



REPUBLIQUE DU BENIN

COMITÉ NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT PERMANENT



**CADRE STRATEGIQUE
NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LE VIH/SIDA/IST**

2006 - 2010

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
PREFACE	6
RESUME D'ORIENTATION.....	8
INTRODUCTION.....	13
1. ANALYSE DE LA SITUATION	15
1.1. Contexte général	15
1.1.1. <i>Organisation de l'administration territoriale et régime politique.....</i>	<i>16</i>
1.1.2. <i>Situation économique et socioculturelle</i>	<i>17</i>
1.1.3. <i>Données démographiques et sanitaires.....</i>	<i>17</i>
1.2. Analyse de la situation de l'épidémie du VIH/SIDA/IST	22
1.2.1. <i>Les tendances évolutives de l'épidémie du VIH/SIDA/IST</i>	<i>22</i>
1.2.2. <i>Les déterminants de la propagation du VIH/SIDA/IST</i>	<i>27</i>
1.2.3. <i>Impact social et économique de l'épidémie.....</i>	<i>27</i>
2. RESULTATS DE LA REVUE DU CADRE STRATEGIQUE 2001-2005.....	29
2.1 Rappel des objectifs généraux du cadre stratégique 2001-2005	29
2.2 Analyse des résultats par objectif	30
2.3 Recommandations	41
3. CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2006-2010 : ORIENTATIONS ET GRANDES LIGNES	42
3.1 Principes directeurs	42
3.2 Principaux engagements	43
3.3 Axes stratégiques et objectifs généraux.....	44
4. DESCRIPTION DES AXES STRATEGIQUES ET DES OBJECTIFS	46
4.1 Axe stratégique 1 : coordination, plaidoyer, partenariat et mobilisation des ressources.....	46
4.2 Axe stratégique 2 : prévention et promotion du dépistage	50
4.3 Axe stratégique 3 : accès aux soins et au traitement.....	79
4.4 Axe stratégique 4 : soutien aux personnes infectées et affectées et promotion du respect des droits humains.....	86
4.5 Axe stratégique 5 : informations stratégiques : surveillance épidémiologique, comportementale et promotion de la recherche.....	94
4.6 Axe stratégique 6 : Suivi – Evaluation	100
5. MISE EN ŒUVRE : SUIVI ET EVALUATION	105
6. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA/IST	110

6.1 Secteurs de mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le SIDA 2006-2010	110
6.1.1 Secteur Santé.....	110
6.1.2 Secteur Action Sociale	110
6.1.3 Secteurs des Institutions et des autres Ministères autres que le Ministère de la Santé et le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant	110
6.1.4 Secteur Communautaire.....	110
6.1.5 Secteur Privé et des entreprises	111
6.2 Dispositif institutionnel de mise en œuvre.....	111
7. MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES.....	113
7.1 Evaluation du coût du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST.....	113
7.2 Financement du Cadre stratégique	116
7.2.1 Ressources intérieures.....	116
7.2.2 Ressources extérieures.....	117
7.3 Procédures de gestion des ressources du CSNLS 2006–2010 : unité de gestion financière du PNL, dispositif de contrôle	117
8. OPPORTUNITES / HYPOTHESES CRITIQUES.....	118
8.1 Opportunités.....	118
8.2 Hypothèses critiques	119
CONCLUSION	120
A N N E X E S.....	122
Coordination	122
Comité technique	122
Comité de rédaction	122
Sécretariat.....	124
Consultant	124
Documents consultés	125

LISTE DES ABREVIATIONS

AGR	: Activités Génératrices de Revenus
ARV	: Antirétroviraux
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CEB	: Communauté Électrique du Bénin
CEDEAO	: Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	: Centre d'Information et de Prise en Charge
CJL	: Centre de Jeunes et Loisirs
CNLS	: Comité National de Lutte contre le SIDA
CSNLS	: Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire
GTT	: Global Tasks Team
IEC	: Information, Éducation, Communication
IHAB	: Initiative Hôpital Amis des Bébé
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MFFE	: Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
MS	: Ministère de la Santé
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	: Organisation de la Société Civile
PACLS	: Plan d'Action Communautaire de Lutte contre le Sida
PEC	: Prise En Charge
PEV	: Programme Elargie de Vaccination
PCT	: Plan à Court Terme
PIC	: Plan Intégré de Communication
PMT1	: Plan à Moyen Terme 1 ^{ère} génération
PMT2	: Plan à Moyen Terme 2 ^{ème} génération

PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
PNMLS	: Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PPLS	: Projet Plurisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH/SIDA
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PSAMAO	: Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest
PSEO	: Programme Survie de l'Enfant dans l'Ouémé
PSI	: Population Service International
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
ROBS	: Réseau des ONG Béninoises de Santé
RTPS	: Réseau des ressources Techniques pour la Planification Stratégique
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SIDAG	: Service d'Information, de Dépistage Anonyme et Gratuit
SWAA	: Society of Women Against AIDS
SNIGS	: Système National d'Information et de la Gestion Sanitaire
USAID	: Agence des États Unis pour le Développement International
VIH	: Virus d'Immuno déficience Humaine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfant
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
TS	: Travailleuses de sexe

PREFACE

Le XXIème siècle est largement entamé et voilà l'humanité plus que jamais confrontée à la pandémie du VIH/SIDA. Malgré d'immenses efforts consentis par tous les acteurs politiques, scientifiques, médicaux et par la société civile, la situation reste inquiétante. Jamais affection n'aura mobilisé autant de ressources et d'énergies. Cette mobilisation longue de plus de deux décennies se justifie par l'impact négatif du VIH/SIDA sur le développement de nos nations déjà très fragiles. Des exemples suffisamment éloquents sur le recul de l'espérance de vie et sur la baisse de la croissance nous obligent à poursuivre notre croisade contre la pandémie.

L'espoir reste cependant permis. En effet, pour la première fois les données de l'ONUSIDA permettent de constater une stabilisation globale de l'épidémie. Les efforts importants consentis par l'ensemble des acteurs au plan des stratégies, de la mobilisation des ressources et surtout, au plan de la coordination des réponses nationales sont sans nul doute les facteurs déterminant cette amélioration de la situation. Aujourd'hui, il devient de plus en plus évident que l'épidémie peut être maîtrisée pour peu que certains principes soient respectés. Parmi ces principes, j'insisterai sur :

- l'organisation d'une réponse nationale multisectorielle bien coordonnée impliquant toutes les forces vives, toutes les couches socio-économiques et tous les secteurs ;*
- la généralisation de toutes les interventions dont l'efficacité est aujourd'hui démontrée ;*
- l'accès universel à la prévention, aux soins et aux traitements antirétroviraux (ARV) pour toutes les personnes qui en ont besoin ;*
- le respect des droits des personnes vivant avec le VIH ainsi que leur pleine participation aux efforts de prévention et de prise en charge.*

Notre pays le Bénin, a précocement pris conscience de l'ampleur de la menace. La première décennie de lutte a été marquée par l'exécution de plans à court terme (PCT) et à moyen terme (PMT) de 1987 à 2000. La mise en œuvre du premier cadre stratégique de lutte contre le SIDA, basé sur la multisectorialité, qui a couvert la période 2001 - 2005 a abouti à des résultats encourageants et à une stabilisation de l'épidémie. Les interventions préventives ont eu un impact indéniable sur les comportements. Par ailleurs, la prise en charge par les ARV est une réalité dans notre pays même si beaucoup reste à faire pour atteindre l'objectif de l'accès universel.

L'élaboration de ce deuxième cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA au Bénin, qui servira de référence pour les cinq prochaines années, est le résultat d'une large concertation à tous les niveaux sous le leadership du CNLS. Ce cadre dont la qualité est unanimement reconnue, tire leçon de la riche expérience acquise depuis plus de deux décennies et intègre en outre tous les principes stratégiques recommandés par l'ONUSIDA.

Je compte sur l'engagement de tous pour que ce nouveau cadre stratégique 2006- 2010 soit respecté et effectivement mis en œuvre ; et que toutes les interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans notre pays s'inscrivent dans ce cadre et ceci dans le strict respect des « Three Ones » fondé sur un seul cadre d'action, une seule instance de coordination et un seul système national de suivi et d'évaluation.

Je remercie tous les acteurs nationaux des secteurs public, privé et communautaire pour leur engagement à faire de la lutte contre le VIH/SIDA une priorité nationale de développement. J'adresse une mention spéciale à tous les partenaires multilatéraux et bilatéraux de même qu'aux autres partenaires internationaux qui sont à nos côtés depuis le début de cette croisade et qui ont permis au Bénin de limiter l'impact de ce fléau.

Vive la solidarité nationale et internationale pour une réponse efficace et globale contre le VIH/SIDA au Bénin.

Thomas Boni YAYI

Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement
Président du Comité National de Lutte contre le SIDA et les IST

RESUME D'ORIENTATION

Le Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest couvrant une superficie de 114 763 kilomètres carrés avec une population estimée à 7 198 618 habitants en 2004. Le pays est découpé en douze départements : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. La situation sanitaire du Bénin est caractérisée par une prédominance des affections tropicales, avec de fréquentes épidémies (choléra au Sud et méningite au Nord). Le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques constituent les affections dominantes. Elles représentent à elles seules 60% des motifs de consultation en 2004. A cette situation vient s'ajouter l'épidémie du SIDA.

L'infection à VIH/SIDA représente un problème de développement préoccupant. Le Bénin fait partie des pays à épidémie généralisée de faible prévalence. La prévalence moyenne de l'infection à VIH/SIDA est passée de 0,3% en 1990 à 4,1% en 1999 en milieu urbain. Depuis 2002, la prévalence moyenne nationale de l'infection par le VIH mesurée par le système de réseau sentinelle chez les consultantes prénatales, semble se stabiliser autour de 2%. Cette prévalence présente beaucoup de disparités selon qu'on se trouve en zone urbaine ou en zone rurale, et surtout selon les groupes de population. Elle varie de 0,3 % à 3,3% selon les départements et selon le milieu (zone urbaine : 2,4% et zone rurale : 1,6%). Ainsi le pays n'est pas à l'abri d'une explosion de l'épidémie si les mesures rigoureuses de prévention ne s'intensifient pas rapidement vu les nombreux facteurs de risque et l'existence de certains groupes de population qui constituent les poches de concentration de l'épidémie. Il s'agit notamment des travailleuses de sexe avec une prévalence moyenne du VIH de 27,9% et des routiers / population mobile avec une prévalence à 4%.

L'analyse de la situation menée à travers la revue conjointe du cadre stratégique 2001- 2005 de novembre 2005 à janvier 2006 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 et l'analphabétisme élevé surtout chez les femmes.

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

- l'augmentation du taux de mortalité, le nombre de décès cumulés dus au SIDA, (estimé en 2005 à 60 300) ;
- l'augmentation du nombre d'orphelins de mère par le fait du SIDA estimé à 6 850 enfants et d'orphelins de père par le fait du SIDA estimé à 5140 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.

Résultats de la revue conjointe :

Le Cadre Stratégique National 2001-2005 et les plans opérationnels, mis en œuvre ont permis d'obtenir des résultats appréciables dans le cadre de la riposte nationale organisée par le gouvernement béninois avec l'appui de tous les partenaires. Une approche multisectorielle et de partenariat a été adoptée incluant les différents Ministères, le Secteur privé, la Société civile, les ONG, les partenaires au développement, la coopération multilatérale, la coopération bilatérale.

La revue conjointe a permis d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du premier cadre stratégique et a servi de base pour élaborer le nouveau cadre stratégique pour la période 2006-2010. Les résultats de cette revue se résument comme suit :

- 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 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.

Contraintes/insuffisances

Cependant, il existe encore des contraintes pour aller vers l'accès universel. A titre d'exemple, les programmes de renforcement des capacités des formations sanitaires n'ont concerné que celles du secteur public et n'ont couvert que certaines zones du pays. Les interventions de prévention n'atteignent pas tous les jeunes qui en ont besoin et les populations vulnérables. Les programmes PTME ne sont disponibles que dans 11% des 34 zones sanitaires que compte le Bénin. La prise en charge avec mise sous ARV ne concerne que 5000 patients sur les 6000 prévus dans le cadre du « Three by five ». Il faudra donc, pour les années à venir, mettre en œuvre des actions à grande échelle dans les domaines de la PTME, du traitement

des IST et des infections opportunistes, de l'accès de toutes les personnes vivant avec le VIH aux médicaments, y compris les ARV.

Les autres contraintes sont liées notamment à une insuffisance des ressources humaines et financières du secrétariat permanent du CNLS pour assurer une coordination efficace, avec un seul système de suivi-évaluation.

Principaux Défis

Malgré les acquis du premier cadre stratégique, d'importants défis restent à relever pour combattre efficacement l'épidémie du VIH/SIDA. Ceci nécessite un leadership national du CNLS au plus haut niveau politique, le passage à grande échelle des interventions avec une implication réelle de toutes les forces et de tous les secteurs de la société.

Les **principaux défis** aujourd'hui sont :

- l'extension des actions positives à l'échelle nationale ou en d'autres termes, la transformation des projets en programmes à grande échelle avec l'appui de tous les partenaires dans une approche programme au lieu des approches projets ;
- l'opérationnalisation des « Three Ones » c'est à dire un seul cadre d'action, une seule autorité de coordination nationale et le développement d'un système national de Suivi/Evaluation unique ;
- la mobilisation des ressources ;
- l'accélération des mesures de prévention qui passe par la mise en œuvre d'une multisectorialité effective de la lutte contre le VIH/SIDA et l'appropriation de la lutte contre le VIH/SIDA par les communautés de base et les leaders à tous les niveaux ;
- l'accès de toutes les personnes vivant avec le VIH aux médicaments et aux anti-rétroviraux (ARV) ;
- le dépassement des préjugés et la lutte contre la stigmatisation liés au VIH/SIDA et la prise de mesures législatives pour la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA, le droit des personnes vulnérables (les femmes, les déscolarisés, les jeunes apprentis).

Au vu de ces défis, les principales recommandations pour le nouveau cadre stratégique 2006-2010 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 1 : COORDINATION, PLAIDOYER, PARTENARIAT ET MOBILISATION DES RESSOURCES

Objectif Général 1 : Promouvoir un environnement favorable à la multisectorialité, l'appropriation, la durabilité et la coordination efficace de la lutte contre les VIH-SIDA/IST dans le cadre des «Three Ones ».

AXE STRATEGIQUE 2 : 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 3 : 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 4 : SOUTIEN AUX PERSONNES INFECTEES ET AFFECTEES ET PROMOTION DU RESPECT DES DROITS HUMAINS

Objectif général 9 : Réduire l'impact du VIH/SIDA/IST 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 5 : 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 6 : SUIVI ET EVALUATION

Objectif Général 12 : Rendre opérationnel à partir de 2006 le Système National Unique de Suivi- Évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin.

La mise en œuvre doit nécessairement s'appuyer sur l'opérationnalisation des « Three Ones » avec une harmonisation et un alignement des financements conformément aux recommandations du Global Task Team (GTT).

Le budget global pour les cinq années est évalué à 125 058 714 000 (cent vingt cinq milliards cinquante huit millions sept cent quatorze mille) FCFA.

INTRODUCTION

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. A partir de cette année, 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^{ère} 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.

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 créant ainsi le Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST (CNLS). Ce dernier est l'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 de 2006-2010.

Méthodologie

Le processus d'élaboration de ce deuxième cadre stratégique 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.

Le plan du nouveau cadre stratégique national s'articule autour des points suivants :

- Analyse de la situation
- Résultats de la revue du cadre stratégique 2001-2005
- Cadre Stratégique National 2006-2010 : Orientations et grandes lignes
- Description des axes stratégiques et objectifs
- Mise en œuvre : suivi et évaluation
- Cadre Institutionnel et Organisationnel de la Lutte contre le VIH/SIDA/IST
- Mobilisation et Gestion des Ressources
- Opportunités / Hypothèses critiques

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. CONTEXTE GENERAL

Ancienne colonie française située sur le golfe de Guinée, l'ex-Dahomey, l'actuelle République du Bénin est un pays francophone de l'Afrique de l'Ouest qui a une superficie de 114 763 kilomètres carrés pour une population estimée à 7 198 618 habitants en 2004. Allongée en latitude, elle s'étend de l'océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700 kilomètres. Sa largeur varie de 125 kilomètres (le long de la côte) à 325 kilomètres (latitude de Tanguéta).

Le Bénin est limité au Nord par le Niger et le Burkina Faso, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Nigeria, et à l'Ouest par le Togo (voir carte ci-dessous).



1.1.1. Organisation de l'administration territoriale et régime politique

La loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin dispose en son article 6 que le territoire national est découpé en douze départements dénommés comme ci-après : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. Ces départements couvrent respectivement les superficies suivantes :

Tableau 1.1 : Superficie par département

Alibori	: 26.242 km ² ;	Donga	: 11.126 km ² ;
Atacora	: 20.499 km ² ;	Littoral	: 79 km ² ;
Atlantique	: 3.233 km ² ;	Mono	: 1.605 km ² ;
Borgou	: 25.856 km ² ;	Ouémé	: 1.281 km ² ;
Collines	: 13.931 km ² ;	Plateau	: 3.264 km ² ;
Couffo	: 2.404 km ² ;	Zou	: 5.243 km ² .

Chaque département est subdivisé en communes (77 Communes dont 3 sont à statut particulier). Les communes sont subdivisées en arrondissements. On en dénombre 546 pour tout le pays. L'arrondissement est divisé en villages ou quartiers de ville (3747 au total). Chaque village ou quartier de ville constitue l'unité administrative de base autour de laquelle s'organisent la vie sociale et les activités de production.

Du point de vue politique, le pays reste essentiellement marqué par l'expérience du pluralisme démocratique amorcé depuis 1990. Le régime béninois est de type présidentiel partagé par trois pouvoirs : le pouvoir exécutif incarné par le gouvernement avec à sa tête le Président de la République, chef de l'Etat ; le pouvoir législatif détenu par une seule chambre qui est l'Assemblée Nationale et le pouvoir judiciaire exercé concurremment par la Cour Suprême et la Haute Cour de Justice (compétente pour juger le Président et les membres du gouvernement). Le peuple béninois a également à travers sa constitution mis en place d'autres institutions toutes aussi importantes qui sont les suivantes : la Cour Constitutionnelle, la Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication (HAAC) et le Conseil Economique et Social (CES). Le contexte politique est aussi dominé par une préoccupation de bonne gouvernance.

Le Bénin fait partie des grands ensembles sous-régionaux et régionaux notamment le Conseil de l'Entente, la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), et est un membre actif de l'Union Africaine (UA).

1.1.2. Situation économique et socioculturelle

En ce qui concerne la pauvreté au Bénin, la situation n'a pas connu d'amélioration. Bien au contraire, l'incidence globale de la pauvreté qui était de 26,5% en 1996 est passée à 33,8% en 2002. Quant à l'Indice de Pauvreté Humaine (IPH), il est de 38,5 en 2002. Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain en 2002, avec un Indice de Développement Humain (IDH) égal à 0,420, le Bénin fait partie des pays à faible développement humain (IDH < 0,500). Il occupe le 158^{ème} rang sur les 173 pays en 2002. Le Bénin est ainsi classé parmi les pays pauvres très endettés (PPTÉ). Cette pauvreté en constante évolution n'est pas sans influence sur la situation sanitaire du pays.

La situation économique est caractérisée par une légère augmentation du niveau du PIB à prix constant tandis que le taux de croissance économique a baissé pour passer de 4,4% en 2002 à 2,7% en 2004. Cependant, le PIB par tête d'habitant est demeuré relativement stable à 276 000 f CFA (458 \$ US) par tête d'habitant de 2001 à 2004.

Sur le plan socioculturel, 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 (65,2% de filles contre 94,4% pour les garçons en 2000 dans l'éducation primaire). Le taux d'analphabétisme des femmes en général est de 80,8% et de 70,8% des femmes âgées de 15 à 49 ans.

1.1.3. Données démographiques et sanitaires

Données démographiques

Sur le plan démographique, la population du Bénin est évaluée en 2002 à 6 752 569 habitants au troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH3). Le tableau qui suit nous renseigne sur l'évolution de la population.

Tableau 1.2 : Evolution de la population béninoise de 1961 à 2004

Années	1961	1979	1992	2002	2003	2004
Population totale du Bénin	2 082 511	3 331 210	4 915 555	6 752 569	6 972 027	7 198 618

Source : Enquête démographique (1961), RGPH1 (1979), RGPH2 (1992), RGPH3 (2002)

Le taux d'accroissement annuel moyen est évalué à 3,25% pour l'ensemble du pays et à 4,12% pour la population urbaine et la densité moyenne est de 58,8 habitants au km². L'indice synthétique de fécondité est de 5,53 au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation en 2002.

De 1996 à 2002, on constate une baisse progressive de l'indice synthétique de fécondité. En ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance, elle est de 59 ans (57,18 ans pour le sexe masculin contre 61,25 pour le sexe féminin). La structure par sexe et par âge montre une population jeune et à dominance féminine (51,4% de femmes) avec un rapport de masculinité de 96%. Le tableau 1.3 montre la répartition de la population béninoise par groupe d'âge.

Tableau 1.3 : Répartition de la population du Bénin par groupe d'âge en 2004

Groupe d'âge	2004			2004		
	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin
0-4	1 199 091	605 678	593 413	16,6%	17,3%	16,0%
5-9	1 208 265	611 107	597 158	16,7%	17,4%	16,1%
10-14	971 877	500 571	471 306	13,4%	14,3%	12,7%
15-19	705 552	360 356	345 196	9,8%	10,3%	9,3%
20-24	584 781	265 082	319 699	8,1%	7,6%	8,6%
25-29	551 327	237 081	314 246	7,6%	6,8%	8,5%
30-34	458 962	206 223	252 739	6,3%	5,9%	6,8%
35-39	363 030	169 000	194 030	5,0%	4,8%	5,2%
40-44	291 579	136 475	155 104	4,0%	3,9%	4,2%
45-49	215 383	103 434	111 949	3,0%	2,9%	3,0%
50-54	181 217	88 230	92 987	2,5%	2,5%	2,5%
55-59	113 755	55 857	57 898	1,6%	1,6%	1,6%
60-64	116 272	53 826	62 446	1,6%	1,5%	1,7%
65-69	79 312	35 497	43 815	1,1%	1,0%	1,2%
70-74	63 344	25 136	38 208	0,9%	0,7%	1,0%
75-79	38 121	17 250	20 871	0,5%	0,5%	0,6%
80 et +	86 221	39 214	47 007	1,2%	1,1%	1,3%
Total	7 228 089	3 510 017	3 718 072	100,0%	100,0%	100,0%

Source : INSAE, RGPH3, 2002

La répartition par grand groupe d'âge de cette population révèle que les moins de 15 ans représentent 46,7 %, ceux qui ont entre 15 et 60 ans constituent 47,9 % et les plus de 60 ans ne représentent que 5,3 % de la population. Cette répartition révèle la jeunesse de la population béninoise.

Données sanitaires

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage administratif. Il comporte trois différents niveaux que sont : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental, et le niveau

périphérique organisé suivant l'approche zone sanitaire. Le tableau ci-dessous résume cette organisation.

Tableau 1.4 : Système National de Santé au Bénin

NIVEAUX	STRUCTURES	INSTITUTIONS HOSPITALIERES ET SOCIO-SANITAIRES	SPECIALITES
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé (MS)	- Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM) - Centre National de Pneumo-phtisiologie - Centre National de Psychiatrie - l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)	-Médecine -Pédiatrie -Chirurgie -Gynéco obstétrique -Radiologie -Laboratoire -O.R.L -Ophtalmologie -Autres spécialités
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé (DDS)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	-Médecine -Pédiatrie -Chirurgie - Gynéco obstétrique - ORL- - Ophtalmologie -Radiologie -Laboratoire - Autres spécialités
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	- Hôpital de Zone (HZ) - Centre de Santé de Commune (CSC) - Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES) -Formations sanitaires privées - Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) -Maternités et dispensaires -Unité Villageoise de Santé (U.V.S.)	-Médecine générale - Chirurgie d'urgence -Gynéco obstétrique - Dispensaire - Maternité - Alphabétisation - Loisirs -Radiologie -Laboratoire - Pharmacie -Dispensaire -Maternité - Pharmacie ou dépôt pharmaceutique -Soins -Accouchements -Caisse de pharmacie

Source : DPP/SSDRO – SNIGS 2004

Nombre de structures de soins

Concernant la réorganisation des services de santé suivant l'approche de zone sanitaire, la couverture en infrastructures sanitaires au Bénin s'est améliorée, passant de 80% au 31 décembre 2001 à 89% au 30 juin 2005. Toutefois, cette bonne couverture en infrastructures sanitaires (89% en 2005), généralement jugée suffisante, est inégalement répartie.

Il existe 27 Hôpitaux de Zone (sur les 34 prévus) qui constituent le premier niveau de référence, 05 Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) qui constituent le deuxième niveau de référence et au niveau national, le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), le Centre National de Pneumo-phtisiologie, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) et le Centre National de Psychiatrie.

Le secteur privé libéral qui détient une bonne partie de l'offre, surtout en zone urbaine évolue toujours en marge du secteur public. Environ 631 structures privées ont été enregistrées lors du recensement des formations sanitaires privées en 1998 (MSP Bénin). Ce nombre est estimé à environ un millier en 2005.

Personnel de santé

Pour ce qui est des ressources humaines au Bénin, on dénombre un médecin pour 7011 habitants, 1 infirmier pour 2799 habitants, 1 sage-femme pour 1317 habitants et 1 technicien de laboratoire pour 15 185 habitants. Cependant, ces chiffres cachent d'énormes disparités entre les départements.

Indicateurs de santé

Les tableaux suivants donnent un aperçu des différents indicateurs selon les sources et les structures de population en 2004.

Tableau 1.5 : Indicateurs de mortalité selon les sources au Bénin

Indicateurs	RGPH2, 1992	EDSB-1, 1996	EDSB-2, 2001	RGPH3, 2002
Taux de mortalité infantile ‰	98	94	89,1	90,0
Taux de mortalité maternelle*	473	498	Nd	474,4

Sources : RGPH2, EDSB-1, EDSB-2, RGPH3 * décès pour 100.000 Naissances Vivantes nd : non disponible

Il est important de souligner que la situation sanitaire du Bénin est caractérisée par une prédominance des affections tropicales, avec de fréquentes épidémies (choléra au Sud et méningite au Nord). Le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques constituent les affections dominantes. Elles représentent à elles seules 60% des motifs de consultations en 2004.

Dépenses sanitaires

Les dépenses de santé par habitant sont de 6318 F CFA soit 11,5 \$US par personne et par an en 2004.

Le secteur de la santé est financé par les ressources nationales renforcées par un apport substantiel des partenaires au développement du Bénin. L'ensemble des ressources allouées au secteur de la santé depuis la conférence d'Abuja de 2001 se présente comme suit :

Tableau 1.6 : Evolution des crédits alloués au ministère de la santé de 2001 à 2005 (en millions de f CFA)

ANNEE	2001	2002	2003	2004	2005
Crédits ouverts sur BN	28 663	30 327	32 003	37 572	39 137
Crédits ouverts sur Ressources Extérieures	11 816	8 001	7 427	8 098	7 718
Total ouvert	40 479	38 328	39 430	45 670	46 855
Budget général de l'Etat	414 063	477 609	401 908	546 138	556 923
% budget ouvert secteur santé/budget général de l'état	9,78	8,02	9,81	8,36	8,41

La moyenne des crédits alloués au secteur de la santé au Bénin sur les 5 dernières années est donc de 8,87% par rapport à l'ensemble des ressources.

1.2. ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA/IST

1.2.1. Les tendances évolutives de l'épidémie du VIH/SIDA/IST

L'infection par le VIH est à un stade d'épidémie généralisée au Bénin. En milieu urbain, la prévalence moyenne de l'infection est passée de 0,3% en 1990 à 4,1% en 1999, chez les consultantantes prénatales. En 2002, l'extension des sites sentinelles des consultantantes prénatales à tout le pays d'une part et leur meilleure répartition, zone urbaine, zone rurale, d'autre part, ont permis d'améliorer la représentativité du réseau sentinelle et d'optimiser la fiabilité de la surveillance épidémiologique. La prévalence semble se stabiliser depuis 2002 et les résultats se présentent comme suit :

en 2002

- La prévalence moyenne nationale est de **1,9%** (IC à 95% : 1,7- 2,1).
- La prévalence moyenne en milieu urbain est de **2,4%** ; en milieu rural **1,5%**.
- La prévalence moyenne chez les jeunes de 15 à 24 ans est de **1,7%**.

en 2003

- La prévalence moyenne nationale est de **2%** (IC à 95% : 1,9- 2,1).
- La prévalence moyenne en zone urbaine est de **2,8%** ; en zone rurale **1,3%**.
- La prévalence moyenne chez les jeunes de 15 à 24 ans est de **1,9%**.

en 2004

- La prévalence moyenne nationale est de **2,0%** (IC à 95% : 1,89- 2,03).
- La prévalence moyenne en zone urbaine est de **2,4%** ; zone rurale : **1,6%**.
- La prévalence moyenne chez les jeunes de 15 à 24 ans est de **1,3%**.

en 2005

- La prévalence moyenne nationale est de **2,1%** (IC à 95% : 2,03- 2,17).
- La prévalence moyenne en zone urbaine est de **2,4%** ; zone rurale : **1,9%**.
- La prévalence moyenne chez les jeunes de 15 à 24 ans est de **2,2%**.

La prévalence moyenne nationale de l'infection par le VIH par le système de réseau sentinelle est stabilisée autour de **2,0 %**; elle varie de **0,3 %** à **3,3%** selon les départements.

Prévalence selon le milieu de résidence

Selon le milieu de résidence, la proportion des sujets infectés par le VIH est significativement plus élevée en milieu urbain (2,4%) qu'en milieu rural (1,6%), avec un seuil de signification de 0,05 (Tableau 1.7).

Tableau 1.7: Prévalence nationale de l'infection à VIH selon le milieu de résidence

Milieu	Effectif	Nombre de cas positifs	Prévalence pondérée (%)	Intervalle de confiance à 95%
Urbain	4 415	96	2,4	2,25 – 2,50
Rural	3 032	35	1,6	1,51 – 1,67
Total	7 447	131	2,0	1,89 – 2,03

Prévalence selon l'âge

Trois grands groupes d'âge ont été identifiés et la prévalence au sein des différents groupes est la suivante :

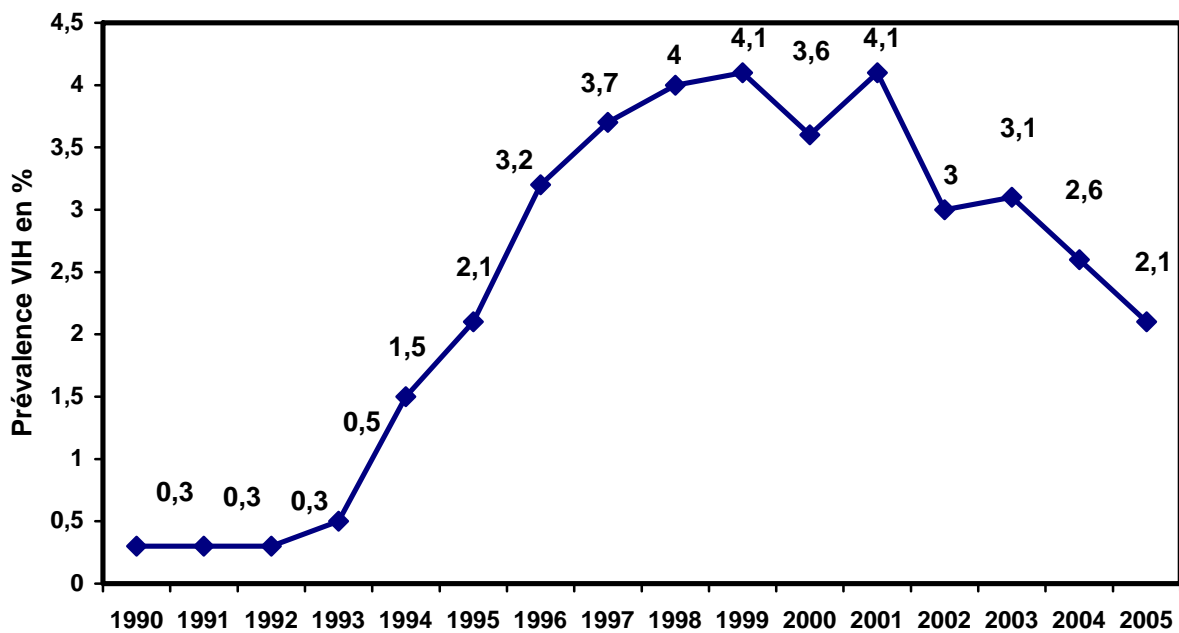
Tableau 1.8: Prévalence de l'infection à VIH selon les grands groupes d'âges

Groupe d'âges	Effectif	Nombre de cas positifs	Prévalence pondérée (%)	IC à 95%
Moins de 15 ans	11	1	5,0	NV
15 à 24 ans	3 299	47	1,3	1,14 – 1,46
25 à 49 ans	4 094	82	1,8	1,62 – 1,99
Non déclaré	43	1	2,5	NV
Total	7 447	131	2,0	1,89 – 2,03

NV = Non Valable : l'intervalle de confiance calculé n'est pas valable car la taille est trop petite

La prévalence VIH chez les femmes de 25 à 49 ans est significativement plus élevée que celle des femmes entre 15 et 24 ans. En considérant les tranches d'âge de 5 ans, la prévalence est la plus élevée chez les femmes de 25 à 29 ans.

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



Source : Rapport Séro surveillance 2005, PNLS

Chez les consultantantes IST, la prévalence du VIH est passée de 0,9% en 1990 à 9,6% en 1999. L'enquête de 2003 a montré une prévalence moyenne de 6,5% (Ic 95% 3,7-10,3).

Niveau d'infection à VIH dans d'autres groupes de population : Patients tuberculeux

L'évolution de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux à bacilloscopie positive se présente comme suit :

Tableau 1.9 : Evolution de l'infection chez les patients tuberculeux de 2000 à 2004

Année :	2000	2001	2002	2003	2004
Prévalence %:	13,8%	13%	14,9%	18,5%	16,7%

(Source : Rapport de surveillance PNLS)

Les travailleuses du sexe

L'évolution de la prévalence de l'infection par le VIH chez les travailleuses du sexe, après des enquêtes nationales périodiques est la suivante :

Tableau 1.10 : Evolution de l'infection chez les travailleuses de sexe de 1986 à 2004

Année :	1986	1987	1988	1993	1996	1999	2002	2004
Prévalence % :	3,3%	8,2%	19,2%	34,4%	51,5%	55%	46%	27,9%

Source : Rapport de surveillance PNLIS

De 1986 à 1999, on constata une évolution croissante de la prévalence chez les travailleuses de sexe. Mais à partir de cette dernière année, ce taux a amorcé une décroissance. La prévalence moyenne du VIH chez les travailleuses du sexe au cours de l'enquête de 2004 est de 27,9%. Cette prévalence est de 4,3% chez les clients des travailleuses du sexe.

La répartition de la prévalence du VIH chez les TS par département est la suivante en 2004 :

Tableau 1.11 : Répartition de la prévalence du VIH chez les TS par département

Borgou/Alibori	Atacora/Donga	Atlantique/littoral	Mono/Couffo	Ouème/Plateau	Zou/collines
26,7%	23,1%	30,5%	19,7%	33,7%	22,6%

Selon les résultats des études de base du projet Corridor, la prévalence en février 2005 est de 30,1% chez les TS, 8% chez les corps habillés, 6,6% chez les adolescents et jeunes de 13 à 35 ans et 5,0% chez les routiers.

Cas notifiés

En 2005, 1540 nouveaux cas de SIDA ont été notifiés au PNLIS se répartissant comme suit : 686 hommes et 854 femmes.

Estimations et projections

Les estimations du VIH/SIDA pour l'année 2004 et la projection pour l'année 2010 sont les suivantes :

Tableau 1.12 : Estimations du VIH/SIDA pour l'année 2004 et la projection pour l'année 2010

Variables	Estimations 2005	Projection à l'horizon de 2010
Nombre de personnes vivant avec le VIH / SIDA	78 650	78 255
Enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH	6 430	6 172
Adulte de 15 ans et plus ayant besoin d'ARV	6 070	5 779
Enfant de moins de 15 ans ayant besoin d'ARV	2 080	2 272
Nouveaux cas d'infection à VIH	7 940	9 510
Nouveaux cas de SIDA	8 480	8 261
Décès dus au SIDA	8 270	8 325
Décès cumulatifs dus au SIDA	60 300	102 590
Enfants de 0 à 4 ans nouvellement infectés	1 890	1 711
Nombre d'orphelins de mère	13 370	13 280
Nombre d'orphelins de mère par le fait du SIDA	6 850	6 650
Nombre d'orphelins de père	23 370	24 240
Nombre d'orphelins de père par le fait du SIDA	5 140	5 040
Nombre d'orphelins de père et de mère	3 440	3 210
Nombre d'orphelins de père et de mère par le fait du SIDA	2 480	2 300
Co-infection VIH / Tuberculose	14 120	16 223
Incidence de la tuberculose chez les PVVIH	8,0%	8,0%
Espérance de vie à la naissance sans les ARV (en année)	54,3	56,4
Nombre de femmes enceintes séropositives	6 960	6 294

Sources : PNLIS

1.2.2. 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 de l'observance des valeurs sociales et morales ;
- l'analphabétisme élevé et le faible taux d'instruction ;
- la faible utilisation des préservatifs chez les jeunes et certains adultes ;
- 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 et l'insuffisance de leur prise en charge ;
- le retrait précoce de la fille de l'école pour des raisons économique et sociale ;
- la prolifération des vidéo-clubs et des cyber-cafés à caractère pornographique ;
- le phénomène de la dot de libération pour les apprentis.

1.2.3. Impact social et économique de l'épidémie

L'épidémie du VIH/SIDA commence à avoir un impact sur les familles, un impact social et économique 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 2005 à 60 300 et l'augmentation du nombre d'orphelins de mère par le fait du SIDA estimé à 6 850 enfants et d'orphelins de père par le fait du SIDA estimé à 5140 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.

Au terme de l'analyse de la situation et des déterminants les actions prioritaires suivantes se dégagent pour la formulation du nouveau cadre stratégique.

-
- *La sensibilisation et la conscientisation de la population générale, surtout en ce qui concerne :*
- l'acceptation de la réalité du VIH/SIDA ;
 - la prise de conscience du risque ;
 - la promotion de l'utilisation des préservatifs ;
 - l'éducation sexuelle des jeunes ;
 - la non stigmatisation des PVVIH ;
 - l'amélioration de la condition de la femme, sous ses aspects social, économique et juridique ;
 - le développement des actions à caractère économique, que ce soit le développement en général ou les activités génératrices de revenus ;
 - le développement d'actions d'envergure concernant les femmes et la migration / prostitution, deux phénomènes très liés l'un à l'autre ;
 - l'éducation en général, et celle des filles en particulier ;
 - la prise en charge des PVVIH, sous ses aspects médical, social, psychologique et du point de vue des droits humains ;
 - la prise en charge pédiatrique ;
 - la prise en charge des IST ;
 - la prise en charge des OEV.
- *L'application des lois adoptées, surtout en ce qui concerne :*
- le code des personnes et de la famille ;
 - la loi portant sur la dot de libération des apprentis ;
 - la loi portant prévention, prise en charge et contrôle de la lutte contre le VIH/SIDA en République Bénin.

2. RESULTATS DE LA REVUE DU CADRE STRATEGIQUE 2001-2005

La revue conjointe a analysé le niveau d'atteinte des objectifs généraux du cadre stratégique 2001-2005 qu'il convient ici de rappeler.

2.1 RAPPEL DES OBJECTIFS GENERAUX DU CADRE STRATEGIQUE 2001-2005

Les objectifs généraux dans le cadre de l'intensification de la lutte contre le SIDA sont :

- 1- créer un cadre institutionnel favorable à la multisectorialité de la lutte contre les IST et le VIH/SIDA, ainsi que la gestion et le suivi du Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST au Bénin ;
- 2- promouvoir par la communication la prise de conscience et l'appropriation de la lutte contre le VIH/SIDA/IST par la communauté ;
- 3- réduire la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles au Bénin ;
- 4- augmenter le taux d'utilisation des préservatifs ;
- 5- assurer à 100% la Sécurité Transfusionnelle par rapport au VIH et minimiser la transmission du VIH durant toute autre pratique invasive ;
- 6- stabiliser la prévalence de l'infection à VIH/SIDA chez les enfants et les jeunes de 10 à 24 ans ;
- 7- renforcer les capacités des femmes des zones rurales et urbaines à s'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA/IST;
- 8- réduire à moins de 15% la transmission mère-enfant du VIH ;
- 9- réduire de façon significative la prévalence du VIH/SIDA/IST au sein des populations mobiles : (travailleurs saisonniers, routiers, transporteurs, commerçants, réfugiés, déplacés, touristes, travailleuses du sexe, personnel des Forces Armées) ;
- 10- réduire la prévalence des IST et VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe (PS) et leurs clients ;
- 11- assurer une prise en charge correcte de toutes les PVVIH du Bénin ;
- 12- optimiser la fiabilité de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA/IST au Bénin ;
- 13- suivre les tendances des comportements des populations cibles vis-à-vis du VIH/SIDA/IST ;
- 14- promouvoir la recherche biomédicale sur le VIH/SIDA/IST.

2.2 ANALYSE DES RESULTATS PAR OBJECTIF

Cadre institutionnel

Le décret n° 2002- 273 du 18 juin 2002, portant création, attributions, organisation et fonctionnement du CNLS est l'acte officiel qui fait du CNLS, l'institution nationale chargée de la coordination de la lutte multisectorielle contre le VIH/SIDA/IST au Bénin. Depuis son installation en 2003, le Secrétariat Permanent (SP/CNLS) de cette institution, met progressivement en place les différents services qui le composent, en les dotant des ressources humaines compétentes pouvant lui permettre d'assumer sa responsabilité. Il commence à s'affirmer comme l'unique organe chargé de la coordination nationale, en dépit des nombreuses difficultés auxquelles il est confronté. Ces difficultés sont liées à l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières. Sur le plan administratif le SP/CNLS relève du Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances, et est rattaché au secrétariat général de ce ministère. Cette position au niveau administratif ne favorise pas toujours le leadership et l'allocation des ressources financières suffisantes au SP/CNLS pour lui permettre de jouer pleinement son rôle. Cependant, l'existence du CNLS et de ses démembrements constitue un acquis important qui doit être consolidé. Au cours des deux années après son installation, le Secrétariat Permanent a enregistré les acquis et faiblesses suivants :

Acquis

- Existence d'une volonté politique à tous les niveaux ;
- Elaboration, financement et mise en œuvre des plans d'action sectoriels de lutte contre le sida au niveau des ministères à travers des Unités Focales de Lutte contre le Sida, même si certaines d'entre elles ne sont pas encore assez fonctionnelles ;
- Existence d'un plan opérationnel des activités de lutte contre le SIDA dans plusieurs communautés de base ;
- Mise en place de plusieurs cadres de concertation multisectorielle ;
- Mise en place d'un groupe consultatif de suivi et évaluation ;
- Adoption et promulgation de la loi sur le VIH/SIDA/IST, qui vient combler un vide juridique en matière de discrimination et de stigmatisation envers les personnes infectées et affectées ;
- Tenue régulière des sessions du CNLS ;
- Identification d'une liste d'indicateurs nationaux de suivi évaluation ;
- Elaboration du manuel de suivi – évaluation en cours ;
- Fort partenariat a été développé avec la société civile et les communautés de base ;
- Création de réseaux d'ONG locales : réseau des ONGs Béninoises de Santé (ROBS), Réseau National des ONGs de lutte contre le SIDA (RENOLS), Réseau des Associations Béninoises des Jeunes (RABEJ), Réseau Béninois des Associations de Personnes Vivant avec le VIH (RÉBAP+), Réseau Béninois des Journalistes (REBEJ) ;

- Initiation, lancement et mise en œuvre en cours dans les cinq pays du projet régional Corridor le long de l'axe Abidjan-Lagos en direction des populations mobiles ;
- Initiation, et mise en œuvre en cours dans dix huit pays du projet régional AWARE (Action for West African Region) ;
- Développement du partenariat international : la lutte contre le VIH/SIDA/IST est appuyée par de nombreux partenaires qui ont intégré le volet VIH/SIDA/IST dans leurs différents programmes de développement. Tous les partenaires au développement se sont inscrits dans le cadre du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2001-2005. Le cadre d'appui et de concertation des partenaires au développement est représenté par le groupe thématique ONUSIDA élargi ;
- Existence d'un groupe thématique ONUSIDA opérationnel avec une présidence tournante tous les ans assurée par les partenaires multilatéraux. La Vice-présidence assurée par les partenaires bilatéraux a été instaurée depuis 2001.

Faiblesses

- Faible appropriation des « Three-Ones » par les intervenants ;
- Faible leadership du SP / CNLS dû entre autres à une insuffisance dans l'arrangement institutionnel des projets de lutte contre le SIDA ;
- Insuffisance de ressources financières, humaines et matérielles pour assurer le fonctionnement correct du SP/CNLS et de ses structures décentralisées ;
- Retard dans la mise en place d'un système unique de suivi évaluation, susceptible de fournir des informations stratégiques à tous les partenaires ;
- Absence d'arbitrage, d'orientation et d'affectation de ressources par le SP/CNLS ;
- Inexistence d'un plan de plaidoyer ;
- Inexistence d'un mécanisme de mobilisation des ressources ;
- Mobilité du personnel du Secrétariat Permanent ;
- Problème de prérogatives dû à la non révision de l'Arrêté portant attributions, organisation et fonctionnement du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) et au maintien de cette dénomination contrairement aux recommandations du premier cadre stratégique ; le PNLS est un programme sectoriel santé de lutte contre le SIDA et non le programme national qui est multisectoriel depuis 2001.

Communication pour le changement de comportement, population générale et groupes vulnérables

Le volet Communication pour le Changement de Comportement du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST a été mis en œuvre à travers plusieurs objectifs, stratégies et activités. Toutes ces réalisations se résument dans les axes d'intervention suivants :

- le renforcement de la communication par les médias et les canaux traditionnels ;
- l'introduction des curricula sur le VIH / SIDA et les IST dans les programmes d'enseignement du système éducatif formel ;
- le renforcement de l'implication des communautés elles mêmes ;
- l'élaboration de documents normatifs et des supports audiovisuels sur divers thèmes ;
- le marketing social du préservatif.

La revue de la mise en œuvre de ce domaine a permis de noter des acquis mais également des faiblesses.

Acquis

- Amélioration des connaissances des jeunes de moins de 25 ans : 85% en 2005 contre 48% en 2002 ; 74% sont intéressés de connaître leur statut sérologique ;
- Implication plus accrue des médias à travers le partenariat de plusieurs acteurs avec les médias et la création de centre multimédia animé par les jeunes pour les jeunes (52 Radios de proximité, 6 organes de presse écrite, une station de télévision) ;
- Elaboration de plusieurs documents éducatifs spécifiques sur le VIH/SIDA/IST au niveau du système éducatif formel (6000 enseignants et 120 inspecteurs formés pour l'utilisation desdits documents) ;
- Utilisation des vedettes et des chanteurs traditionnels pour véhiculer les messages à travers les sketches, les théâtres, les contes et la musique : (2500 communautés ont participé dans leur commune respective à un concours de sketch pour la lutte contre la stigmatisation des PVVIH) ;
- Renforcement de l'implication des communautés à travers la formation d'une masse critique de pairs éducateurs et de relais communautaires (112 000) dans tout le pays par tous les projets et programmes ;
- Témoignage des PVVIH à visage découvert pour passer des messages au sein des communautés à travers des causeries ;
- Causeries intitulées « 5 minutes pour sauver la vie » sur le VIH/SIDA/IST avant le démarrage effectif des cours dans certains établissements secondaires ;
- Mise en œuvre de plans d'actions de lutte contre le SIDA par des groupes religieux de tous ordres (chrétiens, musulmans, couvents et dignitaires) ;
- Mise en place du matériel audio visuel pour des interventions spécifiques sur le VIH/SIDA/IST en direction des femmes au niveau des centres de promotion sociale ;
- Mise en place des centres d'écoute et de conseil sur le VIH/SIDA au niveau de certains centres de jeunes et de loisirs ;

- L'installation des clubs Anti-SIDA animés par les élèves, enseignants et parents d'élèves. Ils sont fonctionnels dans quatre vingt (80) établissements secondaires ;
- Existence d'un programme de marketing social du préservatif masculin : 16 907 points de vente, une centaine de distributeurs automatiques, 2 112 030 préservatifs distribués en 2004, 493 préservatifs féminins utilisés à titre expérimental chez les travailleuses de sexe.

Faiblesses

- Absence d'une stratégie nationale de communication harmonisée en matière d'IEC, CCC et de diffusion des messages auprès des groupes spécifiques ;
- Absence d'un cadre formel de concertation entre les intervenants en Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ;
- Non prise en compte par tous les acteurs et non vulgarisation du document de stratégies, normes et procédures en CCC ;
- Difficultés d'intégration par les populations dans leurs habitudes de vie des modes de prévention compte tenu des facteurs socio- culturels ;
- Non évaluation des curricula conçus depuis 2001 par rapport au nouveau programme ;
- Multiplicité des curricula : élaboration et édition ;
- Faiblesse de la collaboration inter sectorielle (Ministères de la famille, de la défense, de l'éducation, de la jeunesse, de la santé, du développement rural ...) ;
- Non intégration des curricula dans le programme d'enseignement de différents curricula par plusieurs structures.

Réduire la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles au Bénin

Pour ce qui est de la prévention et de la prise en charge des IST, les efforts déployés ont abouti au renforcement du plateau technique.

Acquis

- Rapport du SNIGS : 33 218 cas d'IST notifiés en 2004 ;
- Traitement par l'approche syndromique au niveau de la plupart des formations sanitaires ;
- Conformité de l'utilisation des algorithmes dans 96% des formations sanitaires offrant les prestations de prise en charge des IST ;
- 7199 cas d'IST ont été dépistés en 2004 sur 15723 visites médicales enregistrées dans les services adaptés ;
- Formation de 576 professionnels de santé (médecins, sage-femmes, infirmiers) sur la prise des IST ;
- Identification et création des sites IST dans des centres de santé et des hôpitaux de zone ;

- Elaboration de manuel de Normes et Procédures IST ;
- Elaboration de manuel de formation sur les IST ;
- Révision des algorithmes de prise en charge des IST ;
- Renforcement de la supervision formative ;
- Mise en service d'un nouveau laboratoire de référence et renforcement du plateau technique des laboratoires régionaux.

Faiblesses

- Insuffisance dans la surveillance épidémiologique des autres IST, en dehors des trois syndromes retenus dans le SNIGS surveillance ;
- Absence d'un réseau de surveillance de la résistance du gonocoque aux antibiotiques.

Augmenter le taux d'utilisation des préservatifs

L'utilisation du préservatif par les jeunes lors des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois se présente comme suit :

- Jeunes scolarisés : garçons : 54,8% ; filles : 46,3%
- Jeunes non scolarisés : garçons : 65,3% ; filles : 57,0%

Acquis

- Plusieurs séances de plaidoyer, de sensibilisation, des conférences et ateliers ont été organisées en direction des responsables religieux et principalement les catholiques pour les amener à assouplir leur position vis-à-vis de l'utilisation du condom ;
- 16907 points de vente ont été mis en place par PSI et d'autres points de vente ont été installés par le projet CORRIDOR entre autre ;
- Il existe un programme de marketing social du préservatif masculin, renforcé par la mise en place des points de ventes communautaires de préservatifs et de distributeur automatique de préservatifs (buvettes, cafétéria, stations d'essence, salon de coiffure, couture, pairs éducateurs, etc...) ;
- Au moins 11701 pairs éducateurs ont reçu des formations sur la démonstration de l'utilisation correcte du condom. Cette démonstration se fait lors de toutes les activités de sensibilisation qui se font sur toute l'étendue du territoire ;
- Des partenaires comme le Fonds Mondial, le projet CORRIDOR sont plus impliqués dans l'approvisionnement du préservatif.

Faiblesses

- Faible implication des femmes et des jeunes ;
- Faible capacité des femmes à négocier l'utilisation du préservatif ;
- Faible capacité des TS à négocier l'utilisation des préservatifs avec leurs clients ;
- Faible promotion de l'utilisation du préservatif féminin ;
- Faible implication des partenaires dans la mise en place des points de vente et l'approvisionnement en préservatifs.

Assurer à 100% la Sécurité Transfusionnelle par rapport au VIH et minimiser la transmission du VIH durant toute autre pratique invasive

La biologie du VIH/SIDA était prise en compte dans l'ancien cadre stratégique à travers l'objectif intitulé « assurer une prise en charge correcte de toutes les PVVIH au Bénin » et l'objectif intitulé « assurer à 100% la sécurité transfusionnelle par rapport au VIH et minimiser la transmission du VIH durant toute autre pratique invasive ». Le volet biosécurité n'avait donc pas été pris en compte.

Dans la mise en oeuvre de ce cadre stratégique, la biologie s'est retrouvée au carrefour de plusieurs activités de lutte contre le SIDA, surtout avec l'avènement des Antiretroviraux. Ainsi, plusieurs activités ont été menées bien que n'étant pas prévues. L'extension du réseau des laboratoires VIH s'est également poursuivie, caractérisée essentiellement par la création des laboratoires des CIPEC et l'installation d'un nouveau laboratoire de référence au PNLIS en vue d'assurer le suivi biologique des patients sous ARV.

Ainsi, le réseau des laboratoires VIH est actuellement structuré comme suit :

- laboratoires de niveau 1 : laboratoires des formations sanitaires périphériques
- laboratoires de niveau 2 : laboratoires de niveau intermédiaire (CIPEC, SDTS, HZ, CHD)
- laboratoires de niveau 3 : laboratoire de référence du PNLIS, laboratoires du SNTS, du CNHU, du CNHPP, du LNSP).

Acquis

- Accroissement du nombre de personnes dépistées entre 2001 et 2005 ;
- Généralisation de la sensibilisation dans les communautés notamment aux chefs religieux et aux chefs des cultes traditionnels ;
- Gratuité du dépistage dans plusieurs formations sanitaires et CIPEC ;
- Suivi biologique assuré dans tous les CIPEC ;
- Existence d'un document de normes et directives pour le dépistage du VIH et le suivi biologique des PVVIH ;
- Dépistage systématique du VIH, de la Syphilis et de l'hépatite B sur toutes les poches de sang ;
- Existence d'un guide d'utilisation rationnelle du sang ;

- Existence d'un document de politique de gestion des déchets bio médicaux.

Faiblesses

- Insuffisance dans l'approvisionnement en réactifs et consommables ;
- Suivi biologique encore limité aux chefs-lieux des départements (numération des CD4 surtout) ;
- Absence de ressources financières pour le suivi médical des donneurs ;
- Tri des déchets non systématique dans la plupart des formations sanitaires ;
- Non vulgarisation du décret portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux.

Prise en charge

Le Bénin fait partie des pays à épidémie généralisée de faible prévalence. La prévalence moyenne de l'infection est passée de 0,3% en 1990 à 2,00% en 2004. Elle varie de 0,3 % à 3,3% selon les départements.

Le Bénin a officiellement opté pour une stratégie d'accès aux antirétroviraux (ARV) y compris pour les enfants. La trithérapie a réellement démarré en février 2002.

Le nombre de sites de prise en charge en ARV est passé de 7 en 2002 à 40 en fin 2005 avec 4533 patients sous traitement au 31 décembre 2005. (voir tableau ci- dessous)

Tableau 2.1 : Nombre de personnes sous ARV selon les départements au 31 décembre 2005

DEPARTEMENTS	PVVIH sous ARV
Atacora – Donga	275
Atlantique – Littoral	2442
Borgou – Alibori	273
Mono- Couffo	615
Oueme – Plateau	572
Zou – Collines	356
TOTAL	4533

Source : PNLS/Bénin : Rapport du 4^e trimestre 2005

Au 30 septembre 2005, 6789 patients ont bénéficié d'un traitement pour les infections opportunistes.

La prise en charge des PVVIH est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon des critères bien définis. En 2005 : 122 médecins, 787 infirmiers et sages femmes et 26 techniciens de laboratoire ont été formés à la PEC des PVVIH.

A partir de décembre 2004, le traitement par les ARV a été déclaré gratuit. Le document de politique, normes et procédures de prise en charge des PVVIH a été élaboré et validé en 2004.

Acquis

- La prise en charge des Infections Opportunistes (IO) est effective sur les sites de Prise en Charge (PEC) même s'il y a des ruptures de stock de cotrimoxazole ;
- La volonté politique d'assurer la gratuité des ARV ;
- La rareté des ruptures de stock en ARV ;
- L'existence d'un pool de formateurs par département pour la PEC ;
- Tous les agents impliqués dans la PEC par les ARV ont été formés ;
- L'extension des sites de prise en charge au niveau de tous les départements est une réalité ;
- L'existence d'un programme de prise en charge intégrée de l'infection VIH et de la tuberculose ;
- Les PVVIH ont davantage accès aux ARV.

Faiblesses

- L'insuffisance en ressources humaines (qualité et quantité) ;
- L'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle ;
- Les ruptures de stock en Cotrimoxazole pour la prévention et le traitement des IO ;
- L'insuffisance de dissémination des directives pour la prévention et la conduite à tenir en cas d'Accident d'Exposition au Sang (AES) ;
- L'insuffisance de la vulgarisation des supports pédagogiques, des documents de normes et procédures ;
- L'insuffisance de la prise en charge des enfants ;
- L'inexistence de formes pédiatriques pour certains médicaments ;
- L'inexistence de supports pour le suivi des activités de prise en charge ;
- L'insuffisance et la mauvaise coordination des actions menées chez les OEV.

Surveillance épidémiologique et recherche

Les objectifs retenus dans le cadre stratégique pour la surveillance épidémiologique sont globalement atteints, même si des efforts importants doivent être déployés pour améliorer la notification des cas de SIDA et la surveillance des cas d'IST. La grande enquête nationale de validation des données de la séro-surveillance a été effectivement réalisée en 2002. A partir des résultats de cette enquête, la représentativité du réseau de surveillance sentinelle a été considérablement améliorée dès 2002 par l'augmentation du nombre de sites, qui de 7 de 1990 à 2001 est passé à 39 en 2003, 46 en 2004 et à 50 en 2005. Il importe de faire remarquer ici la régularité de la séro-surveillance qui chaque année met à disposition de tous les acteurs des données fiables, chez les consultantes prénatales.

En ce qui concerne la notification des cas de SIDA, bien que toutes les activités prévues dans le cadre de l'amélioration de cette notification au niveau du cadre stratégique aient été réalisées, le nombre de cas de sida déclarés ne représente qu'une faible proportion des cas de sida estimés : en 2004 par exemple, sur les 7930 cas attendus selon les estimations, seulement 420 cas ont été déclarés au PNLS. La réalisation des enquêtes périodiques dans les structures hospitalières et dans les structures de prise en charge pourrait combler en partie ces lacunes. L'amélioration de la surveillance des IST par la formation et la sensibilisation du personnel de santé sur la notification des cas, et des enquêtes de prévalence a été retenue dans le cadre stratégique. A cet effet, 3 syndromes ont été retenus dans le SNIGS, à savoir l'écoulement urétral, les pertes vaginales, les ulcères génitaux. Ces données sont disponibles au niveau du SNIGS ; il faudra donc mettre en place un mécanisme efficace de gestion de ces données au niveau de l'unité de suivi évaluation du CNLS, et planifier des enquêtes périodiques sur la prévalence des autres IST.

La surveillance des tendances des comportements des populations cibles vis-à-vis du VIH/SIDA/IST a démarré en 2001 au Bénin par une enquête de surveillance comportementale chez les travailleuses de sexe, les camionneurs, les routiers, les jeunes et adolescents non mariés. Cette enquête, compte tenu de son coût, est planifiée une fois tous les 2 à 3 ans. La dernière, c'est à dire la deuxième a combiné l'enquête comportementale à la biologie VIH et IST; elle a été réalisée en 2004 – 2005 mais les résultats ne sont pas encore disponibles jusqu'ici. Une bonne analyse des résultats, couplée à ceux de l'enquête de sérosurveillance devrait permettre une meilleure interprétation des résultats de la sérosurveillance et un meilleur suivi des connaissances et comportements dans ces groupes cibles.

La promotion de la recherche n'a malheureusement pas bénéficié de toute l'attention requise, au cours de la mise en œuvre du cadre stratégique 2001-2005. Certes, des études ponctuelles sur des thèmes variés, non nécessairement retenus comme prioritaires par le CNLS, ont été menées par divers acteurs, mais l'absence d'un cadre organisé de concertation et de partenariat entre les différents acteurs et structures de recherche, ne favorise pas une planification et une exploitation correcte des résultats de ces différentes études. Il est important de souligner la faible collaboration entre la médecine moderne et les praticiens de la médecine traditionnelle.

Acquis

- La surveillance épidémiologique se fait régulièrement avec une forte participation des acteurs du système sanitaire des départements ;
- La représentativité du réseau sentinelle s'est améliorée grâce aux résultats de l'enquête nationale de validation réalisée en 2002 avec une optimisation de la fiabilité des données de la surveillance par réseau sentinelle ;
- L'extension du réseau sentinelle a permis une meilleure répartition des sites et la prise en compte du milieu urbain depuis 2003 ;
- La mise en place d'un groupe technique pluridisciplinaire fonctionnel de surveillance épidémiologique, d'analyse des données et d'interprétation des résultats en 2002 ;

- Les rapports annuels parviennent aux acteurs sous forme de rétro information ;
- L'existence de données sur les comportements, les connaissances et attitudes des différents groupes cibles vis-à-vis du VIH/SIDA/IST ;
- La création au sein du MS d'une direction de la recherche pour une meilleure coordination des activités de recherche ;
- L'existence d'une équipe pluridisciplinaire de recherche sur le VIH / SIDA et les IST incluant les différents partenaires et des institutions de recherche des autres ministères depuis 2004.

Faiblesses

- L'absence de coordination entre les différents partenaires ou institutions menant des travaux de recherche ;
- L'insuffisance des ressources financières allouées à la surveillance épidémiologique ;
- Les activités de surveillance épidémiologique et de recherche ne sont pas coordonnées par le CNLS mais par le secteur de la santé ;
- L'absence de collaboration entre les tradithérapeutes intervenant dans le domaine de la lutte contre le SIDA et les structures de prise en charge du VIH/SIDA/IST ;
- Le système de notification des cas de SIDA n'est pas pleinement fonctionnel ;
- Le groupe technique de surveillance épidémiologique n'est pas formalisé ;
- L'équipe pluridisciplinaire de recherche sur le VIH/SIDA/IST n'est ni formalisée ni fonctionnelle ;
- L'insuffisance de dissémination des données épidémiologiques ;
- L'inexistence d'un comité d'éthique.

Prévention de la transmission mère-enfant

De façon globale, les données de la revue rapportent que la prise en compte de la PTME a été effective au Bénin pendant la période considérée (2001-2005) conformément aux objectifs du cadre stratégique de lutte contre le VIH /SIDA, et plus particulièrement à l'objectif général du cadre stratégique visant à réduire à 15% la transmission mère-enfant du VIH au Bénin à travers 3 stratégies : la sensibilisation, la promotion du dépistage volontaire, et l'administration d'un traitement antirétroviral à toutes les femmes enceintes séropositives.

La mise en œuvre s'est organisée autour des principales stratégies suivantes :

- 1- le développement de l'offre de services ;
- 2- le renforcement institutionnel et la mise en place d'un cadre réglementaire ;
- 3- l'assurance continue de la qualité ;
- 4- le développement et le renforcement des capacités des ressources humaines ;
- 5- la recherche opérationnelle ;
- 6- la communication et la participation communautaire ;

- 7- l'intégration des services ;
- 8- la mobilisation des ressources et le partenariat ;
- 9- la gestion et le suivi-évaluation ;
- 10- la décentralisation.

Grâce à cette dynamique, en fin 2005 on note l'existence d'une offre nationale de services PTME dans 32% des formations sanitaires réparties dans 50% des zones sanitaires (16/34). L'accessibilité financière est assurée par la gratuité du paquet retenu dans le cadre stratégique initial (gratuité du test et gratuité des ARV). En terme de couverture des cibles, celle-ci reste faible puisque le programme ne touche que 11% des femmes enceintes attendues sur le territoire à travers le dépistage volontaire tandis que seules 6% des femmes séropositives bénéficient d'une prophylaxie antirétrovirale.

Acquis

Malgré la faible couverture des cibles, le programme PTME révèle de nombreux points forts au niveau du renforcement du système, au rang desquels :

- la structure du programme avec l'existence des équipes centrale et périphérique appuyées par les organes que sont la cellule technique de coordination et le comité de pilotage ;
- l'assurance continue de la qualité et la standardisation des pratiques ;
- le système de gestion et d'approvisionnement ;
- la supervision fréquente et formative ;
- l'existence de normes et procédures en PTME ;
- l'existence de modules de formation en PTME.

Faiblesses

Des faiblesses du programme ont été identifiées ; elles résident davantage dans le paquet de services et devront être pris en compte dans le cadre de l'élaboration du nouveau cadre stratégique, il s'agit de :

- la forte verticalisation et l'absence d'intégration avec les activités de santé familiale et de santé de la reproduction (CPN recentrée, réduction de la mortalité néonatale et infantile, PCIME) ;
- la faible prise en compte du volet alimentation et VIH ;
- l'absence de directives pour le dépistage des femmes en salle de travail et en post partum ;
- la faible implication des partenaires ;
- l'absence de pool de formateurs départementaux pour la PTME ;
- le faible suivi des enfants.

2.3 RECOMMANDATIONS

Au terme de la revue du cadre stratégique national 2001-2005, les recommandations suivantes ont été formulées :

- assurer la mise en œuvre de la feuille de route adoptée permettant au Bénin d'aller à l'accès universel d'ici 2010 et intégrer l'aspect genre à tous les niveaux de la réponse nationale ;
- intensifier la prévention en direction des populations vulnérables et des jeunes ;
- renforcer les capacités des structures et des acteurs de coordination et de suivi évaluation à tous les niveaux ;
- renforcer le leadership du Secrétariat Permanent du CNLS et de ses structures décentralisées en les positionnant au plus haut niveau et en mettant des ressources humaines, matérielles et financières à leur disposition ;
- réviser l'Arrêté n° 1384/MSP/DC/SGM/SA du 28 février 2001 portant attributions organisation et fonctionnement du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), qui est un programme sectoriel santé de lutte contre le SIDA et non le programme national ;
- revoir l'arrangement institutionnel de tous les projets conformément aux « Three Ones » ;
- accélérer la mise en place du système unique de suivi et évaluation ;
- mettre en place un mécanisme permettant au CNLS de coordonner la surveillance épidémiologique et la recherche dans le cadre de l'opérationnalisation du « Three Ones » ;
- renforcer les capacités de toutes les Unités focales de Lutte contre le SIDA (UFLS) en stratégies de Communication (CCC) ;
- maintenir les acquis de la sécurité transfusionnelle à travers l'approvisionnement régulier en réactifs, une maintenance de l'équipement et un renforcement de la supervision et du contrôle de qualité ;
- renforcer les précautions universelles au niveau des structures sanitaires en vue de garantir la biosécurité ;
- renforcer l'appropriation par les communautés en suscitant une plus grande implication des organisations de la société civile, des réseaux interprofessionnels et toutes catégories d'acteurs au niveau local ;
- étendre les activités du programme PTME dans toutes les structures de santé en les intégrant dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires ;
- introduire la prise en charge nutritionnelle des PVVIH dans tous les sites ;
- rendre disponibles les formes pédiatriques des ARV ;
- améliorer le système d'information stratégique permettant de guider la réponse nationale.

3. CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2006-2010 : ORIENTATIONS ET GRANDES LIGNES

Vision

Une nation unie, engagée et décidée à réduire sensiblement la prévalence du VIH/SIDA et ses conséquences sur le développement du pays. Ce qui suppose la forte implication de toutes les composantes de la nation, la mobilisation des ressources propres et l'utilisation judicieuse des ressources extérieures.

Mission

Doter le Bénin d'un outil de coordination, de plaidoyer, de mobilisation des ressources, capable de fédérer toutes les interventions des projets et programmes, des associations de la société civile et des organisations communautaires dans le cadre des « Three Ones » en vue de réduire significativement la prévalence du VIH/SIDA/IST au cours de la période 2006-2010.

But

Réduire la prévalence de l'infection à VIH/SIDA/IST et son impact social et économique au Bénin.

3.1 PRINCIPES DIRECTEURS

La mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA/IST pour la période 2006-2010 sera guidée par les principes directeurs ci-après :

- le renforcement du cadre institutionnel de coordination dans le respect des « Three Ones » ;
- la consolidation de l'approche multisectorielle et décentralisée de la lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- l'accélération de la prévention de la transmission des IST et du VIH/SIDA ;
- l'accès universel aux traitements et aux soins pour les PVVIH ;
- la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de programmes nationaux spécifiques au profit des groupes vulnérables (travailleurs des secteurs formels et informels, OEV, personnes déplacées, travailleuses de sexe, routiers et migrants, etc.) ;
- le renforcement de l'approche genre dans la lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- le renforcement du rôle de la médecine traditionnelle dans la lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- la consolidation du partenariat et le plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- la gestion efficace et efficiente des ressources.

3.2 PRINCIPAUX ENGAGEMENTS

Le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA/IST repose sur les engagements suivants :

- l'engagement politique au plus haut niveau de l'Etat et la création d'un cadre institutionnel, le Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST (CNLS-IST).
- l'existence d'un cadre juridique national (dispositions constitutionnelles, traités et instruments juridiques internationaux, lois et règlements nationaux) dont certaines dispositions permettent la prise en compte des questions liées aux VIH/SIDA/IST.

Il s'agit notamment de :

- la Constitution du 11 décembre 1990 garantissant à tout citoyen du Bénin le droit à la santé ;
- la déclaration de la deuxième réunion de la commission indépendante sur l'Afrique et les enjeux du troisième millénaire (22 juin 2000) ;
- la déclaration d'Abuja sur le SIDA au sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernements Africains en 2001 ;
- la déclaration d'engagement de l'UNGASS (New York ; 2001) ;
- la résolution de Maputo 2005 ;
- le sommet mondial des Chefs d'Etat (New York, 2005) ;
- la Déclaration de Brazzaville 2006 ;
- la déclaration d'Abuja sur le SIDA au sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernements Africains en 2006 ;
- la loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA/IST en République du Bénin du 06 avril 2006 ;
- la déclaration nationale tripartite concernant le VIH/SIDA/IST en milieu de travail.

Enfin, le Bénin a pris en août 2000 des décisions très significatives qui consacrent l'engagement du Gouvernement à contribuer de façon substantielle à la lutte contre le VIH/SIDA/IST. Au titre de ces décisions ayant fait l'objet du Conseil des Ministres du 30 août 2000, il faut noter la création d'une ligne budgétaire réservée à la lutte contre le VIH/SIDA/IST au sein de chaque ministère.

3.3 AXES STRATEGIQUES ET OBJECTIFS GENERAUX

Les axes stratégiques et les objectifs généraux du Cadre Stratégique 2006-2010 sont :

AXE STRATEGIQUE 1 : COORDINATION, PLAIDOYER, PARTENARIAT ET MOBILISATION DES RESSOURCES

Objectif Général 1 : Promouvoir un environnement favorable à la multisectorialité, l'appropriation, la durabilité et la coordination efficace de la lutte contre le VIH/SIDA/IST dans le cadre des «Three Ones ».

AXE STRATEGIQUE 2 : 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 3 : 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 4 : 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 5 : 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 6 : SUIVI ET EVALUATION

Objectif Général 12 : Rendre opérationnel à partir de 2006 le Système National Unique de Suivi- Évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin.

4. DESCRIPTION DES AXES STRATEGIQUES ET DES OBJECTIFS

4.1 AXE STRATEGIQUE 1 : COORDINATION, PLAIDOYER, PARTENARIAT ET MOBILISATION DES RESSOURCES

Le Comité National de Lutte contre le SIDA est le cadre institutionnel multisectoriel de coordination de la réponse nationale. Il est doté d'un Secrétariat Permanent (SP/CNLS) dont le leadership mérite d'être affirmé.

En effet, la faiblesse des ressources (financières, matérielles et humaines) du SP/CNLS, l'absence d'un mécanisme performant et d'un pouvoir décisionnaire en matière d'arbitrage et d'affectation des ressources, l'inexistence d'une autonomie financière, sont autant de facteurs qui réduisent les performances du SP/CNLS en tant que structure de coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST au niveau national.

La lutte contre le VIH/SIDA/IST a besoin d'une prise de conscience à tous les niveaux pour une réduction effective de la prévalence au Bénin. Aussi, une coordination efficace des interventions est –elle nécessaire.

Pour que le SP/CNLS affirme son leadership, il importe de matérialiser le renouvellement de l'engagement politique à travers la participation effective du Président et des Vice - Présidents à toutes les grandes réunions du CNLS.

Au vu de ces différents constats, le nouveau cadre stratégique national 2006-2010 prévoit de :

- renforcer les capacités des structures de coordination au niveau national et décentralisé ;
- renforcer l'appropriation de la multisectorialité de la lutte contre le VIH-SIDA au niveau local ;
- mobiliser les ressources techniques et financières nécessaires pour la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA ;
- intégrer effectivement les actions de lutte contre le SIDA dans tous les documents de politique de développement.

Objectif Général 1 :

Promouvoir un environnement favorable à la multisectorialité, l'appropriation, la durabilité et la coordination efficace de la lutte contre le VIH/SIDA/IST dans le cadre des «Three Ones».

Objectif spécifique 1 :

Renforcer l'engagement, le leadership et la coordination nationale favorisant la multisectorialité et la mobilisation communautaire.

Stratégie 1 : renforcement des capacités des structures de coordination au niveau national et décentralisé.**Actions prioritaires**

- Transformer le Comité National de Lutte contre le SIDA et les IST (CNLS) en **Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA** doté d'un Secrétariat Exécutif à l'instar des pays de la sous-région ;
- Renforcer le leadership du Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA (SP/CNLS) **en le rattachant directement à la Présidence de la République**, c'est – à dire au Président du CNLS, comme dans les autres pays ;
- Réviser l'Arrêté n° 1384/MSP/DC/SGM/SA du 28 février 2001 portant attributions, organisation et fonctionnement du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), en le transformant en **Programme de Lutte contre le SIDA et les IST du Secteur Santé** (PLSSS) et ceci conformément aux termes de référence bien définis clarifiant son rôle vis-à-vis du CNLS ; le Programme National étant depuis 2001 un Programme multisectoriel ;
- Clarifier le rôle du CNLS en tant que seul organe national de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA avec les autres mécanismes notamment le Comité National de Coordination (CNC ou CCM) du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ;
- Renforcer les capacités du SP/CNLS et des structures décentralisées en ressources humaines, matérielles et financières en vue d'une meilleure coordination du Programme Nationale de Lutte contre le SIDA ;
- Etablir un lien entre l'arrangement institutionnel de tous les projets de lutte contre le VIH/SIDA/IST et le SP/CNLS ;
- Construire et équiper le siège du SP/CNLS ;
- Assurer l'arbitrage, l'orientation et l'affectation des ressources des programmes et projets à travers le CNLS.

Stratégie 2 : Renforcement de l'appropriation de la multisectorialité de la lutte contre le VIH-SIDA au niveau local.**Actions prioritaires**

- Susciter l'adhésion des acteurs de tous les secteurs à la lutte contre le VIH/SIDA/IST au niveau local ;
- Favoriser l'émergence des cadres de concertation multisectoriels ;
- Renforcer les capacités de tous les acteurs des différents secteurs de développement.

Stratégie 3 Plaidoyer pour une réponse nationale efficace**Actions prioritaires**

- Elaborer la cartographie des interventions des différents acteurs et l'actualiser chaque année ;
- Actualiser le Modèle d'Impact sur l'Epidémie du VIH/SIDA « AIM Bénin » (AIDS-Impact-Model) ;
- Créer un système d'information et de communication sur toutes les actions de lutte contre le SIDA ;
- Renforcer le leadership des structures de coordination dans le domaine de la mobilisation et de l'affectation des ressources ;
- Désigner un chef de file par domaine stratégique de lutte contre le SIDA.

Objectif spécifique 2 :

Mobiliser les ressources techniques et financières nécessaires pour la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA.

Stratégie 1 : Mobilisation des ressources**Actions prioritaires**

- Evaluer les besoins en financement des activités programmées à tous les niveaux ;
- Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du Cadre Stratégique Nationale ;
- Créer un fonds national de solidarité pour la lutte contre le SIDA ;
- Doter le SP/CNLS et ses structures décentralisées de ressources suffisantes pour leur fonctionnement inscrites directement au budget général de l'Etat ;
- Affecter les fonds PPTTE à tous les secteurs qui interviennent dans la lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- Assurer la concertation régulière entre les différents partenaires techniques et financiers.

Stratégie 2 : Amélioration de la gestion des ressources***Actions prioritaires***

- Veiller à l'harmonisation et l'alignement des financements pour le nouveau cadre stratégique : Budget National/FM 5^{ème} Round (composantes SIDA)/MAP2/BAD, Système des Nations et les autres partenaires ;
- Elaborer un programme d'action annuel conjoint budgétisé financé par tous les partenaires y compris le gouvernement ;
- Mettre en place un mécanisme de suivi de la gestion des ressources affectées aux acteurs.

Objectif spécifique 3 :

Intégrer la lutte contre le VIH/SIDA dans les plans de développement communal, départemental et national.

Stratégie 1 : Intégration effective des actions de lutte contre le VIH/SIDA/IST dans tous les documents de politique de développement.***Actions prioritaires***

- Intégrer la problématique du VIH/SIDA dans le DSRP2 et tenir compte des OMD ;
- Impliquer davantage les acteurs du secteur privé, les syndicats dans la mise en œuvre du cadre stratégique ;
- Harmoniser les cycles de programmation entre les plans de développement et le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST;
- Intégrer la problématique du VIH/SIDA dans les plans de développement communaux et départementaux.

4.2 AXE STRATEGIQUE 2 : PREVENTION ET PROMOTION DU DEPISTAGE

L'axe stratégique prévention et promotion du dépistage regroupe sept objectifs généraux formulés à partir des constats présentés ci-dessous.

L'objectif concernant la Communication pour le Changement de Comportement a mis en évidence les efforts faits dans ce domaine. A titre d'exemple, 85% des jeunes de moins de 25 ans ont acquis des connaissances sur le VIH/SIDA/IST en 2005 contre 48% en 2002 ; 74% de ces jeunes ont été sensibilisés pour connaître leur statut sérologique contre 50% en 2002. Un atout majeur dans ce domaine est l'introduction des curricula sur le VIH/SIDA dans les programmes scolaires. Malgré ces acquis, plusieurs insuffisances ont été notées : le manque d'action ciblée surtout envers les jeunes et les femmes, la faible implication des confessions religieuses et chefs de culte traditionnels, des PMT, la persistance de la stigmatisation, etc.

En ce qui concerne la Réponse Locale et Communautaire, même si plus de 514 ONG et 2594 communautés et 1 112 071 pairs éducateurs ont été formés sur l'ensemble du territoire nationale, il est difficile d'évaluer les niveaux d'atteinte des objectifs par faute d'indicateurs prévus dans le cadre stratégique 2001-2005.

Le monde du travail bien que n'ayant pas été suffisamment pris en compte dans le cadre stratégique 2001-2005, a bénéficié de certaines actions qui ont porté sur 4000 travailleurs soutenues par le BIT et les Unités Focales qui méritent d'être renforcés.

Pour ce qui est de la prévention et de la prise en charge des IST, les efforts déployés ont abouti au renforcement du plateau technique. Ainsi, des traitements par l'approche syndromique au niveau de la plupart des formations sanitaires est conforme aux algorithmes et dépasse les 96%. Sur 15723 visites médicales enregistrées dans les services adaptés, 7199 cas d'IST ont été dépistés en 2004. La surveillance épidémiologique des autres IST, en dehors des trois syndromes retenus dans le SNIGS, constitue une insuffisance de ce domaine. Il en est de même de la mise en place d'un réseau de surveillance de la résistance du gonocoque aux antibiotiques.

La sécurité transfusionnelle a connue une bonne évolution. En 2005, 100% des 56573 poches de sang prélevées ont été testées au VIH avec une prévalence de 1,9% de poches positives. La gratuité de la prise en charge a facilité l'accès au suivi biologique des PVVIH. Un des problèmes auquel reste confronté ce volet est la faible capacité de sélection des donneurs. Par ailleurs, le volet bio-sécurité n'avait pas été pris en compte. Cependant certaines activités ont été réalisées par la DHAB: construction de 22 incinérateurs, équipement de 45 formations sanitaires en matériels, formation du personnel, vulgarisation du décret portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux.

Les données de la revue du Cadre Stratégique National 2001-2005 rapportent que la PTME est effective au Bénin. A la fin de l'année 2005, on note l'existence d'une offre de service PTME, couvrant tous les départements et disponible dans près de 50% des zones sanitaires (16/34). La PTME est introduite dans 32% des

formations sanitaires (160/ 488). Avec près de 1 708 742 femmes en âge de procréer et 342 609 grossesses, 6 852 femmes séropositives sont attendues annuellement au Bénin : le taux de couverture en consultation prénatale des grossesses est de 92,3% en 2004. Le taux d'accouchements assistés est de 76%, celui de consultation post natale de 40,4% et 16,4% des femmes utilisent une méthode contraceptive. En terme de couverture des cibles, celle-ci reste faible puisque le programme ne touche que 11% des femmes enceintes attendues et que seules 6% des femmes séropositives bénéficient d'une prophylaxie antiretroviral (UNGASS). Le taux de transmission mère enfant estimé en 2005 demeure 29%. Toutefois, le problème d'intégration de la PTME à la SR reste entier.

Le dépistage volontaire s'est accru durant la période 2001 -2005 grâce aux nombreuses actions de sensibilisation et de mobilisation sociale organisées par les intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA/IST.

Au total 101852 personnes ont été dépistées volontairement en 2005 à travers 68 formations sanitaires qui offrent les services de dépistage volontaire anonyme et gratuit.

Il ressort de ces constats les objectifs ci-après :

- 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 ;
- réduire d'au moins 30% la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles dans la population générale et notamment les groupes vulnérables ;
- réduire d'au moins 25% la prévalence du VIH/SIDA et son impact social et économique en milieu du travail ;
- renforcer la sécurité transfusionnelle et la bio-sécurité ;
- réduire d'au moins 50% la proportion de nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives d'ici à 2010.

Objectif général 2 :

Réduire de 25% la prévalence de l'infection à VIH 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 spécifique 1 :

Amener 95% des jeunes de 10 à 24 ans à avoir des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et à rejeter les idées fausses d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Renforcement du dispositif de la communication pour le changement de comportement et l'appropriation de la lutte par la communauté.

Actions prioritaires

- Produire et diffuser les documents normatifs en CCC ;
- Elaborer un module de formation des formateurs en CCC ;
- Former par département, un pool de formateurs en CCC ;
- Mettre en place un groupe technique en CCC ;
- Mettre en place un mécanisme de coordination et de supervision périodique des activités de CCC.

Stratégie 2 : Généralisation de l'utilisation effective des curricula dans les écoles primaires, secondaires et professionnelles sur toute l'étendue du territoire.

Actions prioritaires

- Harmoniser tous les documents relatifs à l'enseignement du VIH/SIDA/IST (Curricula PNL, document EMP/EVF, nouveau programme et autres) dans le système éducatif formel ;
- Renforcer les capacités des enseignants à l'utilisation effective des curricula VIH/SIDA/IST ;
- Faire un plaidoyer en direction des autorités du secteur éducatif (Ministères) et des associations d'enseignants pour l'intégration effective des curricula VIH/SIDA/IST dans l'enseignement formel ;
- Faire un plaidoyer en direction des Associations de Parents d'Elèves (APE) pour faciliter l'intégration effective des curricula VIH/SIDA/IST dans l'enseignement formel ;
- Intégrer dans le suivi pédagogique des enseignants la supervision de l'utilisation des curricula.

Stratégie 3 : Développement de programmes spécifiques d'information sur le VIH/SIDA/IST.***Actions prioritaires***

- Généraliser la campagne « plus tard plus sûr » en collaboration avec les religieux pour retarder l'âge au premier rapport sexuel ;
- Intégrer les services d'écoute et de conseil dans les infirmeries scolaires les plus importantes ;
- Former des pairs éducateurs et éducatrices après harmonisation du contenu des modules de formation ;
- Dynamiser et étendre les clubs anti sida dans tous les collèges et lycées ;
- Concevoir, réaliser et diffuser des émissions interactives sur le VIH/SIDA/IST ; en direction des parents par les parents dans le cadre du partenariat avec les radios de proximité et les télévisions (renforcement des capacités des parents à éduquer leurs enfants sur une sexualité responsable) ;
- Concevoir, réaliser et diffuser des émissions interactives sur le VIH/SIDA/IST en direction des jeunes par les jeunes (des thèmes sur le VIH/SIDA/IST peuvent être insérés dans des émissions existantes) ;
- Concevoir, réaliser et diffuser des supports imprimés et audiovisuels sur le VIH/SIDA/IST en direction des jeunes, les centres de documentation, bibliothèques et autres ;
- Étendre le service d'information, d'écoute et de conseil dans 50% des Centres de Jeunes et de Loisirs (7 CJL existent en 2006) ;
- Former et recycler les directeurs et animateurs des centres de jeunes et loisirs ;
- Intégrer les services d'information sur le VIH/SIDA/IST dans les programmes de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s et jeunes ;
- Insérer sur les sites Web des structures de lutte contre le VIH/SIDA/IST des informations spécifiques à l'intention des adolescents, adolescentes et jeunes.

Stratégie 4 : Institutionnalisation de la prévention du VIH/SIDA/IST dans les programmes de formation professionnelle des jeunes non scolarisés.***Actions prioritaires***

- Faire un plaidoyer en direction des organisations des artisans pour l'application de la réglementation sur l'abolition de la dot de libération des apprentis ;
- Concevoir des modules de formation en direction des artisans et apprentis sur le VIH/SIDA/IST ;
- Former un pool de formateurs par commune parmi les responsables des associations, des artisans et les responsables des centres de formation professionnelle ;
- Concevoir, réaliser et diffuser des émissions inter actives sur le VIH/SIDA/IST en direction des jeunes par les jeunes en langues nationales ;
- Concevoir, réaliser et diffuser des émissions inter actives sur le VIH/SIDA/IST en direction des tuteurs et des parents ;
- Intégrer la prévention du VIH/SIDA/IST dans les programmes de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent (e)s et jeunes ;
- Utiliser des modèles dans le milieu sportif et artistique pour véhiculer des messages ;
- Utiliser des activités évènementielles pour passer des messages.

Stratégie 5 : Amélioration de l'éducation générale des jeunes et surtout des jeunes filles.***Actions prioritaires***

- Disséminer et opérationnaliser la loi relative à la scolarisation systématique des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans ;
- Alphabétiser les jeunes non scolarisés (es) ou déscolarisés (es) ;
- Créer des opportunités de mobilisation de ressources pour la survie au profit des adolescents, adolescentes et jeunes ;
- Intégrer la formation sur les compétences de vie courante (lifeskills) ;
- Insérer sur les sites web des structures de lutte contre le VIH/SIDA/IST des informations spécifiques à l'intention des adolescents, adolescentes et jeunes.

Stratégie 6 : Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins.**Actions prioritaires**

- Etendre les points de vente et l'installation des distributeurs automatiques au niveau des centres de formation des jeunes et des loisirs ;
- Approvisionner régulièrement les points de vente ;
- Mener des campagnes régulières de promotion des préservatifs féminins et masculins ;
- Former les pairs éducateurs.

Objectif spécifique 2 :**Réduire le risque et la vulnérabilité des femmes au VIH/SIDA/IST.**

Stratégie 1 : Implication des groupes constitués existants¹, des animatrices rurales puis des travailleurs sociaux, au programme d'information et de sensibilisation des femmes sur le VIH/SIDA/IST et l'adoption des comportements sexuels à moindre risque.

Actions prioritaires

- Former les responsables des groupes constitués en CCC/VIH/SIDA/IST ;
- Elaborer et multiplier des supports d'information sur le VIH/SIDA/IST ;
- Elaborer un programme d'informations ;
- Mettre à disposition les préservatifs masculins et féminins ;
- Développer des programmes d'émissions radiodiffusées femmes pour femmes.

Stratégie 2 : Alphabétisation et éducation des femmes surtout en zone rurale.

Actions prioritaires

- Généraliser les campagnes d'alphabétisation fonctionnelle des groupements et associations de femmes ;
- Encourager l'apprentissage du français fondamental (cours d'adultes) et des universités populaires pour les femmes ;
- Créer des centres d'apprentissage du français fondamental et des centres d'enseignements populaires pour les femmes ;
- accroître le taux de scolarisation des filles.

¹ Groupe de soutien à l'allaitement maternel et l'utilisation des moustiquaires imprégnées, les groupements féminins, des amicales de femmes, les associations des chefs de ménage et autres

Stratégie 3 : Renforcement des capacités des femmes à augmenter leurs revenus.***Actions prioritaires***

- Organiser des séances de formation dans le domaine de la gestion des activités génératrices de revenus ;
- Mettre en place des mécanismes de crédits-épargne aux groupements féminins ;
- Rechercher les ressources nécessaires pour la mise en place des centres de crédits-épargnes facilement accessibles aux femmes ;
- Faire le plaidoyer en direction des époux afin qu'ils soutiennent les femmes en vue d'une bonne gestion des crédits ;
- Sensibiliser les Autorités pour l'établissement plus aisé de pièces d'état civil aux femmes.

Stratégie 4 : Promotion des valeurs socio-culturelles favorables à l'épanouissement de la femme.***Actions prioritaires***

- Sensibiliser les chefs traditionnels, les leaders d'opinion, les chefs de partis politiques, les diverses autorités politico-administratives sur les valeurs socio-culturelles ;
- Encourager les valeurs socio-culturelles positives : retard au premier rapport sexuel, fidélité etc.

Stratégie 5 : Amélioration du statut juridique des femmes par un plaidoyer en direction des institutions de l'État pour l'application effective du code de la famille et des personnes.***Actions prioritaires***

- Plaidoyer en direction des autorités politico-administratives et des associations féminines ;
- Former les agents de l'Etat civil chargé de la mise en application du code de la famille ;
- Vulgariser le code de la famille à toute la communauté ;
- Assurer le suivi au niveau des circonscriptions administratives.

Stratégie 6 : Renforcement de la vie associative des femmes tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines.**Actions prioritaires**

- Plaidoyer en direction des leaders d'opinions, des chefs religieux et des femmes elles-mêmes pour la consolidation des groupements féminins existants et pour leur extension en zones rurales comme en zones urbaines ;
- Mobiliser les Préfets et les Maires pour qu'ils suscitent l'engagement des femmes à la lutte contre le VIH/SIDA/IST.

Objectif spécifique 3 :

Amener 90% des TS à avoir des connaissances exactes sur les moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et à utiliser systématiquement le préservatif avec leurs clients d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Développement de programmes spécifiques d'information sur le VIH/SIDA/IST en direction des TS, de leurs clients et des propriétaires de maisons closes.**Actions prioritaires**

- Faire un recensement régulier des TS, avec une attention particulière sur la prostitution clandestine ;
- Identifier les moyens appropriés pour atteindre les TS clandestines ;
- Renforcer les capacités des TS à négocier l'utilisation du préservatif avec leurs clients ;
- Renforcer l'implication des tenanciers de bars et les propriétaires des maisons closes ;
- Former les pairs éducateurs ;
- Harmoniser les modules de formation des TS et leurs partenaires ;
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins aux TS et leurs clients.

Stratégie 2 : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'endroit des TS.**Actions prioritaires**

- Développer des activités de plaidoyer en direction des autorités politico-administratives, des forces de sécurité et des agents de santé ;
- Promouvoir la création des groupes de parole au sein des TS ;
- Créer un partenariat avec les institutions de micro finance pour faciliter l'accès des femmes aux micro crédits afin de les encourager à mener des activités génératrices de revenu.

Objectif spécifique 4 :

Augmenter d'au moins 50% le pourcentage des populations mobiles (routiers/camionneurs, réfugiés, corps habillés, etc.) ayant des connaissances exactes sur les moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et utilisant systématiquement le préservatif avec leurs partenaires occasionnels (les) d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Renforcement des activités de sensibilisation des populations mobiles sur les risques de transmission du VIH/SIDA/IST au cours de leur déplacement.

Actions prioritaires

- Elaborer/diffuser des supports d'information sur le VIH/SIDA/IST ;
- Mettre en place des grands panneaux d'information sur le VIH/SIDA/IST au niveau des gares routières, de l'aéroport, des ports, des parcs de vente de véhicule, des grands axes routiers, des camps de réfugiés et dans les garnisons...;
- Renforcer l'implication des leaders des communautés mobiles, les syndicats des routiers et transporteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions de lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- Former les pairs éducateurs.

Stratégie 2 : Disponibilité régulière des préservatifs masculins et féminins.

Actions prioritaires

- Multiplier et approvisionner des points de vente de préservatifs le long des axes routiers ciblés, dans les casernes et les camps des réfugiés ;
- Mener des activités de sensibilisation et de démonstration du port de préservatif masculin et féminin.

Objectif spécifique 5 :

Généraliser la mobilisation communautaire, l'implication des organisations de la société civile sur l'ensemble de la filière prévention, conseils dépistage et prise en charge.

Stratégie 1 : Soutien aux ONG, divers acteurs et réseaux interprofessionnels intervenant dans la lutte contre le VIH/ SIDA.

Actions prioritaires

- Renforcer les capacités d'au moins 500 ONG et diverses associations et réseaux interprofessionnels ;

- Appuyer les réseaux d'ONG et associations dans leur rôle de coordination ;
- Intégrer les programmes de prévention du VIH/SIDA/IST dans les programmes d'appui aux activités génératrices de revenus ;
- Organiser le suivi et l'évaluation des activités des OSC ;
- Renforcer les capacités d'au moins 8000 principaux acteurs communautaires (Leaders d'opinion, chefs de villages, chefs traditionnels et religieux, associations des Rois, Reines, élus locaux, responsables d'organisations à base communautaire, comités sidades villages et quartiers, animateurs de radio communautaire, principaux intervenants dans la lutte, etc..) ;
- Organiser un forum national tous les deux ans sur le thème « SIDA culture et Religion ».

Stratégie 2 : Implication des Associations de PVVIH dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de toutes les interventions de lutte contre le VIH/SIDA.

Actions prioritaires

- Soutenir les initiatives d'au moins 100 associations de PVVIH organisées en réseaux ;
- Renforcer les capacités des associations de PVVIH à l'identification, à l'élaboration des projets d'AGR et à la recherche de financement (encourager l'engagement désintéressé, inciter au bénévolat, etc..) ;
- Susciter la création des associations de PVVIH et renforcer les capacités des associations et réseaux existants ;
- Appuyer les associations de personnes vivant avec le VIH par le financement de leurs initiatives (témoignage à visage découvert, médiation, organisation de la prise en charge, etc..) ;
- Initier des mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH ;
- Renforcer les connaissances et la conscientisation d'au moins 80% des PVVIH ;
- Rendre disponible des préservatifs au niveau des associations.

Stratégie 3 : Implication d'au moins 800 communautés religieuses dans les stratégies de lutte contre le SIDA (en moyenne 10 par Commune).

Actions prioritaires

- Susciter la création d'un organe national de concertation et de coordination inter religieuse pour l'intensification des mesures de lutte au sein des communautés ;
- Appuyer les initiatives des communautés religieuses ;
- Renforcer la collaboration avec au moins 1000 praticiens de la médecine traditionnelle pour leur plus grande implication dans la lutte contre le SIDA (environ 10 par Commune).

Stratégie 4 : Poursuite et extension de l'utilisation de l'approche participative de lutte contre le SIDA dans 100% des villages et quartiers de ville.***Actions prioritaires***

- Former des ONG prestataires de service pour appuyer les communautés à l'élaboration des PACLS ;
- Renforcer les capacités des acteurs à l'utilisation de l'approche participative (forte implication des jeunes et des femmes) ;
- Appuyer la mise en œuvre des PACLS (Conversation communautaire, prise en charge des OEV et des PVVIH, alimentation enrichie en protéine et en fer pour les OEV et les PVVIH) ;
- Elaborer la cartographie du risque par commune qui sera agrégée par département et au niveau national ;
- Organiser le suivi et l'évaluation des activités au niveau communautaire.

Objectif Général 3 :

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

Objectif Spécifique 1 :

Amener 80% des travailleurs à améliorer leurs connaissances et attitudes en relation avec les comportements à risque, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH/SIDA d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Communication pour un Changement de Comportement (CCC) axée essentiellement sur les pairs éducateurs (PE).

Actions prioritaires

- Organiser un plaidoyer et sensibiliser les employeurs et les travailleurs au sein des Ministères/ Institutions/ Préfectures/collectivités locales et dans les 25 plus grandes entreprises privées du Bénin au point de vue des effectifs ;
- Renforcer les capacités des mandants tripartites (pouvoirs publics, employeurs et travailleurs) à mettre en œuvre la Déclaration Nationale Tripartite de Lutte contre le VIH/SIDA en milieu de Travail ;
- Faire des évaluations formatives par secteur d'activité ciblé ;
- Organiser des ateliers pour élaborer des stratégies sectorielles CCC ;
- Assurer une formation spéciale à 50 ONG en tenant compte des spécificités du monde du travail et des directives pratiques du BIT ;
- Assurer une formation spéciale aux personnels médicaux des entreprises ;
- Mobiliser les ressources financières additionnelles pour soutenir les efforts des entreprises en matière de lutte contre le VIH /SIDA.

Stratégie 2 : Promotion de l'utilisation du préservatif en milieu de travail.

Actions prioritaires

- Réaliser une étude sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) au niveau des différents groupes d'hommes (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les hommes dans les bureaux et entreprises, les paysans) ;
- Organiser des formations ciblées sur chaque catégorie ;
- Réaliser des émissions audiovisuelles avec les hommes en direction des hommes ;
- Utiliser les leaders d'opinion comme relais auprès des hommes ;
- Plaidoyer pour une masculinité favorable à la prévention du VIH/SIDA/IST ;

- Intégrer les résultats et recommandations de l'enquête dans les modules de formation des pairs éducateurs ;
- Promouvoir le modèle de masculinité retenu à travers des supports audiovisuels ;
- Assurer la disponibilité régulière des préservatifs en milieu de travail.

Objectif Spécifique 2 :

Promouvoir la législation du travail tant dans le secteur public que dans le secteur privé en matière de lutte contre le VIH/SIDA d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Vulgarisation et application effective des textes existants.

Actions prioritaires

- Répertorier les textes en vigueur au Bénin, de portée internationale, régionale ou nationale, qui sous-tendent la lutte contre le VIH/SIDA et toutes les formes de discrimination en milieu de travail ;
- Organiser une fois par trimestre un forum regroupant les représentants des mandants tripartites et les professionnels du droit autour de sujets relatifs à la législation du travail et le VIH/SIDA.

Stratégie 2 : Amélioration des textes existants et prise de nouveaux textes.

Actions prioritaires

- Commanditer des études d'actualisation des textes en vigueur (Statut Général des Agents Permanents de l'Etat, Code du Travail, Code de Sécurité Sociale notamment) au regard des directives pratiques du BIT ;
- Sensibiliser les pouvoirs publics et les députés en vue de la prise de nouvelles lois sur la base des conclusions des études précitées.

Objectif spécifique 3 :

Amener les organes de dialogue social à inscrire le VIH/SIDA au rang de leurs priorités d'ici à la fin 2007 (Conseil National de Travail, Commission Nationale de Sécurité et de Santé au travail, Commission Nationale Paritaire des Conventions Collectives et des Salaires, Conseil Economique et Social etc.).

Stratégie 1: Sensibilisation des organes de dialogue social sur l'impact du VIH/SIDA sur la situation socio-économique du pays.***Actions prioritaires***

- Commanditer d'ici à la fin de 2007 des études d'impact du VIH/SIDA sur la vie des travailleurs et leurs familles, sur le fonctionnement des institutions, sur la productivité des entreprises et sur l'économie nationale ;
- Organiser des plaidoyers auprès des institutions ci-dessus sur la base des résultats de ces études ;
- Organiser les entreprises et les associations du secteur informel en coalition.

Objectif Général 4 :

Réduire d'au moins 30% la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles dans la population générale et notamment les groupes vulnérables.

Objectif spécifique 1 :

Réduire d'au moins 30% la prévalence des IST chez les femmes en âge de procréer (Syphilis de 1,1%² à moins de 1%).

Stratégie 1. Amélioration de la prise en charge des IST chez les femmes en âge de procréer.

Actions prioritaires

- Sensibiliser les femmes en âge de procréer pour la prévention de la transmission des IST ;
- Renforcer les capacités des cellules de sensibilisation des maternités des centres de promotion sociale, des ONG et Associations ;
- Vulgariser et diffuser les documents de normes et procédures en matière d'IST et les algorithmes de PEC ;
- Former les prestataires de soins dans les services de santé des secteurs public, privé, confessionnel et social ;
- Dépister systématiquement et traiter précocement les IST chez toutes les femmes au cours des consultations gynécologiques et prénatales selon les normes nationales ;
- Superviser et assurer le suivi des activités de prise en charge ;
- Assurer la notification correcte des cas et la surveillance épidémiologique des IST ;
- Contribuer à la réalisation de l'étude de base pour la détermination de la prévalence du NG et de CT ;
- Promouvoir l'utilisation des préservatifs.

² Rapport de surveillance épidémiologique 2004 (Par rapport aux résultats de l'étude de base pour NG et CT à faire)

Objectif Spécifique 2 :

Réduire de 30% la prévalence des IST chez les jeunes scolarisés et non scolarisés.

Stratégie 1. Incitation des jeunes à consulter pour les IST.**Actions prioritaires**

- Mettre en place/ Redynamiser les cellules de sensibilisation sur les IST (dans les écoles, les garnisons, les ateliers, les groupements de serveurs/serveuses des bars, et en milieu carcéral ...)
- Renforcer les capacités des ONG et associations de protection des enfants de la rue en matière de prévention des IST ;
- Doter les cellules/ONG/Associations en matériel et en outils didactiques ;
- Former les animateurs/ pairs - éducateurs des cellules ;
- Développer des activités pour le changement de comportement en matière de Prévention des IST ;
- Superviser et assurer le suivi des activités de sensibilisation.

Stratégie 2. Renforcement de la prise en charge des IST chez les jeunes.**Actions prioritaires**

- Redynamiser les infirmeries scolaires dans la prise en charge des IST ;
- Former les prestataires de soins dans les infirmeries scolaires, les services de santé des secteurs public, privé, confessionnel et social ;
- Former ces prestataires de soins en communication inter personnelle ;
- Superviser et assurer le suivi des activités de prise en charge ;
- Assurer la notification correcte des cas et la surveillance épidémiologique des IST.

Objectif spécifique 3 :

Réduire d'au moins 30% la prévalence des IST chez les TS et leurs clients.

Stratégie 1. Sensibilisation des TS et leurs clients pour le changement de comportement et l'utilisation du préservatif.**Actions prioritaires**

- Identifier/renforcer les structures de sensibilisation (ONG, association, service social, cellule de communication des centres de santé ; puis renforcer celles déjà existantes) ;
- Mettre en place des microprojets de prévention des IST au sein des structures de Sensibilisation ;

- Renforcer les capacités des animateurs (Formation en gestion de microprojets et en CCC, Appui en matériels et supports didactiques) ;
- Assurer gratuitement la prise en charge médicale des TS en matière d'IST (consultation et médicaments anti IST) ;
- Intensifier la sensibilisation des clients des TS ;
- Etendre les séances de sensibilisation des clients des TS à tous les départements ;
- Superviser et assurer le suivi des activités et de la gestion des microprojets ;
- Rendre disponible et subventionner en permanence le préservatif en milieu des travailleuses de sexe.

Stratégie 2. Suivi médical des IST chez les TS.

Actions prioritaires

- Intégrer la prise en charge médicale des clients dans les services adaptés pour TS ;
- S'approprier et renforcer les services adaptés des TS mis en place par le projet SIDA 3 ;
- Etendre les services adaptés aux départements non encore couverts ;
- Former les prestataires des services adaptés ;
- Renforcer les services adaptés (matériels et équipement appropriés, personnel qualifié, outils didactiques et outils de suivi des cas) ;
- Superviser et assurer le suivi des activités de prise en charge des IST selon les normes prévues dans les algorithmes (adéquation des traitements).

Objectif spécifique 4 :

Réduire de 50% la prévalence des IST chez les populations mobiles : routiers et migrants.

Stratégie 1. Sensibilisation/ conscientisation des populations mobiles sur les risques de transmission des IST au cours de leurs déplacements.

Actions prioritaires

- Améliorer la connaissance du phénomène migratoire et du profil des populations mobiles par rapport au risque d'IST ;
- Renforcer les capacités des ONG et Associations intervenant en direction des populations mobiles ;
- Développer des activités pour le changement de comportement en matière de prévention des IST ;
- Impliquer les leaders des communautés mobiles et syndicats des routiers et des transporteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités de lutte contre les IST ;

- Renforcer la collaboration entre la structure nationale et le Projet Corridor Abidjan -Lagos ;
- Former les relais en vue de la sensibilisation et de la conscientisation au sein des communautés mobiles sur le risque de transmission ;
- Superviser et assurer le suivi des activités de sensibilisation.

Stratégie 2. Augmentation de 25% du taux d'utilisation du préservatif chez les populations mobiles.

Actions prioritaires

- Multiplier et approvisionner régulièrement les sites d'implantation des postes/kiosques en préservatifs et en matériels d'IEC/CCC ;
- Renforcer le niveau de connaissance des agents communautaires promoteurs de l'utilisation des préservatifs ;
- Intensifier la promotion et la distribution des préservatifs par les agents communautaires ;
- Soutenir au niveau des frontières la politique de réduction du prix des préservatifs initiée par le projet Corridor Abidjan - Lagos.

Stratégie 3. Amélioration de la prise en charge des IST chez les populations mobiles.

Actions prioritaires

- Intégrer /maintenir la prise en charge des IST dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires publiques et privées proches des camps de réfugiés, des grandes gares routières ;
- Former les agents de santé de ces structures à la prise en charge syndromique des IST des populations mobiles ;
- Approvisionner les structures en kits pour la prise en charge des IST ;
- Superviser et assurer le suivi des activités de prise en charge ;
- Assurer la notification correcte des cas et la surveillance épidémiologique des IST.

Objectif spécifique 5 :

Réduire d'au moins 30% la prévalence des IST chez les Corps habillés.

Stratégie 1. Sensibilisation / conscientisation des agents en uniforme sur les risques de transmission des IST au cours de leurs déplacements et dans les garnisons.

Actions prioritaires

- Impliquer les responsables des garnisons dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités de lutte contre les IST ;
- Former des relais en vue de la sensibilisation et de la conscientisation des communautés des agents en uniforme sur le risque de transmission des IST ;
- Multiplier et approvisionner régulièrement les sites d'implantation des postes/kiosques en préservatifs et en matériels d'IEC /CCC ;
- Promouvoir et assurer la distribution des préservatifs par les relais des corps habillés.

Stratégie 2. Accessibilité de la prise en charge des IST dans les infirmeries de garnisons.

Actions prioritaires

- Intégrer /Maintenir la prise en charge des IST dans le paquet minimum d'activités des infirmeries de garnisons ;
- Former les agents de santé en uniforme à la prise en charge syndromique des IST ;
- Approvisionner ces infirmeries en kits pour la prise en charge des IST ;
- Assurer la supervision et le suivi de la PEC.

Objectif spécifique 6 :

Appuyer la coordination de toutes les interventions en matière de lutte contre les IST au niveau national.

Stratégie 1. Mise en place d'un cadre approprié pour la coordination des Activités et la pérennisation de la lutte contre les IST.

Actions prioritaires

- Créer un service d'IST et de prise en charge des Groupes à Haut Risque au sein du PNLS ;
- Doter constamment le service de ressources humaines qualifiées et suffisantes ;
- Assurer le plaidoyer et la mobilisation de ressources pour le fonctionnement du service ;

- Mettre en place et opérationnaliser un groupe de travail des partenaires intervenant dans la lutte contre les IST ;
- Assurer le plaidoyer et la mobilisation de ressources pour la pérennisation de la lutte contre les IST.

Objectif Général 5 :

Renforcer la sécurité transfusionnelle, la bio-sécurité et minimiser la transmission du VIH en milieux de soins et traditionnel.

Objectif spécifique 1 :

Assurer à 100% la sécurité transfusionnelle par rapport au VIH et autres agents infectieux.

Stratégie 1 : Disponibilité permanente du sang dans toutes les structures Transfusionnelles.**Actions prioritaires**

- Créer une ligne budgétaire pour la transfusion sanguine ;
- Organiser des campagnes périodiques de sensibilisation de la population (quartiers/villages, établissements scolaires et universitaires, entreprises, garnisons, églises et mosquées,...) en vue de l'augmentation d'au moins 5% par an du pool de donneurs bénévoles de sang ;
- Dynamiser et renforcer les capacités des associations des donneurs bénévoles de sang ;
- Organiser la formation des recruteurs de donneurs bénévoles de sang ;
- fidéliser les donneurs par des mesures incitatives (diplômes, insignes, décoration, etc.) ;
- Augmenter les capacités de stockage et de fractionnement du sang au niveau du réseau transfusionnel ;
- Approvisionner les services de transfusion sanguine de poches de prélèvement en quantité suffisante.

Stratégie 2 : Dépistage du VIH et des autres agents infectieux dans toutes les poches de sang prélevées.**Actions prioritaires**

- Assurer l'approvisionnement régulier en réactifs et consommables pour le dépistage du VIH et autres agents infectieux ;
- Renforcer les capacités du personnel de laboratoire ;
- Assurer la supervision et le contrôle de qualité des laboratoires.

Stratégie 3 : Sécurisation du sang.**Actions prioritaires**

- Mettre en place une politique pour la disponibilité du plasma frais sécurisé et de concentrés plaquettaires ;
- Organiser des contrôles bactériologiques périodiques sur les concentrés plaquettaires ;
- Former le personnel de laboratoire à la préparation du plasma frais sécurisé et des concentrés plaquettaires ;
- Mettre en place l'équipement nécessaire à la préparation du plasma frais sécurisé et des concentrés plaquettaires.

Stratégie 4 : Limitation du recours à la transfusion sanguine aux cas de stricte nécessité.**Actions prioritaires**

- Organiser des séances de formation et/ou de recyclage du personnel médical/paramédical sur les indications de la transfusion sanguine et les risques transfusionnels ;
- Vulgariser le guide pratique de transfusion sanguine ;
- Promouvoir l'autotransfusion et les autres alternatives ;
- Créer/dynamiser les comités d'hémovigilance.

Objectif spécifique 2 :

Réduire de 50% les risques de transmission du VIH et des autres agents infectieux lors des pratiques invasives en milieux de soins et traditionnels (circoncisions, scarifications, tatouages, etc.).

Stratégie 1 : Généralisation des précautions universelles en milieu de soins.**Actions prioritaires**

- Renforcer les capacités du personnel de santé sur l'hygiène en milieu de soins, et sur les normes et précautions universelles en vigueur ;
- Rendre disponibles les moyens de protection et de stérilisation, le matériel à usage unique et les produits désinfectants dans les formations sanitaires ;
- Créer/dynamiser les cellules d'hygiène dans les formations sanitaires ;
- Constituer un stock de sécurité en antiretroviraux (ARV) pour la chimioprophylaxie en cas d'Accident d'Exposition au Sang (AES) du personnel de santé ;
- Elaborer /diffuser des supports sur les précautions universelles en milieu de soins ;
- Assurer la disponibilité régulière des consommables matériels de protection en milieu de soins.

Stratégie 2 : Renforcement de la sensibilisation en milieu traditionnel et autres.***Actions prioritaires***

- sensibiliser les tradipraticiens, les esthéticiens ou esthéticiennes, les coiffeurs et les coiffeuses, et tous autres groupes concernés sur les risques liés à la transmission du VIH/SIDA ;
- Veiller à l'utilisation du matériel à usage unique ou stérilisé pour toutes les pratiques invasives.

Objectif spécifique 3 :

Assurer la gestion rationnelle des déchets biomédicaux dans 80% des laboratoires d'analyses biomédicales.

Stratégie 1 : Amélioration de la gestion des déchets biomédicaux dans les laboratoires d'analyses biomédicales et les formations sanitaires.***Actions prioritaires***

- Doter les laboratoires en équipements de pré-collecte, collecte et élimination des déchets biomédicaux (poubelles, incinérateurs, etc.) ;
- Former le personnel des laboratoires, le personnel de santé et les agents manipulateurs sur la gestion rationnelle des déchets biomédicaux ;
- Doter les laboratoires et formations sanitaires en équipements appropriés d'épuration des déchets biomédicaux liquides ;
- Mettre en place un système centralisé de traitement de la verrerie (tubes, lames et lamelles, etc.) par département et par zone sanitaire ;
- Organiser des supervisions périodiques des laboratoires et des formations sanitaires sur la gestion des déchets biomédicaux.

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 spécifique 1

Faire passer de 32% à au moins 80% les points de prestation des services PTME des formations sanitaires d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Renforcement de la couverture des zones sanitaires en matière de PTME.**Actions prioritaires**

- Réactualiser le plan d'extension national de la PTME ;
- Poursuivre la décentralisation effective au niveau de la planification, de la gestion, du suivi-évaluation du programme PTME ;
- Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre du plan.

Stratégie 2 : Intégration de la PTME dans les activités de la santé familiale et de santé de la reproduction**Actions prioritaires**

- Intégrer la PTME dans tous les documents de politique de SR et les documents de formation (PCIME, CPN recentrée, documents de planification familiale, survie du nouveau-né) ;
- Inciter au Conseil Dépistage Volontaire dans tous les services de consultation postnatale et de PF ;
- Assurer l'intégration des indicateurs PTME dans tous les registres de santé maternelle et infantile ;
- Multiplier et disséminer les protocoles de service.

Stratégie 3 : Renforcement des capacités et assurance qualité.**Actions prioritaires**

- Elaborer des Directives actualisées pour l'utilisation des ARV chez les femmes enceintes ;
- Elaborer un guide de prise en charge pédiatrique et des directives pour l'alimentation du nouveau-né ;
- Renforcer les laboratoires de référence en test de diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons ;
- Poursuivre le renforcement des capacités à tous les niveaux de tous les prestataires avec les documents révisés ;
- Assurer l'approvisionnement régulier des sites de PTME en réactifs, médicaments ARV sous formes adulte/pédiatrique et médicaments essentiels pour les IO ;
- Réorienter la recherche opérationnelle en identifiant les thèmes prioritaires de recherche avec l'aide de la cellule technique de coordination PTME ;
- Assurer un suivi régulier des activités de la PTME.

Stratégie 4 : Suivi de la mise en œuvre de la PTME**Actions prioritaires**

- Renforcer la coordination à tous les niveaux ;
- Réactiver le comité de pilotage et y inclure le CNLS ;
- Superviser régulièrement les activités PTME au niveau de tous les sites.

Objectif spécifique 2 :

Amener de 11% à 90% le pourcentage des femmes enceintes dépistées (pré et per partum) d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Renforcement des activités de CCC au niveau des jeunes filles en âge de procréer, des femmes enceintes et couples.**Actions prioritaires**

- Améliorer la mobilisation communautaire en milieu des jeunes ;
- Impliquer les médiatrices/médiateurs communautaires dans les activités de la PTME ;
- Encourager le dépistage conjugal ;
- Encourager le dépistage per et post partum ;
- Associer le comité d'éthique national à la gestion des problèmes afférant à l'objectif spécifique 2.

Stratégie 2 : Disponibilité régulière des réactifs sur tous les sites PTME.**Actions prioritaires**

- Approvisionner régulièrement tous les sites PTME en réactifs pour la prévention de la transmission mère - enfant ;
- Former les agents des sites PTME à la gestion des stocks des réactifs.

Objectif spécifique 3 :

Amener à 80% le pourcentage des femmes enceintes séropositives sous traitement antirétroviral complet d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Généralisation de l'application du protocole PTME à toutes les femmes enceintes dépistées positives.**Actions prioritaires**

- Approvisionner les sites PTME en ARV et CTM pour la prévention de la transmission mère - enfant ;
- Harmoniser les procédures d'administration des kits ARV ;
- Assurer le dosage des CD4 de toutes les femmes séropositives.

Stratégie 2 : Renforcement des liens entre la PTME et les sites de prise en charge**Actions prioritaires**

- Assurer le bilan pré thérapeutique ;
- Organiser la référence vers les centres de prise en charge médicale et psychosociale.

Objectif spécifique 4 :

Assurer le conseil en « alimentation et VIH pour la mère et l'enfant » à au moins 90% des femmes séropositives d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Amélioration des pratiques nutritionnelles pour les nouveaux nés de mères séropositives.**Actions prioritaires**

- Elaborer les normes et directives sur l'alimentation de l'enfant en contexte de VIH ;
- Introduire les services de conseil et de soutien en alimentation dans les activités de routine ;

- Redynamiser les groupes de soutien d'allaitement ;
- Réactiver l'IHAB (Initiative Hôpital Amis des Bébés) ;
- Actualiser le code de commercialisation des substituts de lait maternel ;
- Faire un plaidoyer auprès du PAM pour l'appui et le soutien nutritionnel des enfants après l'âge de 06 mois ;
- Poursuivre l'appui en substituts du lait maternel quand les cinq conditions OMS/UNICEF sont remplies ;
- Mettre en place un système de suivi à domicile pour les questions de nutrition en associant travailleurs sociaux et médiatrices.

Objectif spécifique 5 :

Amener le pourcentage des enfants nés de mères séropositives suivis et pris en charge dès la 6^{ème} semaine au 12^{ème} mois à au moins 90% d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Renforcement du diagnostic des enfants exposés et leur prise en charge.

Actions prioritaires

- Equiper tous les départements en matériel de diagnostic précoce du VIH chez les enfants nés de mères séropositives ;
- Renforcer la recherche active des perdus de vue en associant travailleurs sociaux et médiatrices ;
- Multiplier les portes d'entrée pour l'accès au diagnostic de l'infection au VIH chez l'enfant (PEV, PCIME, Structures d'accueil des OEV) ;
- Organiser la référence vers les centres de prise en charge par les ARV.

Objectif Général 7 :

Promouvoir le conseil dépistage volontaire anonyme et gratuit du VIH garantissant la confidentialité.

Objectif spécifique 1 :

Intensifier le dépistage volontaire, gratuit et confidentiel du VIH au sein de la population en général et en particulier, au sein des groupes à risque.

Stratégie 1 : Généralisation du dépistage volontaire, gratuit et confidentiel du VIH au sein de la population en général et en particulier, au sein des groupes à risque.

Actions prioritaires

- Etendre le Conseil Dépistage Volontaire ;
- Identifier les groupes à risque sur toute l'étendue du territoire ;
- Organiser des séances de conseil/dépistage du VIH.

Objectif spécifique 2 :

Assurer le dépistage gratuit du VIH à toutes les personnes désireuses de connaître leur statut sérologique.

Stratégie 1 : Dotation suffisante et régulière des laboratoires VIH en réactifs, consommables et équipements.

Actions prioritaires

- Assurer un approvisionnement régulier en réactifs et consommables pour les laboratoires VIH ;
- Renforcer/renouveler l'équipement des laboratoires VIH ;
- Mettre en place des laboratoires mobiles pour le conseil/dépistage ;
- Assurer la conservation du patrimoine biologique (sérothèque).

Stratégie 2 : Promotion des campagnes de conseil, dépistage volontaire anonyme et gratuit du VIH.***Actions prioritaires***

- Renforcer les capacités du personnel des laboratoires VIH par la formation continue ;
- Organiser des campagnes de conseil/dépistage anonyme et gratuit en stratégie avancée au niveau de chaque commune ;
- Intégrer la promotion du conseil, dépistage volontaire anonyme et gratuit dans les activités de sensibilisation sur le VIH/SIDA/IST au niveau des CJL ;
- Organiser des campagnes médiatiques de promotion du conseil/dépistage volontaire par les radios de proximité.

Stratégie 3 : Maintenance des équipements.***Actions prioritaires***

- Assurer la formation du personnel en gestion du matériel ;
- Etablir les contrats de maintenance en fonction des différents équipements existants dans les laboratoires VIH ;
- Former le personnel de laboratoire à une maintenance sommaire des équipements.

4.3 AXE STRATEGIQUE 3 : ACCES AUX SOINS ET AU TRAITEMENT.

Le Bénin a officiellement opté pour une stratégie d'accès aux antirétroviraux (ARV) y compris pour les enfants de bas âge en 2001. Aussi à partir de février 2002, la trithérapie a démarré. Le nombre de site est passé de 7 en 2002 à 43 en fin 2005 avec 4892 patients sous traitement. Des critères cliniques et biologiques sont établis pour la mise sous traitement. Ces critères distinguent entre autres les enfants de moins de 18 mois de ceux de plus de 18 mois. A partir du 10 décembre 2004, le traitement par les ARV a été déclaré gratuit. Le PNLS a élaboré et fait valider au cours de l'année 2004, les procédures et normes de prise en charge des PVVIH par les ARV. En ce qui concerne la prise en charge des infections opportunistes, en fin 2005, 14 066 personnes sont prises en charge.

Si dans l'ancien cadre stratégique la biologie du VIH/SIDA a été prise en compte, le volet biosécurité n'en était pas.

Dans la mise en oeuvre de ce cadre stratégique la biologie s'est retrouvée au carrefour de plusieurs activités de lutte contre le SIDA, surtout avec l'avènement des Antirétroviraux. Ainsi, plusieurs activités ont été menées bien que n'étant pas prévues. L'extension du réseau des laboratoires VIH s'est également poursuivie, caractérisée essentiellement par la création des laboratoires des CIPEC et l'installation d'un nouveau laboratoire de référence au PNLS en vue d'assurer le suivi biologique des patients sous ARV.

La médecine traditionnelle constitue un axe important du secteur santé et draine la majorité des populations. Cette médecine joue un rôle de premier plan dans l'itinéraire thérapeutique des communautés et mérite d'être prise en compte.

Dans le but de promouvoir la prise en charge globale des malades pour aller à l'accès universel, le cadre stratégique 2006-2010 a prévu de :

- assurer à 100% la prise en charge des infections opportunistes ;
- assurer la prise en charge par les ARV de 12000 PVVIH adultes et 2500 enfants orphelins y compris le suivi biologique ;
- promouvoir la pharmacopée et la médecine traditionnelle.

Objectif Général 8 :

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

Objectif spécifique 1 :

Assurer la prévention des infections opportunistes à 100% des PVVIH qui en ont besoin y compris les enfants et la prise en charge des infections opportunistes chez au moins 80% des PVVIH selon les normes et procédures nationales d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Disponibilité permanente de cotrimoxazole et autres médicaments essentiels pour les infections opportunistes sur tous les sites de prise en charge des PVVIH.

Actions prioritaires

- Approvisionner régulièrement les sites de PEC en cotrimoxazole et autres médicaments essentiels pour le traitement des infections opportunistes ;
- Inclure les médicaments de prise en charge des infections opportunistes dans la liste des médicaments essentiels ;
- Former le personnel à la gestion des stocks des médicaments ;
- Former et recycler le personnel de santé y compris les spécialistes (chirurgiens-dentistes, dermatologues, ORL etc) à la prévention et à la PEC des IO et à la non stigmatisation des PVVIH.

Stratégie 2 : Extension des activités de dépistage et de prise en charge du VIH chez les malades tuberculeux.

Actions prioritaires

- Eriger 15 des 50 Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) existants en centres de PEC des PVVIH ;
- Renforcer les capacités des prescripteurs ARV en prise en charge des malades tuberculeux et en counselling ;
- Approvisionner les CDT en réactifs et consommables, en ARV et en médicaments pour la PEC des Infections Opportunistes.

Stratégie 3 : Introduction de la prise en charge de l'hépatite B et C chez les PVVIH au niveau du CNHU et des 5 CHD.

Actions prioritaires

- Equiper les laboratoires départementaux et celui du CNHU en matériels de dépistage de l'hépatite C ;

- Approvisionner régulièrement en réactifs les structures concernées ;
- Inclure la recherche de l'hépatite C dans le bilan initial ;
- Former le personnel de santé des sites de prise en charge au diagnostic et à la PEC de l'hépatite C ;
- Approvisionner régulièrement les structures concernées de médicaments de PEC de l'hépatite B et C.

Objectif Spécifique 2 :

Assurer la prise en charge aux Anti-retroviraux de 12000 PVVIH adultes selon les normes et procédures nationales d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Facilitation de l'accès aux ARV aux PVVIH.

Actions prioritaires

- Faire l'extension des sites de traitement en complétant les 40 sites existants par au moins un site par zone sanitaire ;
- Vulgariser le document de politique, normes et procédures de prise en charge des PVVIH ;
- Renforcer les capacités des prescripteurs aux protocoles des ARV à la communication interpersonnelle;
- Approvisionner régulièrement les sites en ARV, et consommables médicaux ;
- Former les gestionnaires des sites en gestion de stock des ARV ;
- Doter tous les sites de PEC de médiateurs et renforcer leur capacité sur l'observance médicale ;
- Renforcer les sites en personnel (agents de santé, psychologues, agents sociaux) ;
- Assurer la supervision régulière des activités de PEC ;
- Documenter les échecs thérapeutiques observés chez les PVVIH mises sous traitement et les effets secondaires liés aux ARV ;
- Veiller à la qualité des ARV selon les principes de l'OMS ;
- Renforcer les sites de prise en charge en équipement et matériels nécessaires.

Stratégie 2 : Intégration de la prévention du VIH dans les services de traitement du SIDA.

Actions prioritaires

- Coupler les activités de prévention avec celles de la prise en charge sur les sites de PEC ;
- Renforcer les capacités du personnel des sites de prise en charge sur les moyens de prévention ;
- Renforcer les sites de prise en charge en équipements et matériels nécessaires à la prévention.

Objectif Spécifique 3 :

Assurer la prise en charge aux Anti-retroviraux de 2500 enfants PVVIH selon les normes et procédures nationales d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Facilitation de l'accès aux ARV sous forme pédiatrique aux enfants infectés par le VIH.

Actions prioritaires

- Diffuser le document de prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA ;
- Former et recycler les prescripteurs en matière de PEC pédiatrique ;
- Rendre disponible les formes pédiatriques des ARV au niveau des sites de PEC ;
- Assurer la supervision régulière des activités de PEC.

Objectif Spécifique 4 :

Assurer à 100% le suivi biologique des PVVIH avant, pendant et après l'inclusion des ARV par un renforcement du plateau technique.

Stratégie 1 : Décentralisation progressive du plateau technique pour le suivi biologique des PVVIH.

Actions prioritaires

- Augmenter le nombre de laboratoires qualifiés pour le suivi biologique des PVVIH ;
- Renforcer progressivement le plateau technique des laboratoires des formations sanitaires intermédiaires et périphériques (CHD, HZ, CSC) ;
- Mettre en place de nouveaux laboratoires pour le suivi biologique des PVVIH.

Stratégie 2 : Dotation des laboratoires en matériel technique et en réactifs pour le suivi biologique des PVVIH.

Actions prioritaires

- Approvisionner en réactifs et consommables les laboratoires VIH ;
- Assurer dans tous les laboratoires la réalisation gratuite du paquet minimum des examens définis dans le document des normes et procédures de prise en charge des PVVIH ;
- Garantir aux patients le diagnostic biologique des infections opportunistes (IO) ;
- Assurer la conservation du patrimoine biologique (sérothèque) ;
- Assurer le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez tous les enfants nés de mères séropositives.

Stratégie 3 : Management de la qualité pour le suivi biologique.***Actions prioritaires***

- Former le personnel de laboratoire d'analyses biomédicales sur l'Assurance Qualité ;
- Organiser la supervision régulière des laboratoires VIH ;
- Renforcer l'assurance-qualité au niveau de tout le réseau des laboratoires VIH.

Objectif spécifique 5 :

Promouvoir la pharmacopée et la médecine traditionnelle dans le cadre du VIH/SIDA/IST.

Stratégie 1 : Renforcement des capacités techniques des PMT pour la lutte contre le VIH/SIDA/IST.***Actions prioritaires***

- Améliorer les connaissances des PMT sur le VIH/SIDA ;
- Former au moins 3000 PMT au diagnostic et à la prise en charge du VIH/SIDA/IST ;
- Assurer le suivi régulier des PMT dans la mise en œuvre des connaissances reçues ;
- Organiser des séances de concertations et d'échanges interdépartementales.

Stratégie 2 : Renforcement de la collaboration entre les PMT et les praticiens de médecine conventionnelle.***Actions prioritaires***

- Initier les échanges entre les Praticiens des deux médecines au niveau périphérique ;
- Faciliter la confirmation du diagnostic par les professionnels de la médecine conventionnelle ;
- Mettre en place un système de référence des patients des PMT vers les centres de santé modernes pour un suivi conjoint ;
- Rendre fonctionnel les sites de prise en charge des IO par les PMT.

Stratégie 3 : Renforcement des capacités des PMT pour l'appropriation de la lutte par les communautés.**Actions prioritaires**

- Outiller les PMT en Techniques de communication interpersonnelle et en plaidoyer ;
- Amener les PMT à organiser des séances de plaidoyer et de sensibilisation en direction des notables, des chefs de culte, des adeptes des couvents et des communautés ;
- Soutenir les PMT dans la mise en œuvre de leurs activités.

Stratégie 4 : Développement de la Pharmacopée Traditionnelle.**Actions prioritaires**

- Accroître les jardins botaniques dans toutes les Communes du Bénin ;
- Associer les Elus à la délimitation de domaines publics pour la culture des plantes médicinales ;
- Faire cultiver à grande échelle les plantes médicinales efficaces dans la prise en charge des IO ;
- Mettre en place un cadre de concertation pour la protection des espèces médicinales ;
- Renforcer les associations de PMT pour une meilleure production de la matière première.

Stratégie 5 : Développement de la recherche sur la pharmacopée traditionnelle**Actions prioritaires**

- Initier des études et essais cliniques sur les produits traditionnels retenus dans la prise en charge des IO ;
- Elaborer la base de données sur les protocoles de traitement et sur les produits efficaces validés ;
- Appuyer les PMT dans la production des produits validés ;
- Soutenir le Comité d'Ethique dans la recherche en Médecine Traditionnelle.

Stratégie 6 : Promotion de la collaboration entre les PMT en matière de lutte contre le VIH/SIDA/IST.***Actions prioritaires***

- Renforcer les échanges d'expériences sur les bonnes pratiques ;
- Encourager la participation des PMT aux séminaires et formations nationales, régionales et internationales ;
- Susciter des voyages d'échanges techniques dans les pays avancés dans la pratique ;
- Faire des journées nationale/internationale de la Pharmacopée Traditionnelle pour la vulgarisation des produits efficaces validés.

Stratégie 7 : Coordination et suivi des activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST par les PMT.***Actions prioritaires***

- Organiser des supervisions périodiques des activités de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle ;
- Evaluer la compétence des PMT formés et actifs ;
- Renforcer la collaboration entre PMT et PMC.

4.4 AXE STRATEGIQUE 4 : SOUTIEN AUX PERSONNES INFECTEES ET AFFECTEES ET PROMOTION DU RESPECT DES DROITS HUMAINS

Le constat dans ce domaine est qu'il a été noté des insuffisances par rapport au volet prise en charge nutritionnelle et psychosociale des PVVIH et à la prise en charge des OEV. En effet, le renforcement de l'accès aux soins des PVVIH ne s'est généralement pas accompagné d'un appui nutritionnel et psychosocial en dehors de quelques initiatives ponctuelles de distribution des vivres au niveau de certains sites de PEC, au profit des malades sous ARV. Un des problèmes importants est celui de la stigmatisation/discrimination et de manque de coordination des actions concernant les PVVIH et les OEV.

Aussi, convient-t-il de définir clairement le concept d'OEV.

Par OEV, on entend :

- tout enfant de 0-18 ans ayant perdu l'un ou les deux parents du fait du SIDA ;
- tout enfant de 0-18 ans infecté ou affecté par le VIH/SIDA ;
- tout enfant de 0-18 ans vivant dans un ménage pauvre affecté par le VIH/SIDA.

Afin d'éviter la stigmatisation des enfants, on associe à ce groupe d'enfants d'autres enfants les plus vulnérables du milieu et ceci, selon la définition de la vulnérabilité de l'enfant par la communauté. Chaque fois que PVVIH est mentionnée dans le document, c'est entendu qu'on inclut dans cette dénomination les enfants infectés.

De ce qui précède, il importe de mieux organiser la prise en charge nutritionnelle et psychosociale dans ce nouveau cadre stratégique afin de réduire l'impact nutritionnel dû à l'infection au VIH. Un accent particulier sera mis sur la prise en charge psychosociale et le volet de protection, support et soutien aux Orphelins et autres Enfants Vulnérables (OEV).

Objectif général 9 :

Réduire l'impact du VIH/SIDA sur les familles, les communautés et les secteurs socio économiques.

Objectif spécifique 1 :

Assurer un soutien nutritionnel équilibré à au moins 80% des OEV et à 100% des PVVIH inscrites et leurs ménages d'ici à 2010.

Stratégie 1 : Renforcement des capacités des acteurs et des ménages pour la nutrition adaptée aux PVVIH.**Actions prioritaires**

- Former 100% des agents des CPS, des sites de prise en charge médicale et PTME et des animateurs d'ONG sur la nutrition des PVVIH ;
- Assurer l'organisation des séances d'éducation nutritionnelle dans les ménages, les Centres de Promotion Sociale et sur les sites de prise en charge et de PTME ;
- Former les relais communautaires et les ménages sur la nutrition des PVVIH et en gestion des stocks de vivres ;
- Renforcer la recherche opérationnelle sur les effets du soutien nutritionnel sur les PVVIH, y compris les femmes enceintes et les enfants sous ARV ;
- Renforcer les capacités des principaux acteurs sur la prise en charge nutritionnelle des PVVIH et sur la référence des patients vers les centres de santé.

Stratégie 2 : Apport d'aliments et de micronutriments aux PVVIH et aux ménages affectés.**Actions prioritaires**

- Fournir l'appui nutritionnel y compris un supplément en micronutriments à au moins 80% des PVVIH et aux OEV ;
- Fournir un appui nutritionnel approprié aux femmes enceintes séropositives pendant la grossesse, l'allaitement et le sevrage des nouveaux-nés.

Objectif spécifique 2 :

Organiser la prise en charge psychosociale des PVVIH sur les sites de prise en charge médicale, de Prévention de la Transmission Mère- Enfant du VIH, des Centres de Promotion Sociale à 100% et des ménages affectés à 50%.

Stratégie 1 : Renforcement des capacités des acteurs sur la prise en charge Psychosociale.***Actions prioritaires***

- Elaborer un document de politique, normes et procédures pour la prise en charge psychosociale des PVVIH et des ménages affectés, avec un paquet minimum de services ;
- Intégrer l'équité du genre dans les interventions au profit des PVVIH et personnes affectées de même que des OEV, en tenant compte des facteurs de vulnérabilité ;
- Vulgariser les documents de politique, normes et procédures y relatifs ;
- Former les agents de développement (agents sociaux sanitaires, animateurs d'ONG, relais communautaires) en prise en charge psychosociale ;
- Renforcer la collaboration entre les sites de prise en charge médicale, les sites de PTPE, les centres de santé, les Centres de Promotion Sociale et les Organisations Non Gouvernementales ;
- Mettre en œuvre un plan de suivi des PVVIH, avec un accent sur le conseil post test ;
- Former 100% des associations de PVVIH et de groupes organisés d'OEV, à la prise en charge psychosociale conformément aux documents de normes et procédures nationales ;
- Renforcer les capacités des principaux acteurs sur la prise en charge psychosociale des PVVIH et sur la référence des patients vers les centres de santé.

Objectif spécifique 3 :

Intensifier l'implication d'au moins 80% des communautés de base dans les activités de soutien psychosocial aux PVVIH.

Stratégie 1: Renforcement de la communication pour le développement de la prise en charge psychosociale des PVVIH.***Actions prioritaires***

- Organiser le plaidoyer en direction des leaders, autorités politiques, religieuses et autres à tous les niveaux ;
- Appuyer la mobilisation sociale dans les communautés ;

- Intensifier la communication pour un changement de comportements des PVVIH et des membres de la communauté ;
- Susciter/appuyer les initiatives locales de soutien/solidarité pour la PEC psychosociale des PVVIH.

Objectif spécifique 4 :

Renforcer les capacités de 100% des associations de PVVIH et d'au moins 80% des ménages pour améliorer leur qualité de vie.

Stratégie 1 : Réduction de l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les personnes infectées et affectées.

Actions prioritaires

- Former au moins 50% des personnes infectées et affectées sur la planification et la gestion de micro - projets ;
- Appuyer les Activités Génératrices de Revenus en faveur des personnes infectées et /ou affectées.

Objectif spécifique 5 :

Assurer la protection juridique des PVVIH.

Stratégie 1 : Mise en place d'un cadre juridique favorable à la lutte contre le VIH-SIDA au niveau communal, départemental et national.

Actions prioritaires

- Vulgariser les lois et les textes réglementaires relatifs à la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des personnes vulnérables au niveau communal départemental, et national ;
- Former toutes les instances judiciaires et parajudiciaires, politiques, confessionnelles et société civile sur l'application effective des lois et règlements ;
- Assurer l'application effective des textes de loi sur le VIH-SIDA notamment en matière de lutte contre la discrimination, la stigmatisation des PVVIH et la protection des droits des personnes vulnérables (femmes, PVVIH, OEV, etc.) ;
- Intégrer les textes de lois et règlements dans les curricula de formation des juristes, para juristes et le personnel de santé ;
- Impliquer les PVVIH à la lutte contre le SIDA en renforçant leurs capacités de gestion et de communication pour un changement de comportement.

Stratégie 2 : Création d'un environnement juridique favorable aux PVVIH.

Actions prioritaires

- Faire promulguer la loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA/IST en République du Bénin ;
- Vulgariser la loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA/IST en République du Bénin ;
- Prendre des textes d'application de la loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA/IST en République du Bénin ;
- Faire appliquer la loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA/IST en République du Bénin.

Objectif général 10 :

Accroître de 3%³ à 50%, la proportion d'OEV au sein des ménages bénéficiant d'au moins un soutien externe⁴ d'ici à 2010.

Objectif spécifique 1 :

Renforcer les capacités d'au moins 80% des familles (enfants, parents/tuteurs) et 80% des acteurs à mieux prendre en charge les enfants.

Stratégie 1 : Soutien psychosocial aux enfants affectés et leurs familles.**Actions prioritaires**

- Renforcer l'intégration d'au moins 80% d'OEV aux activités culturelles, socio-éducatives et ludiques ainsi qu'à celles de stimulation, d'apprentissage et de développement de la petite enfance ;
- Appuyer au moins 80% des travailleurs sociaux, des associations de PVVIH, des ONG et des communautés à restructurer et à pérenniser les VAD (Visites à Domicile) ;
- Former au moins 25% des ménages y compris les enfants à la gestion des AGR ;
- Faciliter l'accès aux crédits de 100% des ménages et enfants formés sur la gestion des AGR ;
- Former au moins 80% des acteurs à assumer efficacement la détresse liée à la gestion des interventions relatives aux PVVIH et aux OEV.

Stratégie 2 : Promotion de « la relation Parent – Enfant ».**Actions prioritaires**

- Appuyer les parents à préparer la transition avec leurs enfants ;
- Appuyer les parents pour l'élaboration d'un plan de vie (Rédaction de testaments, album photos de mémoire, photos,....).

³ 6000 enfants PEC en 2005

Les jeunes représentent 52% de la population générale et les orphelins 9% des jeunes

⁴ Le soutien externe se définit comme une aide apportée librement aux OEV par une source autre que les amis, les familles, les voisins sauf si ces derniers travaillent pour une organisation à base communautaire.

Objectif spécifique 2 :***Renforcer les initiatives communautaires de la PEC des OEV.*****Stratégie 1 : Renforcement de la communication pour le soutien, la protection et la participation des OEV.*****Actions prioritaires***

- Élaborer les directives nationales pour la protection, la participation et le soutien aux OEV ;
- Faire le plaidoyer pour la création d'un milieu solidaire en faveur des OEV y compris la mobilisation des ressources internes comme externes ;
- Susciter/appuyer les initiatives locales de soutien/solidarité pour le soutien aux OEV ;
- Intensifier l'implication des groupes organisés de femmes dans la prise en charge des OEV.

Objectif spécifique 3 :***Faciliter l'accès des OEV aux services sociaux essentiels.*****Stratégie 1 : Renforcement de la collaboration entre les services de prise en charge médicale, PTME et protection sociale.*****Actions prioritaires***

- Formaliser le cadre de concertation des acteurs aux niveaux national et décentralisé ;
- Rendre fonctionnel le cadre de concertation à tous les niveaux ;
- Etablir un système de référence du continuum des soins entre la PTME, les CPS, les Associations des PPVIH, et les sites de PEC médicale.

Stratégie 2 : Promotion de la gratuité de la scolarisation des OEV.***Actions prioritaires***

- Faire le plaidoyer pour l'application de la gratuité de la scolarisation de tous les OEV ;
- Appuyer la scolarisation d'au moins 80% des OEV selon leurs besoins.

Objectif spécifique 4 :**Assurer la protection des OEV par les gouvernants.****Stratégie 1 : Protection des droits des enfants.****Actions prioritaires**

- Faire le Plaidoyer pour le respect des droits des OEV ;
- Faire l'état des lieux des textes législatifs existants et conventions en matière de protection et d'assistance aux OEV ;
- Renforcer le cadre législatif national en matière de protection des OEV ;
- Poursuivre la vulgarisation du cadre législatif national en particulier le code des personnes et de la famille ;
- Elaborer le volet OEV pour la politique de protection de l'enfant et le code de l'enfant ;
- Elaborer/renforcer le système d'enregistrement de tous les enfants à la naissance et l'établissement de jugements supplétifs aux enfants non enregistrés ;
- Assurer la mise en œuvre des directives nationales (paquet minimum de services) pour le soutien, la protection et la participation des OEV.

Stratégie 2 : Réinsertion et/ou réintégration familiale et sociale des OEV.**Actions prioritaires**

- Appuyer la formation professionnelle à au moins 80% des OEV ;
- Renforcer l'identification de parents/famille étendue après le décès des parents et la recherche des familles des OEV abandonnés ;
- Faciliter l'insertion des OEV abandonnés dans les familles d'accueil tout en évitant de les séparer de leurs frères.

4.5 AXE STRATEGIQUE 5 : INFORMATIONS STRATEGIQUES : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, COMPORTEMENTALE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE

La surveillance épidémiologique de l'infection à VIH constitue l'un des domaines qui fonctionnent assez bien au Bénin. Les objectifs retenus dans le cadre stratégique 2001-2005 pour la surveillance épidémiologique sont globalement atteints. Cependant, les efforts restent à faire pour :

- améliorer la représentativité départementale de la séro-surveillance sentinelle ;
- améliorer la notification des cas de SIDA et la surveillance des cas d'IST ;
- suivre la tendance épidémiologique et les nouvelles infections ;
- poursuivre la mise en place progressive du système de surveillance de deuxième génération.

La surveillance comportementale est un complément essentiel de la surveillance épidémiologique du VIH. Elle permet de suivre systématiquement les changements dans le temps des comportements à risque.

Certes, la prévalence du VIH comme indicateur ne change pas fondamentalement d'une année à l'autre même si les comportements à risque se réduisent. C'est seulement après plusieurs années que cela devient perceptible. Toutefois, il est nécessaire de connaître les tendances dans les changements de comportements qui amènent à la réduction à terme de l'infection à VIH. L'analyse de ces changements de comportements guide les programmes d'intervention en donnant aux planificateurs une idée plus claire des comportements à risque dans les différentes catégories de population.

Par rapport à la mise en œuvre du cadre stratégique 2001-2005 des efforts restent à faire pour assurer une diffusion en temps réel des données comportementales.

Au cours de la mise en œuvre du cadre stratégique 2001-2005, la promotion de la recherche n'a pas bénéficié de toute l'attention requise. Quelques études ponctuelles sur les thèmes variés ont été menées par divers acteurs. Cependant, on constate l'absence d'un cadre organisé de concertation et de partenariat entre les différents acteurs et les structures de recherche.

L'une des insuffisances constatées au cours de la mise en œuvre du cadre stratégique 2001-2005 est la faible mobilisation des ressources tant pour la surveillance épidémiologique que pour les études comportementales et la recherche.

Pour pallier ces insuffisances, un accroissement du budget alloué pour la lutte contre le VIH/SIDA doit être subséquent et plus spécifiquement la part relative à la surveillance épidémiologique et à la recherche.

Objectif Général : 11**Renforcer l'information stratégique pour l'orientation de la réponse nationale.****Objectif spécifique 1 :*****Optimiser la fiabilité de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA.*****Stratégie 1 : Amélioration de la représentativité de la séro-surveillance VIH pour un consensus sur les données d'ici à 2010.****Actions prioritaires**

- Poursuivre les études de séro-surveillance ;
- Elaborer les directives nationales de surveillance épidémiologique ;
- Maintenir la réalisation annuelle de la séro-surveillance auprès des groupes cibles (femmes enceintes, patients tuberculeux, donneurs de sang, travailleuses de sexe) pour avoir la tendance annuelle nationale de l'infection ;
- Réaliser une enquête nationale de validation de la séro-surveillance VIH auprès des femmes enceintes tous les quatre ans en veillant à la représentativité départementale et à l'exploitation rigoureuse des résultats.

Stratégie 2 : Dissémination des résultats de séro-surveillance au niveau de tous les acteurs.**Actions prioritaires**

- Assurer une diffusion régulière des données de séro-surveillance biologique, assortie d'explications et adaptée à l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA et des populations.

Stratégie 3 : Amélioration de la notification des cas de SIDA pour la déclaration d'au moins 50% des cas attendus en 2010.**Actions prioritaires**

- Renforcer les capacités des acteurs de la notification ;
- Poursuivre la formation du personnel de santé à un meilleur diagnostic et renforcer la sensibilisation de ce personnel pour la notification régulière des cas, en impliquant en particulier les sites de prise en charge des PVVIH ;
- Assurer une supervision formative des agents de notification des cas de SIDA.

Stratégie 4 : Optimisation du circuit de notification.***Actions prioritaires***

- Mettre en place un système simple de collecte des fiches de notification, en lien avec le SNIGS ;
- Créer des sites sentinelles de notification des cas de SIDA ;
- Fournir chaque année les résultats de la notification des cas de SIDA.

Stratégie 5. Amélioration de la surveillance des IST.***Actions prioritaires***

- Améliorer la surveillance épidémiologique des IST chez les TS et leurs clients ;
- Renforcer le système de notification des cas d'IST ;
- Maintenir la surveillance épidémiologique du NG et CT dans les enquêtes de séro-surveillance au niveau national ;
- Appuyer tous les ans la réalisation d'une enquête de séro-surveillance.

Stratégie 6 : Renforcement des capacités du personnel soignant en matière de notification des cas d'IST.***Actions prioritaires***

- Poursuivre la formation et la sensibilisation du personnel soignant et du personnel en charge de la collecte des données à la notification des syndromes IST ;
- Assurer une supervision formative des agents de notification des cas d'IST.

Stratégie 7 : Collecte et traitement des données sur les IST.***Actions prioritaires***

- Assurer la notification correcte des cas et la surveillance épidémiologique des IST ;
- Assurer l'exploitation annuelle des données du SNIGS sur les syndromes IST ;
- Faire des enquêtes périodiques dans les centres spécialisés et dans certains centres de santé non spécialisés pour déterminer les étiologies des syndromes IST ;
- Réaliser périodiquement des enquêtes de prévalence des IST ;
- Contribuer à la réalisation de l'étude de base pour la détermination de la prévalence du NG et de CT.

Objectif spécifique 2 :

Suivre les tendances des comportements des populations cibles vis-à-vis du VIH/SIDA/IST.

Stratégie 1 : Poursuite des études comportementales de deuxième génération.***Actions prioritaires***

- Réaliser tous les trois ans une enquête nationale comportementale couplée à une enquête biologique (VIH et IST) auprès de groupes cibles : TS clandestines et affichées, routiers, jeunes scolarisés et non scolarisés (enquête en 2008, préparation de l'enquête de 2011), en prenant en compte les indicateurs de l'UNGASS ;
- Réaliser tous les ans une enquête d'envergure plus limitée sur le comportement chez les TS ;
- Participer à la réalisation de l'EDS 3 et à la préparation de l'EDS 4, couplées avec la biologie VIH ;
- Effectuer des analyses des facteurs de propagation du VIH à l'échelle départementale, à partir des enquêtes comportementales.

Stratégie 2 : Dissémination des résultats de la surveillance comportementale.***Actions prioritaires***

- Assurer une diffusion en temps réel des données de la surveillance comportementale, 2^{ème} génération ; cette diffusion doit être assortie d'explications et adaptée à l'ensemble des acteurs de la lutte contre le SIDA, des populations et des groupes cibles lorsque cela s'avère pertinent.

Objectif Spécifique 3 :

Promouvoir la recherche biomédicale sur le VIH/SIDA/IST, y compris la recherche sur la pharmacopée traditionnelle.

Stratégie 1 : Renforcement de la collaboration entre les différents acteurs intervenant dans la recherche biomédicale.***Actions prioritaires***

- Créer un cadre de concertation et de partenariat entre les différents acteurs de la lutte contre le VIH, les structures de recherche et la Direction de la Recherche en Santé ;
- Organiser au moins une fois par semestre une séance de concertation sur des questions relatives à la recherche sur le VIH/SIDA/IST ;

- Etablir la collaboration entre le CNLS et le réseau africain de recherche sur les sous types du VIH en Afrique ;
- Participer aux essais thérapeutiques vaccinaux organisés par les instances internationales, dans le strict respect des normes éthiques ;
- Mettre en place une structure pluridisciplinaire de tradithérapeutes et de médecins pour la recherche sur la pharmacopée traditionnelle dans le domaine du VIH/SIDA/IST.

Stratégie 2 : Promotion des travaux de recherche opérationnelle.

Actions prioritaires

- Former des acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA/IST à l'élaboration de protocoles de recherche opérationnelle et à l'éthique de la recherche en santé ;
- Mettre en œuvre les plans annuels de recherche élaborés par le cadre de concertation et adoptés par le CNLS ;
- Former les acteurs de la recherche à la valorisation de leurs travaux par les communications scientifiques y compris dans les congrès tant nationaux qu'internationaux ;
- Soutenir les actions de valorisation des travaux de recherche.

Stratégie 3 : Promotion de la recherche opérationnelle sur les interventions en faveur des PVVIH et des OEV.

Actions prioritaires

- Harmoniser les critères d'identification des OEV au niveau opérationnel ;
- Appuyer l'identification des OEV par les structures de prise en charge médicale, les sites de PTME, et les organisations de PVVIH et communautaires ;
- Alimenter la base de données sur les OEV et les PVVIH à l'intérieur de 'Country Response Information System' (CRIS) ou *système d'information sur la riposte pays* ;
- Réaliser des études et évaluations des actions, des politiques et des législations afin de mieux documenter la situation et protéger les PVVIH et les OEV.

Stratégie 4 : Promotion des bonnes pratiques dans au moins 50% des communautés d'ici à 2010.

Actions prioritaires

- Organiser des ateliers d'échange d'expériences entre différents intervenants ;
- Faire des émissions éducatives sur les bonnes pratiques ;
- Organiser des voyages d'échanges entre les intervenants de différentes communes ou départements.

4.6 AXE STRATEGIQUE 6 : SUIVI – EVALUATION

Un système harmonisé et centralisé de suivi et évaluation des activités de lutte n'avait pas été prévu dans le cadre stratégique 2001- 2005. L'absence d'objectifs quantifiés n'a pas permis l'évaluation des degrés d'atteinte des résultats. Aussi n'était-il pas prévu un budget pour le système Suivi-Evaluation, ni une base de données sur la riposte VIH/SIDA. Le suivi-évaluation tel que précisé par les « Three Ones » est d'importance capitale. Il permet, au regard des tendances, une meilleure orientation et allocation des ressources. Il permet aussi d'évaluer les résultats, et de donner des orientations. Toutefois, il est important de veiller à ce que tous les indicateurs du nouveau cadre stratégique soient en conformité avec ceux de l'UNGASS.

Le nouveau cadre stratégique national 2006-2010 doit renforcer les différents acquis et permettre d'avoir un système national unique et fiable de suivi et évaluation.

OBJECTIF GENERAL 12 :

Rendre opérationnel à partir de 2006 le Système National Unique de Suivi-Évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin.

Objectif spécifique 1 :

Renforcer les capacités de la cellule nationale Suivi – Evaluation du CNLS.

Stratégie1 : Renforcement des capacités des acteurs chargés du Suivi-Evaluation à tous les niveaux.

Actions prioritaires

- Former les membres des cellules Suivi - Evaluation des structures nationales et décentralisées de coordination et du groupe consultatif sur le logiciel CRIS (Country Response Information System) ;
- Former les membres des cellules Suivi-Evaluation du SP / CNLS et de toutes les autres structures de lutte contre le VIH/SIDA/IST à l'utilisation du manuel opérationnel de suivi-évaluation ;
- Doter en ressources humaines qualifiées et suffisantes toutes les structures chargées du suivi – évaluation aux niveaux national et décentralisé ;
- Superviser les acteurs des structures décentralisées du CNLS ;
- Doter les cellules de Suivi-Evaluation des structures nationales et décentralisées de moyens matériels et logistiques suffisants ;
- Participer aux séminaires et conférences internationaux sur le VIH/SIDA/IST ;
- Former les responsables du Suivi–Evaluation sur l'assurance- qualité, la planification, le suivi et l'évaluation ;
- Renforcer les capacités des membres du SP/CNLS sur la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA/IST et la sélection des meilleurs protocoles.

Objectif spécifique 2 :

Rendre fonctionnel dès 2007 le système de suivi-évaluation au niveau intermédiaire.

Stratégie 1 : Opérationnalisation du système suivi-évaluation au niveau Intermédiaire.***Actions prioritaires***

- Elaborer des rapports d'activités trimestriels de lutte contre le VIH/SIDA/IST au niveau intermédiaire ;
- Appuyer les UFLS, CDLS et les CCLS dans l'élaboration des plans d'action de lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- Organiser les supervisions semestrielles conjointes des acteurs des structures décentralisées du CNLS ;
- Organiser des supervisions trimestrielles du niveau intermédiaire vers la périphérie ;
- Organiser la collecte mensuelle des données au niveau périphérique ;
- Promouvoir un mécanisme de suivi de la mise en œuvre des PACLS.

Objectif spécifique 3 :

Mettre en place à partir de 2007 un mécanisme de concertations régulières entre la cellule nationale du Suivi-Evaluation du SP/CNLS et toutes les autres structures de lutte contre le VIH/SIDA/IST.

Stratégie 1 : Mise en place d'un dispositif d'échange régulier entre la cellule du suivi-évaluation du SP/CNLS et les autres acteurs de lutte contre le VIH/SIDA/IST.***Actions prioritaires***

- Organiser les réunions semestrielles de concertation au niveau de toutes les structures nationales et décentralisées de suivi-évaluation ;
- Tenir des ateliers d'échanges et de partage d'expériences entre les cellules de suivi et évaluation des projets et programmes au niveau national et sous régional ;
- Organiser les revues annuelles conjointes de la mise en œuvre du cadre stratégique ;
- Assurer les missions conjointes avec les partenaires ;
- Impliquer systématiquement la cellule de suivi et évaluation du SP/CNLS dans l'évaluation de la mise en œuvre des activités des programmes et projets de lutte contre le VIH/SIDA/IST ;

- Réaliser la synthèse trimestrielle et annuelle des bilans et rapports d'activités des différents secteurs de lutte contre le VIH/SIDA/IST aux niveaux central et décentralisé ;
- Assurer la rétro information trimestrielle et annuelle aux structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- Elaborer un plan opérationnel annuel intégrant les activités de tous les partenaires.

Objectif spécifique 4 :

Fournir régulièrement à partir de 2007 des informations stratégiques et fiables dans les différents domaines d'intervention de lutte contre le VIH/SIDA/IST.

Stratégie 1 : Opérationnalisation du système national unique d'information sur les VIH/SIDA/ IST dans le respect des « Three Ones ».

Actions prioritaires

- Valider le manuel de Suivi-Evaluation en vue de son utilisation par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA/IST d'ici fin juin 2006 ;
- Organiser 6 ateliers de vulgarisation du manuel Suivi-Evaluation et du logiciel CRIS d'ici fin 2006 ;
- Elaborer un plan opérationnel budgétisé de mise en œuvre du cadre stratégique 2006-2010 ;
- Actualiser chaque année la cartographie des interventions de la lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- Diffuser chaque année la cartographie actualisée des interventions de la lutte contre le VIH/SIDA/IST et des risques ;
- Mettre en place un mécanisme de contrôle de qualité des données
- Elaborer un annuaire statistique sur les activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- Mettre en réseau toutes les cellules de suivi-évaluation des différents projets et programmes ainsi que les structures décentralisées du CNLS d'ici fin 2007 ;
- Procéder à l'évaluation à mi-parcours du nouveau cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- Assurer le suivi financier de l'exécution des activités du cadre stratégique ;
- Mettre en place un système de coordination de toutes les activités de surveillance et de recherche par le SP/CNLS ;
- Développer l'information stratégique à la prise de décision ;
- Faire une revue finale du cadre stratégique 2006-2010.

Stratégie 2 : Collecte et Diffusion des informations stratégiques aux différents acteurs.**Actions prioritaires**

- Créer une banque de données nationales pour la production et la vulgarisation des informations stratégiques avant fin 2007 ;
- Mettre à jour la banque de données tous les ans ;
- Documenter les bonnes pratiques en matière de lutte contre le SIDA au Bénin ;
- Assurer la diffusion des bonnes pratiques au plan national et international ;
- Soutenir l'évaluation des besoins et l'identification du GAP en ressources techniques et financières : cartographie de la vulnérabilité et de l'offre de soins et des intervenants et estimation des besoins d'appui technique national ;
- Organiser des fora nationaux pour promouvoir l'échange d'expériences entre les différents acteurs ;
- Elaborer la cartographie du risque par commune qui sera agrégée par département et au niveau national ;
- Assurer la publication des actions de lutte contre le VIH/SIDA/IST (site WEB, unités documentaires aux niveaux national et départemental, Bulletin) ;
- Elaborer le plan opérationnel de suivi-évaluation.

Objectif spécifique 5

Rendre pérenne à partir de 2007 le système de Suivi - Evaluation par l'allocation de ressources suffisantes.

Stratégie 1: Financement durable du système national unique du Suivi-Evaluation.**Actions prioritaires**

- Inscrire les activités du système national unique du Suivi-Evaluation au budget national à partir de 2007 ;
- Faire des plaidoyers pour la mobilisation des ressources du fonds PPTE au profit du SP/CNLS à partir de mai 2006 ;
- Faire des plaidoyers pour l'allocation d'au moins 5% des ressources du budget des projets et programmes de lutte contre le VIH/SIDA/IST au système national unique de suivi-évaluation.

5. MISE EN ŒUVRE : SUIVI ET EVALUATION

Le cadre stratégique prévoit, au niveau de l'axe stratégique VI, la mise en place d'une unité nationale de suivi-évaluation au niveau du SP/CNLS chargée de la gestion du système national unique de suivi-évaluation du VIH/SIDA/IST. Elle travaille en étroite collaboration avec les structures décentralisées à différents niveaux et les systèmes de suivi-évaluation des différents programmes et projets de lutte contre le VIH/SIDA/IST.

On distingue trois niveaux d'interventions qui retracent le circuit de l'information :

niveau 1 : c'est le niveau des intervenants sur le terrain représenté par les structures d'exécution, les ministères (UFLS), les ONG, les entreprises et tous les acteurs impliqués dans la lutte à la base. Leur rôle principal est de développer, de réaliser et de documenter les activités au profit des bénéficiaires directs (individus, famille, groupes cibles etc..). Pendant la mise en œuvre des activités, les intervenants utilisent des outils simples de collecte des données comme les registres, des fiches de compte rendu d'activités, des formulaires et des canevas simples de rapports harmonisés et mis à leur disposition par le niveau central. Les données générées vont permettre de déterminer les indicateurs de processus et ou de produit.

Niveau 2 : c'est le niveau des structures de coordination sectorielle et décentralisée qui sont chargées de regrouper, de traiter, de valider les données du niveau 1 et de les transmettre à l'échelon supérieur. A ce niveau s'opère la synthèse des données du niveau précédent c'est à dire les rapports mensuels ou trimestriels des structures d'exécution. Ce niveau réalise aussi la collecte des données pour les activités de coordination par l'utilisation des fiches de rapports appropriées.

Niveau 3 : c'est celui de la structure nationale de coordination dénommée Cellule Nationale de Suivi – Evaluation. C'est à ce niveau que les données sectorielles et les résultats des études et enquêtes sont traités. Cette cellule est chargée aussi de centraliser toutes les données provenant du niveau 2 et de la détermination des différents indicateurs. Cette cellule élabore également le rapport global annuel du plan opérationnel du cadre stratégique. Ce niveau a la responsabilité d'assurer la retro-information par la diffusion de ce rapport aux membres du CNLS, à tous les partenaires techniques et financiers et à tous les acteurs impliqués à tous les niveaux.

En plus des rapports annuels, l'unité de suivi-évaluation doit veiller à une évaluation à mi parcours et à la fin de la mise en œuvre du cadre stratégique.

Tableau de Bord de Suivi - Evaluation du Cadre Stratégique National 2006 -2010

OBJECTIFS GENERAUX	INDICATEURS	ANNEE		
		BASE	2008	2010
AXE STRATEGIQUE 1 : COORDINATION, PLAIDOYER, PARTENARIAT ET MOBILISATION DES RESSOURCES				
Objectif Général 1 :	-Dépenses pour la prévention du VIH.	-	-	-
Promouvoir un environnement favorable à la multisectorialité, l'appropriation, la durabilité et la coordination efficace de la lutte contre le VIH/SIDA/IST dans le cadre des «Three Ones».	-Montant des fonds nationaux engagés par le Gouvernement pour lutter contre le VIH/SIDA et les IST.	-	-	-
	-Nombre de Sessions présidé par le Chef de l'Etat.	-	-	-
AXE STRATEGIQUE 2 : PREVENTION ET PROMOTION DU DEPISTAGE				
Objectif général 2 :	- Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans ayant retardé leur premier rapport sexuel après 15 ans au moins.	-	-	-
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.	-Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier et hors mariage.	42%	70%	90%
	-Pourcentage des TS qui utilisent systématiquement le préservatif avec leurs clients.		70%	90%
	- Pourcentage de personnes de 15-49 ans parmi les populations mobiles et les migrants qui utilisent le préservatif avec leurs partenaires occasionnels.	38%	70%	80%
Objectif Général 3 :	- Pourcentage des travailleurs qui ont amélioré leurs connaissances et attitudes en relation avec les comportements à risque, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH/SIDA.		65%	80%
Réduire d'au moins 25% la prévalence du VIH/SIDA et son impact social et économique en milieu du travail.	- Pourcentage de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et programmes de riposte VIH/SIDA sur le lieu de travail.	-	-	-

Objectif Général 4 : Réduire d'au moins 30% la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles chez la population générale et notamment les groupes vulnérables.	-Pourcentage des patients atteints d'IST reçus dans les centres de soins qui ont fait l'objet d'un diagnostic approprié et qui ont été traités et conseillés selon les normes nationales.		N%-15%	N%-30%
	- Taux de prévalence des IST chez les Travailleuses de Sexe.		N%-15%	N%-30%
	- Taux de prévalence des IST chez les corps habillés.	N%	N%-15%	N%-30%
Objectif Général 5 : Renforcer la sécurité transfusionnelle, la biosécurité et minimiser la transmission du VIH en milieux de soin et traditionnel.	-Pourcentage de poches de sang transfusées au cours des 12 derniers mois ayant fait l'objet d'un test VIH adéquat, conformément à des directives nationales ou de l'OMS.	100%	100%	100%
	- Pourcentage de laboratoires d'analyses biomédicales ayant mis en place des dispositifs pour la gestion rationnelle des déchets biomédicaux.		65%	80%
Objectif général 6 : Réduire d'au moins 50% la proportion de nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives d'ici à 2010.	-Pourcentage de femmes enceintes dépistées séropositives en consultations prénatales.	11%	70%	90%
	-Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement anti rétroviral.		70%	80%
	-Pourcentage de nourrissons nés de mère séropositive prise en charge et suivi correctement.		70%	90%
	- Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mère séropositive.		N-25%	N-50%
Objectif Général 7 : Promouvoir le conseil dépistage volontaire anonyme et gratuit du VIH garantissant la confidentialité.	-Pourcentage de personnes conseillées et dépistées gratuitement pour le VIH	-	-	-

AXE STRATEGIQUE 3 : 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.	-Pourcentage d'établissement de soins publics et privé disposant des capacités et des conditions pour fournir un dépistage VIH de base ainsi qu'une prise en charge clinique du VIH/SIDA.		75%	100%
	- Nombre de PVVIH adultes ayant besoins d'ARV et mis sous traitement ARV selon les normes et procédures nationales.	6000	10000	12000
	-Nombre d'enfants VVIH sous traitement ARV selon les normes et procédures nationales.		2000	2500
AXE STRATEGIQUE 4 : 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.	-Pourcentage de PVVIH sous ARV et leurs ménages bénéficiant d'un appui nutritionnel équilibré.		75%	100%
	- Pourcentage d'OEV bénéficiant d'un appui nutritionnel équilibré.		60%	80%
	- Pourcentage de sites de prise en charge dotés d'une unité de prise en charge psychosociale fonctionnelle.	5%	70%	100%
	- Pourcentage de PVVIH bénéficiant d'une prise en charge psychosociale		35%	50%
	-Pourcentage de PVVIH bénéficiant de conseil pour améliorer leur qualité de vie.		75%	100%
	-Nombre d'associations de PVVIH soutenues.		-	-
	-Nombre de ménages impliqués dans les schémas d'AGR.		-	-
- Le pays a des lois et des réglementations qui protègent les personnes infectées du VIH et SIDA de la discrimination et sont appliquées par les structures compétentes -Pourcentage de PVVIH ayant été victimes d'actes discriminatoires.				

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.	-Pourcentage de familles renforcées pour la PEC des enfants. - Pourcentage des acteurs renforcés pour la PEC des enfants.		70% 70%	80% 80%
	- Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.	3%	30%	50%
	-Ratio de scolarisation actuelle des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans.	-	-	-
	-Textes et lois adoptés et appliqués par les gouvernants protégeant les OEV.	-	-	-
AXE STRATEGIQUE 5 : INFORMATIONS STRATEGIQUES : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, COMPORTEMENTALE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE				
Objectif Général : 11 Renforcer l'information stratégique pour l'orientation de la réponse nationale.	- Nombre d'enquête de séro surveillance de 2 ^{ème} génération menée chaque année.			
	- Taux de prévalence du VIH dans la population générale.	2%	1,9 %	1,8%
	-Nombre d'étude et de recherche faites au Bénin.			
AXE STRATEGIQUE 6 : SUIVI – EVALUATION				
Objectif Général 12 : Rendre opérationnel à partir de 2006 le Système National Unique de Suivi-Évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin.	-Nombre d'agents de la cellule nationale de Suivi et Evaluation formés/recyclés en planification. -Système suivi et évaluation opérationnel.	-	-	-
	-Nombre de visites de supervision à des exécutants de sous projets.	-	-	-
	- Informations stratégiques sur le VIH/SIDA/IST disponibles et partagées avec tous les acteurs.	-	-	-
	- Au moins 5% des ressources budgétaires des projets et programmes affectés aux activités du système national unique de suivi-évaluation.	-	-	-

6. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA/IST

6.1 SECTEURS DE MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2006-2010

La lutte contre les IST et le VIH/SIDA est organisée à travers une approche multisectorielle et décentralisée qui nécessite l'implication de tous les acteurs et secteurs socio-économiques. Cette approche se traduit par le renforcement du cadre institutionnel de lutte contre le VIH/SIDA/IST mise en place pour une coordination efficace des interventions des différentes structures d'exécution. Ces interventions se font à travers cinq (5) secteurs et couvrent l'ensemble du territoire national.

6.1.1 Secteur Santé

Les activités au niveau de ce secteur concerneront le volet santé de la lutte contre la pandémie qui sera exécuté à travers les formations sanitaires. Il s'agit de la prise en charge par la médecine traditionnelle, de la prise en charge médicale, de la PTME, de la sécurité transfusionnelle, de la bio-sécurité, du suivi biologique et du CDV. Les activités du secteur santé seront coordonnées par le Ministère de la santé.

6.1.2 Secteur Action Sociale

Les activités de ce secteur seront orientées vers le personnel et leurs familles et vers la coordination des activités de prise en charge psychosociale et socioéconomique des personnes infectées et affectées au niveau national. Le chef de file sera le MFFE (Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant).

6.1.3 Secteurs des Institutions et des autres Ministères autres que le Ministère de la Santé et le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant

Les interventions de ce sous secteur concerneront le personnel des Institutions et des Ministères autres que ceux de la santé et de la Famille, de la Femme et de l'Enfant et leurs familles ainsi que les groupes cibles connexes des Ministères stratégiques : (Education, Jeunesse, Défense Nationale, Intérieur Transport, Justice, Travail, Communication, Agriculture, Tourisme)

6.1.4 Secteur Communautaire

Le secteur communautaire regroupe les intervenants du monde communautaire représentés par les structures associatives, les communautés coutumières et religieuses, les Organisations à Base Communautaires, les Organisations Non Gouvernementales. Ces structures pourront mener des interventions ciblées sur des groupes spécifiques.

6.1.5 Secteur Privé et des entreprises

Le secteur privé et des entreprises est représenté par :

- les grandes sociétés et offices d'Etat, les entreprises parapubliques, les entreprises privées employant plus de 50 personnes ;
- les petites et moyennes entreprises publiques ou privées employant moins de 50 personnes ;
- le secteur informel.

Les interventions seront au profit du personnel, de leurs familles et des populations environnantes des unités industrielles.

6.2 DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

La coordination nationale est multisectorielle et a un caractère transversal dans la mise en œuvre du cadre stratégique. Cette coordination est assurée par le Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA. Il veille à la bonne coordination des interventions au niveau national, départemental, communal, d'arrondissement, et village.

Décision et Orientation

Le Comité National de Lutte contre le SIDA et les IST (CNLS) est l'organe central de décision et d'orientation. Il est présidé par le Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du gouvernement. Il est rattaché à la Présidence de la République.

Coordination

La coordination des interventions est assurée par le Secrétariat Permanent du CNLS et ses démembrements au niveau des départements, des communes, des arrondissements.

Structure de coordination des partenaires

La coordination des partenaires techniques et financiers est faite à travers le groupe thématique ONUSIDA qui regroupe les agences des Nations Unies, les autres partenaires multilatéraux et bilatéraux.

Exécution

Les structures d'exécution se retrouvent au niveau national, départemental, communal et arrondissement.

Au niveau national

Il s'agit des programmes sectoriels (Santé, Social, Education, Jeunesse, Défense Nationale, Intérieur, Transport, Justice, Travail, Communication, Agriculture, Tourisme), des UFLS, des ONG, des Associations de PVVIH, des réseaux d'ONG et de lutte contre le SIDA.

Au niveau départemental

Les structures d'exécution à ce niveau sont entre autres les structures décentralisées des différents secteurs : les ONG, les OSC, les Associations de PVVIH, les réseaux d'ONG et de lutte contre le SIDA.

Au niveau communal, arrondissement et village

Les structures d'exécution à ce niveau sont entre autres : les ONG, les OSC, les organisations à base communautaire, les Associations de PVVIH.

7. MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES

7.1 EVALUATION DU COUT DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA/IST

Le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2006-2010 contribuera au renforcement des acquis et à la réduction de la prévalence de l'infection à VIH. Une attention particulière sera accordée à l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des personnes affectées par le VIH/SIDA et des groupes vulnérables et spécifiques.

Les ressources requises pour la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le SIDA 2006-2010 sont estimées à 125 058 714 000 (Cent vingt cinq milliards cinquante huit millions sept cent quatorze mille) FCFA. Le dit budget se répartit comme l'indique le tableau 7.1.

Tableau 7.1 : Répartition du budget du CSN par axe, par objectif et par an, Bénin 2006-2010

AXES	Coût par axe (en milliers de FCFA)	OBJECTIFS GENERAUX	Coût 2006	Coût 2007	Coût 2008	Coût 2009	Coût 2010	Coût par Objectif (en milliers de FCFA)
Coordination, plaidoyer , partenariat et mobilisation de ressources	5 056 340	1	447 634,0	1 566 676,5	1 452 676,5	887 676,5	701 676,5	5 056 340
Prévention et Promotion du dépistage	62 992 310	2	2 647 880,5	4 182 572,5	2 259 669,0	1 969 669,0	2 147 669,0	13 207 460
		3	401 602,0	1 347 500,0	792 000,0	733 000,0	334 000,0	3 608 102
		4	1 354 882,9	2 148 967,9	1 610 350,4	1 495 850,4	1 320 850,4	7 930 902
		5	999 815,0	3 502 700,0	4 787 700,0	3 713 597,0	3 013 597,0	16 017 409
		6	832 709,5	2 577 709,5	4 873 017,0	2 640 017,0	2 561 017,0	13 484 470
		7	333 236,5	2 220 499,5	2 388 577,0	2 514 577,0	1 287 077,0	8 743 967
Accès aux soins et traitement	42 847 145	8	2 414 370,0	12 849 182,5	14 868 185,0	9 530 800,0	3 184 607,5	42 847 145
Soutien aux personnes infectées et affectées et promotion du respect des droits humains	6 353 160	9	984 922,0	1 027 614,5	929 729,5	753 447,0	708 447,0	4 404 160
		10	231 000,0	731 000,0	559 000,0	254 000,0	174 000,0	1 949 000
Informations stratégiques: surveillance épidémiologique, comportementale et promotion de la recherche	3 634 859	11	432 575,0	1 071 853,0	848 468,0	504 880,0	777 083,0	3 634 859
Suivi et Evaluation	4 174 900	12	909 426,5	945 426,5	873 349,0	773 349,0	673 349,0	4 174 900
TOTAL	125 058 714		11 990 053,9	34 171 702,4	36 242 721,4	25 770 862,9	16 883 373,4	125 058 714

Compte tenu de l'objectif de l'accès universel d'ici à 2010, l'axe stratégique 2 qui concerne la prévention et la promotion du dépistage s'élève à 62 992 310 000 FCFA soit 50,89% du budget et l'axe stratégique 3 relatif à l'accès aux soins et aux traitements prend 42 847 145 000 FCFA soit 34,61% du budget (voir figure 2).

Figure 2 : Proportion de coût par axe stratégique

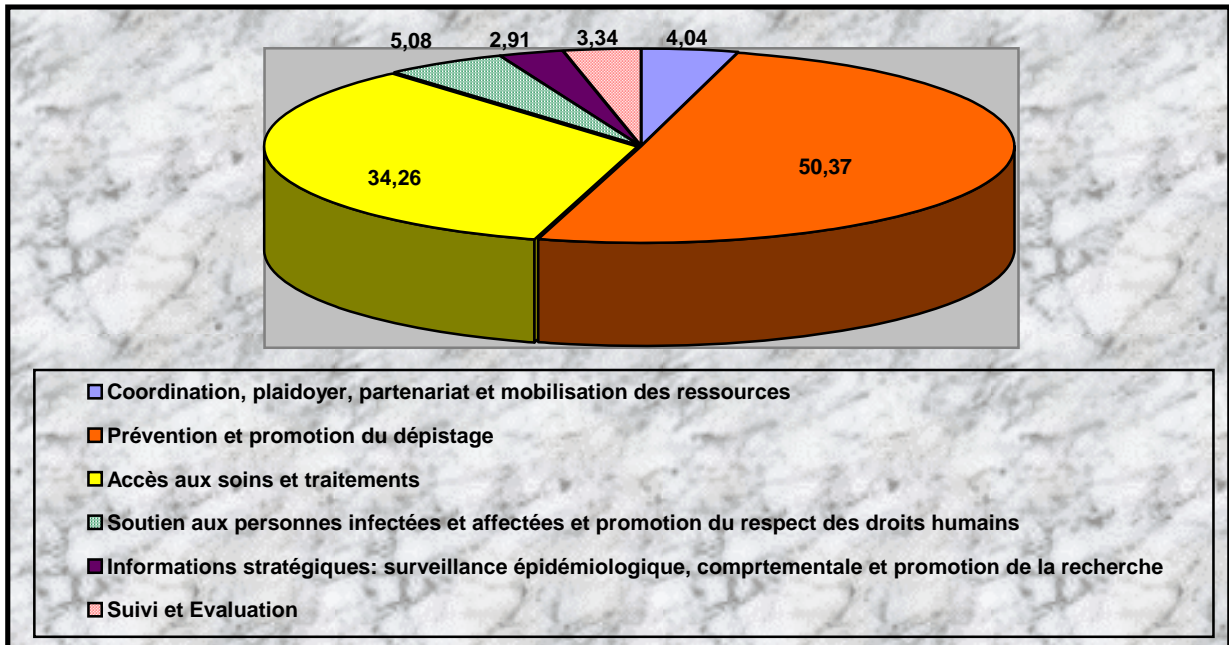
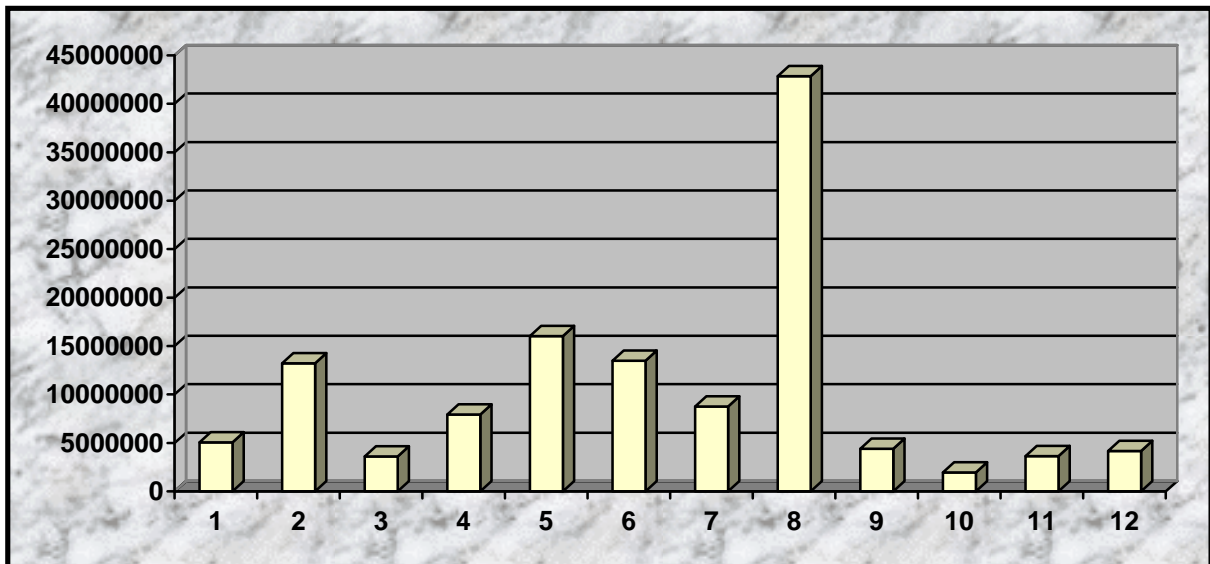


Figure 3 : coût par objectif général



7.2 FINANCEMENT DU CADRE STRATEGIQUE

Le financement du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2006-2010 est essentiellement basé sur les contributions du budget de l'état, des partenaires bilatéraux et multilatéraux ainsi que celles du monde communautaire et du secteur privé.

Les stratégies de mobilisation des ressources se feront à plusieurs niveaux :

7.2.1 Ressources intérieures

Gouvernement (ressources propres de l'Etat, ressources PPTE)

- Prévoir dans le budget de chaque Institution/Ministère une ligne consacrée à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST et intégrer le volet VIH/SIDA et les IST dans les activités traditionnelles des structures ;
- Susciter l'adhésion et la participation des structures publiques et parapubliques au financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- Créer un fonds national de solidarité pour la lutte contre le SIDA ;
- Prendre en compte le volet VIH/SIDA et les IST lors de la formulation des projets et des programmes ;
- Affecter les fonds PPTE à tous les secteurs pour les interventions de la lutte contre le VIH/SIDA/IST.

Privé

- Renforcer la prise en compte du volet VIH/SIDA et les IST dans les mutuelles de santé ;
- Faire le plaidoyer auprès du patronat et des organisations socioprofessionnelles ;
- Mettre en place une coalition des entreprises du secteur privé et du secteur informel.

Communauté

- Renforcer l'engagement et la participation des communautés ;
- Organiser des actions de solidarité.

7.2.2 Ressources extérieures

- Organiser une table ronde en collaboration avec le mécanisme de coordination des partenaires (le Groupe Thématique ONUSIDA) ;
- Mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des ressources ;
- Elargir et renforcer le partenariat sur le plan régional et international ;
- Soumettre régulièrement les requêtes auprès de la Banque Mondiale (MAP), de la Banque Africaine de Développement (BAD), du Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

7.3 PROCEDURES DE GESTION DES RESSOURCES DU CSNLS 2006–2010 : UNITE DE GESTION FINANCIERE DU PNMLS, DISPOSITIF DE CONTROLE

La mise en œuvre du nouveau cadre stratégique se fera à travers le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA et les IST (PNMLS). Dans ce sens, une seule Unité de Gestion Financière sera créée par le Gouvernement au sein du SP/CNLS. Ceci permettra de répondre au souci commun de parvenir à une efficacité dans la réalisation des activités, à une efficience dans la gestion des ressources humaines, matérielles et financières et à une économie par la réduction des charges qu'engendreraient plusieurs cellules ou unités de gestion.

L'Unité de Gestion Financière du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA et les IST (PNMLS) qui sera progressivement mise en place, sera chargée de la gestion financière du PNMLS et les IST avec un dispositif de contrôle interne et externe.

La gestion des fonds se fera conformément au manuel de procédures de gestion administrative et financière du Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST qui sera élaboré et adopté après concertation avec les partenaires techniques et financiers.

8. OPPORTUNITES / HYPOTHESES CRITIQUES

8.1 OPPORTUNITES

Face à la menace du VIH/SIDA, le Bénin bénéficie d'un certain nombre d'atouts majeurs qui devraient permettre au prochain cadre stratégique d'être efficacement appliqué. Parmi ces avantages, on peut mettre en avant la stabilité politique dont jouit le pays. A cette stabilité politique s'ajoutent d'autres facteurs favorables tels que l'existence d'un environnement de libertés individuelles et collectives d'actions et d'expressions ainsi que certains avantages économiques tels que la remise de la dette extérieure du pays. En complément de cela, il faut signaler l'accroissement des initiatives mondiales de dons au profit de la lutte contre plusieurs maladies dont le VIH/SIDA ; autant d'éléments qui assurent une continuité dans les activités de lutte efficace contre la pandémie du SIDA. A ce titre, le Bénin va bénéficier du cinquième round du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA. De même, le Bénin profite de l'appui de la Banque Mondiale via le Multisectorial Aids Project (MAP), de la Banque Africaine de Développement (BAD) à travers le Projet d'Appui à la Lutte contre le VIH/SIDA ainsi que de l'aide des programmes des agences du système des Nations Unies et de nombreux autres partenaires bilatéraux.

La conjonction de ces avantages politiques et économiques a permis l'apparition d'une multitude d'acteurs associatifs intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA tels que le Réseau des journalistes béninois de lutte contre le VIH/ SIDA (REBEJ), le Réseau des ONG Béninoises de Santé (ROBS), le Réseau des Associations Béninoises de Jeunes contre le SIDA (RABEJ), le Réseau National des ONG de Lutte contre le SIDA (RENOLS), etc. A cela s'ajoute le rôle prépondérant que jouent les PVVIH elles - mêmes en s'organisant en réseaux à l'échelle départementale et nationale à travers le Réseau Béninois des Associations des Personnes Vivant avec le VIH (ReBAP+), du fait en partie de l'existence d'une loi relative à leur non discrimination. Au-delà du tissu associatif, il faut souligner l'investissement croissant des autorités religieuses chrétiennes, musulmanes, et du culte vodoun entre autres qui ont participé à la mise œuvre des plans d'actions de lutte contre le sida. Les messages diffusés par tous ces intervenants de la lutte contre le VIH/SIDA sont amplement relayés par la presse (radio, télévision, presse écrite) avec laquelle des partenariats ont été signés. La large diffusion de l'information relative au VIH/SIDA a permis de mieux sensibiliser la population, d'où par exemple la nette augmentation du nombre de personnes dépistées entre 2001 et 2005.

8.2 HYPOTHESES CRITIQUES

Les hypothèses de risque qui pourraient entraver la mise en œuvre effective du cadre stratégique découlent de ce qui suit :

- La faible mobilisation des ressources ;
- L'insuffisance de la coordination ;
- La faible application de l'approche multisectorielle ;
- La non implication effective des nouvelles autorités politiques dans la lutte contre le VIH-SIDA ;
- La non reconduction de certains projets importants arrivés à terme au cours de l'année 2006.

CONCLUSION

Le deuxième Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA couvre la période de 2006-2010. Son élaboration a connu plusieurs étapes basées sur une approche participative impliquant plusieurs acteurs : les représentants des secteurs public et privé, les partenaires au développement, les ONG nationales et internationales, les projets et programmes, la société civile, et les Associations des PVVIH. Les travaux ont bénéficié de l'appui d'un pool de consultants pluridisciplinaires. Deux consultants / ONUSIDA chargés l'un du suivi de la méthodologie et l'autre de l'appui à l'élaboration du plan opérationnel (plan stratégique) et à la budgétisation, un consultant / Banque Mondiale à travers le Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA appuyant le consultant de l'ONUSIDA pour le suivi de la méthodologie, un consultant / UNICEF chargé d'appuyer la Prévention de la Transmission Mère-Enfant, deux consultants /GIP ESTHER pour la prise en charge médicale et psychosociale des malades.

La première étape est la revue du cadre stratégique 2001-2005 qui a permis d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs et d'identifier les insuffisances ci-après :

- L'absence d'un système opérationnel et unique de suivi évaluation ;
- La faiblesse du cadre institutionnel et de la coordination.

Par ailleurs au cours de sa mise en œuvre, l'ancien cadre stratégique n'a pas connu une évaluation à mi-parcours. Malgré ses insuffisances le cadre stratégique 2001-2005 a été enrichi par des actions non prévues telles que :

- Le soutien aux orphelins et enfants vulnérables ;
- La prévention du SIDA en milieu du travail ;
- La collaboration avec les praticiens de la médecine traditionnelle.

Tenant compte des insuffisances et des nouveaux besoins pour rendre plus efficace la lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin, le cadre stratégique 2006-2010 a mis l'accent sur :

- Le renforcement du cadre institutionnel et la coordination pour permettre au Secrétariat Permanent du CNLS de jouer pleinement son rôle de leadership, de plaidoyer, de mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre le VIH/SIDA/IST et de suivi et évaluation dans le respect strict des « Three-Ones » ;
- Le renforcement et l'accélération de la prévention et de la promotion du dépistage avec un accent particulier sur la lutte contre le VIH/SIDA/IST en milieu du travail ;
- L'accès universel aux soins et aux traitements ;
- La prise en charge nutritionnelle et le soutien aux personnes infectées et affectées y compris les orphelins et enfants vulnérables.

Le présent cadre stratégique qui couvre la période 2006-2010 est le seul cadre national dans lequel doivent s'inscrire toutes les activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin. Sa mise en œuvre appelle l'appui de tous les secteurs et acteurs ainsi que de tous les partenaires au développement.

Enfin des dispositions sont prises pour l'évaluation à mi-parcours du cadre stratégique 2006-2010 afin d'apprécier les progrès réalisés et procéder aux orientations jugées nécessaires pour l'atteinte des objectifs.

ANNEXES

COORDINATION

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1- Mr LAOUROU Rigobert | Directeur de Cabinet ex MCPD |
| 2- Dr MEDEGAN F. - KIKI Valentine, | Secrétaire Permanent / CNLS Bénin |
| 3- Dr CHAKKAR Yamina, | Coordonnatrice ONUSIDA-BENIN |

COMITE TECHNIQUE

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1- Dr MEDEGAN F. - KIKI Valentine, | Secrétaire Permanent / CNLS Bénin |
| 2- Dr CHAKKAR Yamina, | Coordonnatrice ONUSIDA-BENIN |
| 3- KPATCHAVI Adolphe, | Secrétaire Permanent Adjoint / CNLS |
| 4- Dr AMEGNIGAN Jonathan, | Consultant PPLS / Banque Mondiale |
| 5- Dr EKANMIAN Gatien, | ONUSIDA |
| 6- TROUGNIN Victor, | PALS/BAD - SP/CNLS |
| 7- TCHOBO Fatchéoun, | SP/CNLS |
| 8- Dr LEGBA Léon, | SP/CNLS |
| 9- IVAN Lelay, | ONUSIDA |

COMITE DE REDACTION

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1- Dr MEDEGAN F. - KIKI Valentine, | Secrétaire Permanent / CNLS Bénin |
| 2- Dr CHAKKAR Yamina, | Coordonnatrice ONUSIDA-BENIN |
| 3- KPATCHAVI Adolphe, | Secrétaire Permanent Adjoint/CNLS |
| 4- Prof. ANAGONOU Séverin, | Consultant national ONUSIDA |
| 5- Dr AMEGNIGAN Jonathan, | Consultant national PPLS |
| 6- Dr AKINOCHO Evelyne, | PPLS/BM |
| 7- MELOME Constance, | PNLS/MS |
| 8- Dr Alexandrine DAZOGBO, | UNFPA |
| 9- Dr EKANMIAN Gatien, | ONUSIDA |
| 10- KOUDOUFIO Bertin, | UFLS/MJSL |
| 11- TCHIBOZO Benoît, | ROBS |
| 12- ATTOLOU Serge, | PSI |
| 13- DENAMI Ernestine, | PALS/BAD - SP/CNLS |
| 14- IVAN Lelay, | ONUSIDA |
| 15- TCHOBO Fatchéoun, | SP/CNLS |
| 16- Dr LEGBA Léon, | SP/CNLS |
| 17- ALADJI Osséni, | PNLS/MS |

18- Dr SEGUIS Aminata	SP/CNLS
19- MARTIN Djibril,	RNDH
20- TROUGNIN Victor,	PALS/BAD - SP/CNLS
21- DAH Honorine,	OCS
22- AMESSINOUCossi,	DPS/MDEF (EX-MCPD)
23- ALODJOGBE Françoise,	SPD/CDLS Atlantique-Littoral
24- Dr LA RUCHE Guy,	Coopération Française
25- KOUTON Etienne,	CEFOP
26- NOUATIN Bruno,	INSAE/MDEF (EX-MCPD)
27- PIO Abou Bakari,	DDS/Atlantique Littoral
28- Dr ASSANI Antoinette,	PNLS/MS
29- Dr HOMAWOO Emilie,	UNICEF
30- Dr DAVO Nicaise,	V-P Comité de pilotage PTME
31- Dr de SOUZA Amédée,	PNLS/MS
32- Dr de SOUZA Léopoldine,	CORRIDOR
33- Dr HOUANSOU Télesphore,	OMS
34- GADO GNON Rabiath,	RéBAP +
35- BADET Régina,	C/PPMT/ MS
36- VAN HAAREN Joliyn,	UNICEF
37- SALIFOU Sèfiou,	UFLS/MFPSS
38- GBAGUIDI Eric,	PNLS/MS
39- ONAMBELE Guy,	PAM
40- Dr VISSOH Séraphin,	BHAPP/USAID
41- Dr AGBLA Félix,	SIDA 3/ACDI
42- OGOUBIYI Flore,	DDS Atlantique-Littoral
43- ADANHODE Arias,	RABeJ/SIDA
44- DANHOUN Maxime,	PPLS/BM
45- SODOLOFO Odile,	BHAPP/USAID
46- HOUNDJO Joseph,	PASNALS PNUD–SP/CNLS
47- Dr IDOHOU Moucharafou,	OIT/USDOL
48- Dr da SILVA Charles,	CNSS/MFPTRA
49- MOUNIROU Rafiou,	UFLS/MEPS
50- Dr LAFIA Edgar,	PNLS/MS
51- Dr HOUNTO Aurore,	HOMEL
52- Dr AHLONSOU François,	SNTS
53- LABITE Hervé,	DHAB/MS
54- ADJADJI Guy Vital,	DHAM

55- ZEKPA Isaïe,	SP/CNLS
56- SEDAMINOUE Célestine,	SP/CNLS
57- BIO DJARA-K. Naïmatou,	SP/CNLS
58- ADELAKOUN HOUSSOU Brigitte,	SP/CNLS
59- Dr AGUIDISSOU Sylviane Yolande,	SP/CNLS
60- ADOKO Achille,	ROBS

SÉCRETARIAT

1- GBAGUIDI Rolande,	SP/CNLS
2- AKOTONOU Geneviève,	SP/CNLS
3- DENAKPO Carole,	SP/CNLS
4- AKINOTCHO Fatiou,	PNLS/MS
5- SODJI Roméo,	SP/CNLS

CONSULTANTS

1- Prof. ANAGONOU Séverin,	Consultant ONUSIDA
2- MAMPASSI Eugène Nsika,	Consultant ONUSIDA
3- Dr AMEGNIGAN Jonathan,	Consultant PPLS / Banque Mondiale
4- Dr N'DJOM NLEND Anne,	Consultant UNICEF
5- MBUZENAKAMWE Marie Josée,	Consultant GIP/Esther
6- N'DOUR CHEIKH Tidiane,	Consultant GIP/Esther

DOCUMENTS CONSULTÉS

- Cadre stratégique national de lutte contre le Sida 2001-2005 ; Bénin 2001
- Intensification de la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin pour aller à l'accès universel ; CNLS Bénin, janvier 2006
- Feuille de route accès universel ; CNLS Bénin, janvier 2006
- Rapport de l'UNGASS ; CNLS Bénin 2005
- Rapport sur les « Three-Ones » ; CNLS Bénin, novembre 2005
- Document de stratégie de réduction de la pauvreté ; Bénin 2003 ;
- Plans d'actions annuels des projets et programmes ;
- Rapports d'activités des projets et programmes ;
- Rapports des sessions du CNLS ; Bénin 2005
- Liste des indicateurs nationaux de suivi et évaluation ;
- Décret 2002 – 273 du 18 juin 2002 portant création, composition attributions, organisation et fonctionnement du CNLS - IST;
- Arrêté 2003 N°11/MCCAG-PD/MSP/MFE/DC/SG/SA portant attributions, organisation et fonctionnement du SP/ CNLS
- Rapports d'évaluation du PPLS ;
- Rapports d'évaluation du BHAPP ; Bénin 2006
- Rapports d'évaluation de SIDA3 ; Bénin 2006
- Document de contributions des partenaires ;
- Rapports de l'Enquête Démographique et de Santé ; Bénin 1996 et 2001
- Rapports d'évaluation des projets appuyés par l'UNFPA ;
- Rapports d'évaluation de l'UNICEF ;
- Rapport National sur le Développement Humain ; PNUD 2005
- Annuaire des statistiques sanitaires, MSP 2002, 2003, 2003, 2004, 2005
- Rapport de l'Enquête de Surveillance Comportementale ; PNL 2001, 2004 et 2005
- Mapping (cartographie) des interventions CNLS ; Bénin 2004;
- Rapports de surveillance épidémiologique, PNL 2002, 2003, 2004, 2005 ;
- Déclaration d'engagement de l'UNGASS 2001, 2006 ;
- Déclaration d'engagement d'Abuja 2001, 2006
- Déclaration de Brazzaville sur accès universel 2006
- Rapport de l'épidémie du SIDA, ONUSIDA décembre 2004, 2005
- Rapport RNDH – PNUD 2005