62 relais communautaires formés. Des activités de communication anti VIH/SIDA ont été menées au niveau des frontières du Togo (Hillacondji) et du Nigeria (Sèmè Kraké).

#### *b) 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 (ADO-FM) ;
- 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 formes et nombre d'écoles primaires).

Il est à noter que des clubs anti-sida sont également mis en place dans la majorité des établissements scolaires du pays.

### **3.2.3 Impact des interventions**

Les données du BSS 2004 permettent d'apprécier les tendances évolutives des comportements, notamment chez les jeunes et les camionneurs. Ainsi, la proportion de jeunes pouvant citer au moins 3 moyens corrects de prévention d'infection à VIH connaît une évolution positive en milieu scolaire alors qu'elle est restée stationnaire et faible chez les jeunes non scolarisés. Cette tendance s'observe aussi bien en milieu rural qu'urbain. Ce niveau est globalement faible pour l'ensemble des jeunes.

Sur le plan du comportement sexuel 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.

**Tableau 1 : LES INDICATEURS DU BSS-BENIN 2001 & 2005 – ENSEMBLE BENIN**

N°	Indicateur	Définition	15-24 ans							
			Elèves/Étudiants				Non scolaires			
			Garçons		Filles		Garçons		Filles	
			2001	2005	2001	2005	2001	2005	2001	2005
1	Connaissance des moyens de prévention du VIH (utilisation du condom, fidélité, réduction du nombre de partenaire)	Proportion de gens pouvant citer au moins trois moyens corrects de protection contre l'infection par le VIH	20,0% (322/1609)	31,4% (442/1406)	26,0% (414/1593)	33,5% (479/1428)	10,1% (157/1548)	10,3% (140/1365)	20,8% (617/2962)	9,1% (125/1379)
12	Utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire commercial	Proportion des actifs sexuels des 12 derniers mois ayant utilisé de condom lors du plus récent rapport sexuel avec un partenaire commercial dans la période	63,6% (28/44)	54,8% (17/31)	60,0% (33/55)	46,3% (31/67)	65,2% (45/69)	65,3% (49/75)	52,8% (149/282)	57,0% (73/128)
12b	Utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non commercial	Proportion des actifs sexuels des 12 derniers mois ayant utilisé de condom lors du plus récent rapport sexuel avec un partenaire non commercial dans la période	59,1% (298/504)	59,5% (285/479)	53,1% (358/674)	51,8% (342/660)	38,5% (205/532)	42,0% (232/552)	27,7% (415/1502)	36,8% (255/693)

### 3.3 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. Elle est également assurée dans les structures de santé privées et confessionnelles.

Au plan de la coordination et de l'organisation des activités de lutte contre les IST, un document de normes et procédures de prise en charge des IST a été élaboré en 2004 et mis à la disposition des gestionnaires des services de santé. Par ailleurs, le kit de formation a été également révisé en 2004 afin de mieux répondre au standard de formation des adultes. Enfin, les algorithmes de prise en charge des IST ont été révisés en 2005 pour tenir compte des nouvelles recommandations de l'OMS et de l'évolution du profil épidémiologique des IST au Bénin.

Ainsi, en matière de renforcement des capacités, 61 agents (médecins, sages-femmes et infirmiers) ont été formés en compétence de formation clinique tandis que 45 agents des mêmes catégories ont été formés à la supervision.

Près de 500 agents des niveaux périphériques des structures publiques et privées confessionnelles ont été formés à la prise en charge syndromiques des IST

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

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

Un cadre institutionnel et réglementaire relatif aux interventions PTME a été mis en place par arrêté ministériel en juin 2003. En mai 2005, 114 maternités sont concernées par la PTME et il est prévu une extension du programme dans d'autres centres sanitaires du pays.

La PTME qui n'existait pas en 2002 est opérationnelle dans plusieurs maternités ou sites dans notre pays. Ainsi, à la fin de l'année 2004, 45 sites sont déjà mis en place dans 20 zones sanitaires sur les 34 que compte notre pays.

Tableau : Prévention de la Transmission Mère - Enfant (PTME)

	Nombre de femmes reçues en première CPN (Les 3 premiers trimestres 2005)	Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives en CPN (Les 3 premiers trimestres 2005)	Nombre de femmes séropositives recevant un traitement d'ARV pour la PTME (Les 3 premiers trimestres 2005)
Atacora / Donga	2379	15	9
Atlantique/ Littoral	26874	597	464
Borgou/ Alibori	6718	140	92
Mono / Couffo	4914	184	170
Oueme/ Plateau	4668	132	102
Zou / Collines	5659	103	102
<b>Bénin</b>	<b>51212</b>	<b>1171</b>	<b>939</b>

Source : Service Suivi Evaluation / PNLS 2005

Au 30 septembre 2005, 51 212 femmes sont reçues en première consultation sur les sites PTME ; 1 171 femmes soit 2,28% d'entre elles sont dépistées séropositives dont 939 (soit 80,2%) femmes enceintes dépistées positives pour le VIH 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.

### **3.5 Prise en charge des PVVIH par ARV**

#### **3.5.1 Dépistage volontaire du VIH**

Le dépistage volontaire du VIH s'organise autour des sites fixes qui peuvent être soit des sites spécifiques de dépistage soit de sites de prise en charge des PVVIH. En 2005, 28 sites de dépistage sont installés et sont fonctionnels.

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

Tableau 11 : Évolution du nombre de personnes dépistées de 2003 à 2005

2002	2003	2004	2005
24132	34185	64068	82848*

Source : Suivi Evaluation PNLS Rapport du troisième trimestre, au 30 septembre 2005\*

Quatre vingt (80) agents socio sanitaires ont été formés aux techniques de conseil. Au 30 septembre 2005, 270 agents sont formes au 30 septembre 2005,

En décembre 2004, les normes et directives de prise en charge des PVVIH ont été élaborées par le PNLS et validées par un atelier.

#### **3.5.2 Mise en œuvre de la stratégie d'accès aux antirétroviraux**

Le Bénin a officiellement opté pour une stratégie d'accès aux antirétroviraux (ARV) y compris pour les enfants de bas âges en 2001 et le démarrage de la trithérapie a été réel à partir de février 2002. Le nombre de site est passé de 7 en 2002 à 43 en fin 2005 avec 4 022 patients sous traitement le 30 septembre 2005 (voir tableau 12).

Des critères cliniques et biologiques sont établis pour la mise sous traitement, des critères qui distinguent entre les enfants de moins de 18 mois et de plus de 18 mois. A partir de 10 décembre 2004, le traitement par ARV a été déclaré gratuit. Le PNLS a élaboré et faire valider au cours de l'année 2004, les procédures et normes de prise en charge des PVVIH par ARV.

La prise en charge des PVVIH est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon des critères bien définis. Le nombre de sites de prise en charge est passé de 7 en 2002 à 43 en 2005. 122 médecins, 787 infirmiers et Sages-femmes et 26 techniciens de laboratoire ont été formés à la prise en charge des PVVIH.

Tableau 12 : Nombre de personnes sous ARV selon les départements

Départements	PVVIH sous ARV
Atacora-Donga	204
Atlantique-Littoral	2144
Borgou-Alibori	294
Momo-Couffo	520
Oueme-Plateau	594
Zou-Collines	265
<b>Total</b>	<b>4022</b>

Source : PNLS Bénin, Rapport du troisième trimestre, 2005\*

Au 30 septembre 2005, 6789 patients ont bénéficié d'un traitement pour maladies opportunistes. Selon le rapport du PNLS, au 31 décembre 2004, trois mille cinq cent huit (3.508) patients ont été pris en charge pour les maladies opportunistes.

### 3.5.3 Soutien aux orphelins et enfants vulnérables

Deux mille trois cent soixante quatre (2.364) orphelins et enfants vulnérables ont été recensés à la fin de l'année 2004 sur toute l'étendue du territoire national.

Parmi ce nombre, mille cent vingt six (1.126) sont scolarisés ou en apprentissage et seulement trois cent douze (312) sont insérés dans une famille d'accueil.

Il a été dénombré deux cent quatre vingt sept (287) familles d'accueil dont deux cent vingt deux (222) bénéficient d'appui en produits vivriers.

Au total, mille soixante huit (1068) orphelins et enfants vulnérables bénéficient d'un appui en produits vivriers.

Il est important de préciser, que grâce à l'appui de la Banque Mondiale, de l'UNICEF, de l'ONG Plan Bénin et de Catholic Relief Service (CRS), le SP/CNLS, le MSP, et le MFPSS ont organisé un Atelier National sur la situation des OEV en mai 2004. L'une des principales recommandations de cet atelier a été la réalisation d'une étude sur la situation des OEV.

### 3.5.4 Collaboration avec les tradithérapeutes

La collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle a été renforcée.

Ainsi, 135 tradithérapeutes ont été formés dans le cadre de la formation des formateurs. Les modules de formation ont concerné les généralités sur les IST/VIH/SIDA, le diagnostic, la prévention, la prise en charge psychosociale des malades et la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Cette formation a été réalisée par le MSP appuyée par le PPLS.

Les Partenaires qui soutiennent le Bénin dans les domaines de la prise en charge médicale, psychosociale et nutritionnelle sont l'ONUSIDA, le Fonds Mondial, la Banque Mondiale, l'UNICEF, la Coopération Française, GIP/ESTHER, la Coopération Canadienne, la Coopération Suisse, Africare/BHAPP, MSF, APH/Gohomè, CRS, Plan Bénin et les hôpitaux confessionnels.

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

Durant l'année 2004, 100% des 58.000 unités de sang collectées ont été soumises au dépistage du VIH.

Vingt quatre (24) techniciens de laboratoire ont été formés sur la qualité des prestations et soixante onze (71) autres ont été formés sur le VIH et la sécurité transfusionnelle.

### **3.7 Prévention du VIH sur les lieux de travail**

En 2004, sur financement de l'USAID et du Bureau International du Travail (BIT), le Bénin, à travers le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Reforme Administrative (MFPTRA) a mis en œuvre, un nouveau projet de prévention et de lutte contre le SIDA en milieu de travail. Ce projet dénommé OIT/USDOL a pour but, d'accompagner les Chefs d'Entreprises à mettre en place au sein de leurs structures respectives, des plans d'actions de lutte contre le VIH/SIDA.

Ainsi, au cours de l'année 2004, une déclaration tripartite Etat-Patronat-Syndicat définissant les grandes lignes des actions à mener a été adoptée.

Ainsi, le projet OIT/USDOL a démarré ses activités dans les structures suivantes : SBEE, FLUDOR, IBCG, CODA-Bénin, COLAS, SATOM, CPA, MFPTRA, SOGEA, SCB, ..

Au 31 décembre 2004, 33 UFLS fonctionnelles dirigées chacune par un bureau de 10 membres en moyenne, ont mobilisé plus de 30.000 personnes dans les Ministères, les Institutions de l'Etat, les Offices et les Sociétés publiques et privées.

Les UFLS ont également distribué dans le milieu du travail au profit des personnels des Ministères, des Institutions et des Offices, plus de 500 000 unités de préservatifs masculins.

## **4 PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRÉS ET ACTIONS NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE LES BUTS/OBJECTIFS**

Deux catégories d'obstacles ont été rencontrées dans la mise en œuvre des programmes nationaux : les difficultés d'ordre institutionnel et celles liées à la mise œuvre des actions.

### *4.1 Les difficultés d'ordre institutionnel*

- Faible niveau d'opérationnalisation des principes de "Three one"
- Faible leadership des structures de coordination dans la mobilisation des ressources et dans la mise en synergie des actions menées dans le pays
- Interférence persistante des rôles de l'instance de coordination et les structures d'exécution
- Insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières pour assurer le fonctionnement normal des structures de coordination tant au niveau national qu'au niveau décentralisé.

### *4.2 Difficultés liées à la mise en œuvre*

- Instabilité du personnel des structures chargées de la lutte contre le VIH/SIDA
- Insuffisance de ressources humaines dans le cadre de la prise en charge.
- Persistance de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH et des Travailleuses de Sexe
- Le sous financement des activités de riposte au VIH SIDA au Bénin dans le cadre de la planification des projets.
- Absence d'études d'impact du VIH/SIDA sur les différents secteurs de l'économie nationale
- Faible niveau de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH.
- Retard dans l'application des textes de lois sur le VIH/SIDA, notamment en matière de discrimination et de stigmatisation

- La fin prévue de certains projets dont les actions ont largement contribué au renforcement de la riposte de l'épidémie :
  - Projet de la Coopération Française en décembre 2005 ;
  - Appui du Fonds mondial en juillet 2006.
  - Projet BHAPP en Mai 2006 ;
  - Projet SIDA3 en septembre 2006 ;
  - Projet OIT/USDOL juillet 2006
  - Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA (PPLS) en septembre 2006.

### *4.3 Actions nécessaires*

- Sensibiliser les acteurs pour la mise en œuvre effective du « Three one ».
- Renforcer le leadership des structures de coordination pour une meilleure synergie des actions menées et pour la mobilisation et l'affectation des ressources.
- Clarifier les rôles des instances de coordination et des structures d'exécution.
- Renforcer les instances de coordination tant au niveau national qu'au niveau décentralisé en les dotant de moyens matériels, humains et financiers en adéquation avec leur mission.
- Veiller à stabiliser le personnel des structures chargées de la lutte contre le VIH et le SIDA
- Intensifier les actions de communication pour le changement de comportement en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination des PVV et des TS
- Procéder à une meilleure évaluation des projets en vue de les doter de ressources suffisantes
- Initier des études d'impact du VIH / SIDA sur les différents secteurs de l'économie nationale
- Promouvoir la prise en charge nutritionnelle des PVVIH
- Assurer l'application effective des textes de loi sur le VIH-SIDA notamment en matière de discrimination et de stigmatisation de PVVIH
- Mobiliser des ressources pour les projets arrivant à terme.

## **5 APPUI NÉCESSAIRES DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMEMNT DANS LE PAYS**

Le cadre stratégique national de lutte contre le SIDA a servi de creuset pour toutes les interventions mises en œuvre dans le pays tant par les acteurs nationaux qu'internationaux.

Le tableau suivant fait le point des appuis nécessaires des partenaires au développement dans le pays en terme d'actions réalisées et envisagées.

Tableau 14 : APPUIS NECESSAIRES DES PARTENAIRES

DOMAINES D'ACTIVITES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS ENVISAGEES	APPUI NECESSAIRES
CADRE INSTITUTIONNEL	Coordination Plaidoyer Suivi et Evaluation	Mettre en œuvre effectivement les principes directeurs « three one »	Renforcer les capacités institutionnelles Adhérer effectivement aux principes « three one » Soutenir le système national de suivi et évaluation
COMMUNICATION POUR UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	Promotion par la communication de la prise de conscience et le changement de comportement dans la population en général  Réduction de la prévalence de l'infection à VIH SIDA chez les enfants de 10 ans à 24 ans  Renforcement des capacités des femmes rurales et urbaines à s'engager dans la lutte contre les IST/VIH-SIDA  Réduction de la prévalence des IST/VIH-SIDA au sein des populations mobiles  Réduction de la prévalence des IST/VIH-SIDA chez les Professionnelles de sexe et leurs clients	Appuyer l'élaboration d'un document national de Stratégie et Politique de Communication  Appuyer l'élaboration d'un document national de stratégie de Communication pour le changement de comportement  Appuyer l'élaboration des modules de formation dans les langues locales et les actions de mobilisations sociales  Appuyer les activités génératrices de revenu en direction des jeunes et des femmes	Services de consultants Moyens humains Moyens matériels Moyens financiers
PROMOTION DE L'UTILISATION DU PRESERVATIF	Augmentation du taux d'utilisation du préservatif	Renforcer les activités promotionnelles Mass médias, communication interpersonnelle Assurer la disponibilité des préservatifs masculins et féminins	Services de consultants Moyens humains Moyens matériels Moyens financiers

DOMAINES D'ACTIVITES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS ENVISAGEES	APPUI NECESSAIRES
PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH	<p>Dépistage volontaire lors des CPN</p> <p>Prise en charge des femmes enceintes séropositives</p> <p>Suivi du nouveau né</p>	<p>Etendre les sites de la PTME à tous les arrondissements</p> <p>Equiper les sites en matériels et Consommables</p> <p>Equiper les sites de prise en charge en ARV présentation pédiatrique</p> <p>Intégrer la PTME à la Santé de la Reproduction</p>	<p>Services de consultants</p> <p>Moyens humains</p> <p>Moyens matériels</p> <p>Moyens financiers</p>
PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SANGUINE	<p>Test systématique des poches de sang dans toutes les banques de sang</p>	<p>Doter toutes les Banques de sang en réactifs et consommables</p> <p>Augmenter les capacités de stockage de sang en vue d'une politique de sécurisation de sang</p> <p>Renforcer les actions pour augmenter le nombre des donneurs de sang et les fidéliser.</p>	<p>Moyens humains</p> <p>Moyens matériels</p> <p>Moyens financiers</p>

<b>DOMAINES D'ACTIVITES</b>	<b>AXES D'INTERVENTION</b>	<b>ACTIONS ENVISAGEES</b>	<b>APPUI NECESSAIRES</b>
PRISE EN CHARGE CORRECTE DES PVVIH	<p>Prise en charge des infections opportunistes</p> <p>Prise en charge psychologique</p> <p>Traitement par les ARV</p> <p>Prise en charge nutritionnelle</p>	<p>Etendre les sites de la Prise en Charge à tous les arrondissements</p> <p>Equiper les sites en matériels et Consommables</p> <p>Doter les sites de prise en charge en ARV pour un plus grand nombre de malades</p> <p>Former le personnel médical à une meilleure prise en charge des PVVIH</p>	<p>Services de consultants</p> <p>Moyens humains</p> <p>Moyens matériels</p> <p>Moyens financiers</p>
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET RECHERCHE	<p>Suivi des tendances des comportements vis-à-vis des IST/ VIH-SIDA</p> <p>Promotion de la recherche bio-médicale</p> <p>Optimisation de la fiabilité de la surveillance épidémiologique du VIH-SIDA</p>	<p>Organiser les enquêtes de surveillance de seconde génération</p> <p>Intensifier la promotion de la recherche bio-médicale</p> <p>Renforcer le système de surveillance épidémiologique</p> <p>Former le personnel impliqué dans la réalisation des études de sérosurveillance</p>	<p>Services de consultants</p> <p>Moyens humains</p> <p>Moyens matériels</p> <p>Moyens financiers</p>
PREVENTION DU VIH / SIDA SUR LES LIEUX DE TRAVAIL	<p>Amélioration de la législation nationale en vue de la protection des droits des travailleurs</p> <p>Communication pour le Changement de comportement sur les lieux de travail axé sur l'éducation par les pairs</p>	<p>Vulgariser et faire appliquer la législation nationale relative au VIH-SIDA sur les lieux de travail</p> <p>Renforcer les actions dans les entreprises partenaires</p> <p>Elargir les interventions à d'autres lieux de travail</p>	<p>Transformer le projet actuel du BIT en Programme durable</p> <p>Renforcer les capacités en ressources humaines, matérielles et financières</p>

## 6 CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Dans l'élaboration du cadre stratégique national de la lutte contre le VIH/SIDA 2002 - 2006, le système national de suivi et évaluation n'avait pas été visiblement pris en compte ou du moins formulé comme domaine. Cependant, dans la mise en œuvre du cadre, le besoin de disposer d'un outil de collecte d'information sur toutes les activités menées au niveau national a été ressenti comme exigence. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'au niveau du CNLS, il a été mis en place une unité dénommée Cellule Nationale de Suivi et d'évaluation animée par un chef de cellule. Pour répondre à cette exigence, en dehors des efforts faits par chaque projet et programme, le CNLS a mis en chantier depuis 2004 le système national de suivi et d'évaluation.

Le manuel opérationnel du système national de suivi et d'évaluation en cours d'élaboration couvre la période de 2007 - 2011 et inclut les éléments suivants : une stratégie de collecte et d'analyse des données, un ensemble normalisé défini d'indicateurs, des instructions sur les outils de collecte des données, une stratégie pour évaluer la qualité et l'exactitudes des données et une stratégie de diffusion et d'utilisation des données. Etant donné que le processus d'élaboration du système national de suivi et d'évaluation n'est pas arrivé à terme, les dispositions relatives au financement des activités contenues dans ce plan, n'ont pas été encore clairement définies.

Grandes étapes du processus de mise en place du système national de suivi et évaluation des activités de lutte contre les IST/VIH-SIDA

- Appui de plusieurs consultants (Unité CRIS Country Response Information Système de l'ONUSIDA, GAMET) ;
- Adoption avec l'appui du consultant des principales actions en vue de la mise en place du système national de suivi et évaluation des activités de lutte contre le SIDA ;
- Analyse de l'existant ;
- Recrutement d'un consultant national pour appuyer le processus ;
- Élaboration du cadre conceptuel ;
- Consensus sur les indicateurs nationaux ;
- Élaboration des outils de collecte ;
- Définition du circuit de collecte des données ;
- Consolidation des résultats et rédaction du manuel de suivi et évaluation ;
- Validation du plan national de suivi et évaluation ;
- Élaboration du plan de mise en œuvre ;
- Validation du plan de mise en œuvre.

A l'étape actuelle de la mise en œuvre du processus, le manuel opérationnel du système national de suivi et évaluation est élaboré et attend d'être validé. En effet, la cellule nationale de suivi et évaluation du Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida dispose des démembrements au niveau décentralisé (département, commune, arrondissement et village). Il est appuyé par un groupe consultatif national composé des tous les responsables de suivi et

évaluation des projets et programmes, des représentants des institutions de recherche, de la société civile et des associations des PVVIH.

Le système national de suivi et évaluation s'appuie sur les autres systèmes sectoriels de suivi et évaluation déjà existant. Ces derniers fournissent les données à tous les niveaux de la pyramide. Ces données sont traitées avec des logiciels de suivi et évaluation.

Un des résultats importants de ce dispositif de suivi et évaluation a été la définition d'une liste de 19 indicateurs tirés de la liste des indicateurs UNGASS. En effet tout ce processus a été appuyé par un groupe consultatif national.

Au niveau national, la cellule de suivi et évaluation utilise le CRIS pour le traitement des données et le calcul des indicateurs. Pour renforcer le système, il existe des besoins qui doivent être pris en compte.

- Besoin d'intégrer au nouveau cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST le système de suivi et évaluation.
- Besoin en formation
- Besoin en ressources financières pour la mise en œuvre et la collecte des données
- Besoins en matériels surtout au niveau décentralisé