

ANALYSE DE LA PERENNITE DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET AU SIDA DU BENIN RAPPORT FINAL



Août 2012

Cette publication a été produite pour révision par l'Agence Américaine pour le Développement International. Elle a été préparée par Anta Tal Dia, Ibrahima Seck, Franck M'boussou, Konan Christian Yao, Itamar Katz, SayakaKoseki, Wendy Wong, et Douglas Glandon dans le cadre du projet « Systèmes de Santé 20/20 ».

Le projet des Systèmes de Santé 20/20 est le projet phare de l'Agence Américaine pour le Développement International en matière de renforcement des systèmes de santé dans le monde entier. En aidant les pays à améliorer leurs capacités financement du secteur santé, leur gouvernance, leur façons d'opérer ainsi que leurs capacités institutionnelles, « Systèmes de Santé 20/20 » aide à éliminer les obstacles à la prestation et l'utilisation des soins de santé prioritaires, tels que le VIH / sida, le traitement de la tuberculose, les services de santé reproductive, maternelle et infantile.

Août 2012

Pour obtenir des copies supplémentaires de ce rapport, merci d'envoyer un courrier électronique à info@healthsystems2020.org ou de vous rendre sur notre site www.healthsystems2020.org

Accord cooperative No. GHS-A-00-06-00010-00

Submitted to: Scott Stewart, AOTR
Division des Systèmes de Santé
Bureau de la Santé, Maladies Infectieuses et Nutrition
Bureau pour la Santé Globale
Agence Américaine pour le Développement International

Citation Recommandée: Anta Tal Dia, Ibrahima Seck, Franck M'boussou, Konan Christian Yao, Itamar Katz, Sayaka Koseki, Wendy Wong, et Douglas Glandon. Avril 2012. Analyse de la pérennité de la réponse nationale au VIH et au Sida du Bénin. Bethesda, MD: Projet « Systèmes de Santé 20/20 », Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North
Bethesda, Maryland 20814 | T: 301.347.5000 | F: 301.913.9061
www.healthsystems2020.org | www.abtassociates.com

En collaboration avec:

| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates
| Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

ANALYSE DE LA PERENNITE DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET AU SIDA DU BENIN

Dégagement de responsabilité

Les opinions des auteurs exprimés dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) ou celles du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique.

TABLE DES MATIERES

Table des Matieres	v
Sigles et Abréviations	ix
Remerciements	xi
Resumé Exécutif	xiii
1. Introduction	15
1.1 Situation Geographique, Démographique et Socio-Économique du Bénin	15
1.2 Situation de l'Epidemie du VIH au Bénin.....	15
1.3 Réponse Nationale au VIH du Bénin.....	16
1.4 Financement de la Réponse Nationale au VIH et au Sida	18
1.5 Nouveaux Défis de la Réponse Nationale au VIH et au SIDA ..	20
2. Méthodologie	21
2.1 Présentation du Processus HAPSAT	21
2.2 Processus HAPSAT au Bénin	23
2.3 Collecte des Données	23
2.4 Determination des Coûts Unitaires des Services.....	28
2.5 Traitement et Analyse des Données.....	28
2.6 Préparation et Révision du Rapport.....	30
2.7 Planification des Actions a Partir des Resultats de l'Analyse	30
3. Situation Actuelle, Évolution des Cibles et Projection des Coûts des Services VIH	31
3.1 Services Cliniques	31
3.1.1 Coûts et Couverture des Services Cliniques.....	31
3.1.2 Besoins en Ressources Humaines Relatives a la Mise en œuvre des Services Cliniques	38
3.2 Services Non-Cliniques	41
3.2.1 Communication Pour la Promotion de la PTME.....	41
3.2.2 Marketing Social du Préservatif	44
4. Pérationnalisation du Système de Suivi-Évaluation	47
5. Financement de la Réponse Nationale au VIH	49
5.1 Analyse des Gaps de Financement de la Réponse Nationale.....	49
5.2 Comparaison des Budgets du HAPSAT et du PSN	49
5.3 Analyse des Sources de Financement Innovants	52
6. Recommendations et Conclusion	57
6.1 Recommandations	57
6.1.1 Plan d'Action	58
6.2 Conclusion.....	61
Annex A: Liste des Personnes ayant Participe au Premier Atelier des Parties Prenantes (17 Novembre 2011)	63

Annex B: Liste des Personnes ayant Participé au Second Atelier des Parties Prenantes (03 Août 2012).....	65
Annex C: Références.....	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Budget du PSN 2012-2016.....	18
Tableau 2 : Questions identifiées au terme de l'atelier des parties prenantes.....	25
Tableau 3 : Questions additionnelles proposées par le SP/CNLS	25
Tableau 4 : Coût unitaire estimé en \$ US, pour 2012-2016 de la prise en charge médicale des Personnes vivant avec le VIH au Bénin.....	31
Tableau 5 : Couverture et coûts totaux en \$ US de la PTME de 2012 à 2016 au Bénin selon deux scénarios.....	32
Tableau 6 : Couverture et coûts totaux en \$ US du CDV de 2012 à 2016 au Bénin selon deux scénarios.....	34
Tableau 7 : Couverture et coûts totaux en \$ US du CDV de 2012 à 2016 au Bénin selon le scénario «Accès universel» en cas de limitation des besoins aux adultes ayant eu deux partenaires ou plus au cours de l'année	35
Tableau 8 : Couverture et coûts totaux en \$ US de la prise en charge des IST chez les populations les plus exposées au risque VIH de 2012 à 2016 au Bénin selon deux scénarios	36
Tableau 9 : Equivalent de ressources humaines en santé disponibles pour les services VIH (ETP) au Bénin.....	38
Tableau 10 : Nombre d'équivalents d'agents de santé nécessaires pour les services VIH (ETP) de 2012 à 2016 dans l'hypothèse de la « performance antérieure »	39
Tableau 11: Nombre d'équivalents d'agents de santé nécessaires pour les services VIH (ETP) de 2012 à 2016 dans l'hypothèse de l'Accès universel.....	40
Tableau 12 : Coûts des services de communication de promotion de la PTME en \$ US.....	41
Tableau 13 : Couverture des services de promotion de la PTME de 2012 à 2016 au Bénin selon deux scénarios	42
Tableau 14 : Coûts des services de promotion de la PTME en \$ US de 2012 à 2016 au Bénin selon deux scénarios	43
Tableau 15: Couverture et coûts totaux en \$ US du programme de marketing social du préservatif de 2012 à 2016 au Bénin selon les deux scénarios	45
Tableau 16 : Coût annuel d'opérationnalisation des cellules départementales de suivi-évaluation en \$ US.....	48
Tableau 17 : Coûts des services analysés par HAPSAT en \$ US, selon le scénario "Performance antérieure	50
Tableau 18: Coûts des services analysés par HAPSAT en \$ US, selon le scénario "Accès universel"	51
Tableau 19 : Volumes de communications sur réseaux GSM en 2010 (en minutes).....	53
Tableau 20 : Financements mobilisés en \$ US* par les micro-contributions par minute de communication GSM selon trois scénarios**	53

Tableau 21: Contribution des fonds générés par les trois scénarios de financement innovant » au financement du coût total des services essentiels analysés par le processus HAPSAT.....	54
---	----

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Carte Administrative de la République du Bénin	15
Figure 2 : Financement de la Réponse au VIH du Bénin par Source de 2009 à 2016	19
Figure 3 : Distribution du Financement du Fonds Mondial de 2012 à 2015 par Domaine de Préstation de Service (en million \$ US)	19
Figure 4 : Les Six Étapes du Processus HAPSAT	22
Figure 5 : Flux de Traitement des Données sur HAPSAT	29
Figure 6 : Evolution de la Couverture de la PTME de 2012 à 2016 au Bénin selon les Deux Scénarios	32
Figure 7 : Comparaison des Coûts Totaux de la PTME de 2012 à 2016 au Bénin selon Deux Scénarios.....	33
Figure 8 : Évolution de la Couverture du CDV de 2012 à 2016 au Bénin selon Deux Scénarios.....	34
Figure 9 : Comparaison des Coûts (en \$ US) du CDV de 2012 à 2016 au Bénin selon les Deux Scénarios	35
Figure 10 : Évolution de la Couverture de la Prise en Charge des IST chez les Populations les Plus Exposées au Risque VIH de 2012 à 2016 au Bénin selon deux Scénarios	37
Figure 11: Comparaison des Budgets Relatifs à la Prise en Charge Syndromique des IST chez les Populations les Plus Exposées au Risque VIH de 2012 à 2016 au Bénin selon Deux Scénarios.....	37
Figure 12 : Comparaison des Coûts des Deux Types de Combinaisons des Services de Promotion de la PTME pour le Scénario "Accès Universel"	44
Figure 13 : Évolution de la Couverture du Programme de Marketing Social du Préservatif de 2012 à 2016 au Bénin selon les Deux Scénarios	45
Figure 14 : Comparaison des Coûts (en \$ US) du Programme de Marketing Social du Préservatif de 2012 à 2016 au Bénin selon Deux Scénarios.....	46
Figure 15 : Comparaison du Budget du PSN et des Financements Disponibles de 2012 à 2016, en Millions de \$ US	49
Figure 16 : Comparaison des Coûts Totaux des Services Analysés par le Processus HAPSAT, en Millions de \$ US	51
Figure 17 : Répartition du Budget Total du PSN 2012 à 2016 par Source de Financement.....	52
Figure 18 : Comparaison des Financements Mobilisables selon Trois Scénarii de Micro-Contribution et le Gap de Financement du PSN 2012 à 2016	54

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABMS	Association Béninoise de Marketing Social
ARV	Antirétroviral
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Consommable
CCC	Communication pour le Changement de Comportements
CDI	Consommateurs de Drogues Injectables
CDT	Centres de Diagnostic et Traitement de la Tuberculose
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CPN	Consultation Prénatale
DANIDA	Coopération Danoise
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESDG	Enquête de Surveillance de Deuxième Génération
ETP	Équivalent Temps Plein
GIP/Esther	Groupe d'Intérêt Public Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
GSM	Global System for Mobile Communications
HAPSAT	HIV/AIDS Program Sustainability Analysis Toolkit
HSH	Hommes ayant des Rapports Sexuels avec les Hommes
HVB	Hépatite Virale B
HVC	Hépatite Virale C
ISED	Institut de Santé et Développement
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MoT	Modes de Transmission
OEV	Orphelins et Autres Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies contre le Sida
PIB	Produit Intérieur Brut
PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PSI	Population Service International
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH et le Sida
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant

PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RABeJ/SIDA	Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagés dans la lutte contre le Sida
ROBS	Réseau des ONG Béninoises de Santé
SP/CDLS	Secrétariat Permanent des Comité Départementaux de Lutte contre le Sida
SP/CNLS	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida
TARV	Traitement Antirétroviral
TS	Travailleuses du Sexe
UFLS	Unités Focales de Lutte contre le Sida
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
USAID	United States Agency for International Development

REMERCIEMENTS

Ce rapport n'aurait pas été possible sans l'aide de personnes-ressources du Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et du Programme National de Lutte contre le Sida du Ministère de la santé du Bénin. Nous remercions particulièrement les Drs Antoinette OBEY (ancienne Secrétaire Permanente du CNLS), Sonia Boni (Secrétaire Permanente du CNLS) et Evelyne AKINOCHO (Directrice du PLNS) pour leur leadership dans la conduite du processus HAPSAT Bénin.

Nos remerciements s'adressent également aux deux points focaux, à savoir Dr Clément AHOUSSINO pour le PNLN et M. Célestin HODEHOU pour le SP/CNLS pour leur précieux appui à la mise en œuvre des différentes activités du processus.

Nous tenons également à remercier M. Simplicie TAKOUBO et Milton AMAYUN de l'USAID, Dr Baruani YUMA de l'ONUSIDA pour leurs soutiens respectifs à l'équipe ayant conduit le processus HAPSAT Bénin.

Que toutes les personnes-ressources des institutions publiques et de la société civile, impliquées dans la lutte contre le Sida au Bénin et des partenaires au développement, qui ont participé à ce processus, trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

RESUME EXECUTIF

INTRODUCTION

L'épidémie du Sida au Bénin est de type généralisé avec une prévalence nationale chez les adultes de 15-49 ans estimée à 1,2%, des disparités entre les départements et une tendance à la féminisation de l'épidémie (1,5% de prévalence chez les femmes contre 0,8% chez les hommes).

Pour assurer l'orientation et la coordination de la réponse nationale au VIH et au Sida, le Bénin a mis en place, depuis 2002, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) qui vient d'élaborer un nouveau plan stratégique national (PSN) de lutte contre le Sida couvrant la période 2012-2016.

Le processus HAPSAT Bénin a eu pour objet d'estimer les ressources humaines et financières nécessaires à la fourniture des services essentiels prévus dans le PSN 2012-2016, et d'analyser leur viabilité.

METHODOLOGIE

Le processus HAPSAT (HIV/AIDS Program Sustainability Analysis Tool) a été utilisé pour conduire l'analyse de la viabilité de la réponse nationale au VIH et au Sida du Bénin.

L'utilisation du processus HAPSAT a permis d'apprécier et examiner l'écart entre les ressources disponibles et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les principaux services du VIH.

Un atelier a été organisé avec l'ensemble des parties prenantes de la réponse au VIH dans le pays, en vue d'identifier les questions de pérennité à analyser. Les données spécifiques du pays ont été collectées auprès des parties prenantes et des formations sanitaires, sur la base des questions de pérennité retenues.

Les données collectées ont été saisies dans le logiciel HAPSAT en vue d'estimer l'évolution des besoins en termes de couverture des populations par les services retenues pour l'analyse, les coûts de ces services et les besoins en ressources humaines. Les gaps de financement ont également été estimés sur la base des besoins et des financements disponibles. La question portant sur les sources de financement innovant a fait l'objet d'une analyse extra-logiciel HAPSAT.

RECOMMANDATIONS FORMULEES A PARTIR DES RESULTATS

De manière générale

- Revisiter le cadre des résultats et recadrer le budget du PSN 2012-2016, en vue de prendre en compte les résultats de l'analyse HAPSAT.

Concernant les services cliniques :

- Garantir l'application des protocoles de traitement ARV en vigueur dans les commandes à effectuer par la Centrale d'achats et les prescriptions des prestataires, en vue de rester dans les limites des coûts du traitement estimés par le processus HAPSAT.
- Adopter le scénario d'accès universel concernant la PTME, en vue d'espérer une évolution vers

l'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère en 2016.

- Adopter la combinaison Communication en milieu de soins/communication par les mass-médias comme approche de promotion de la PTME;
- En vue de minimiser les coûts du service de CDV, il est souhaitable de se focaliser, beaucoup plus, sur les adultes de 15-49 ans ayant 2 partenaires ou plus au lieu de la population générale. Le choix de cette option permettra également de minimiser les besoins en ressources humaines supplémentaires liées au passage à l'échelle des services cliniques de lutte contre le Sida.
- Consolider les efforts en cours relatifs à la prise en charge des IST chez les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH dans la perspective de l'accès universel de ce service.

Concernant les services non cliniques :

- Mettre en place l'intervention de communication de promotion de la PTME en associant les causeries éducatives en lieu de soins au bénéfice des femmes enceintes et la communication par les mass-médias.
- Renforcer la collaboration entre le SP/CNLS et PSI en vue de garantir la permanence du service de marketing social du préservatif en lien avec le scénario « Accès universel ».
- Assurer opérationnalisation des cellules départementales de suivi-évaluation de façon à assurer l'effectivité du cadre unique de suivi-évaluation prévu dans les principes du « ThreeOne's ».

Concernant les financements innovants :

- Assurer le plaidoyer auprès du Gouvernement en vue de la mise en place du fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de Sida, à partir des résultats de l'analyse sur les financements innovants.
- Explorer la possibilité d'utiliser le fonds générés par le mécanisme de financement innovant comme contribution au financement de la couverture des services VIH par la RAMU.
- Organiser une campagne d'explication en vue d'obtenir l'adhésion des populations au dispositif de micro-contributions par la communication GSM.

CONCLUSION

Dans un contexte marqué par une diminution des financements extérieurs alloués à la lutte contre le Sida, l'analyse HAPSAT permet au CNLS Bénin et à ses partenaires de faire des choix sur les scénarios d'évolution des couvertures des services essentiels et les contenus des paquets de services ayant un meilleur rapport coût-efficacité.

Le processus a également permis d'analyser les coûts d'opérationnalisation du système décentralisé de suivi-évaluation en vue de la mise en place d'un cadre unique de suivi-évaluation.

L'exploration d'une piste de financement innovant ouvre une perspective de mise en place effective d'un fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de Sida.

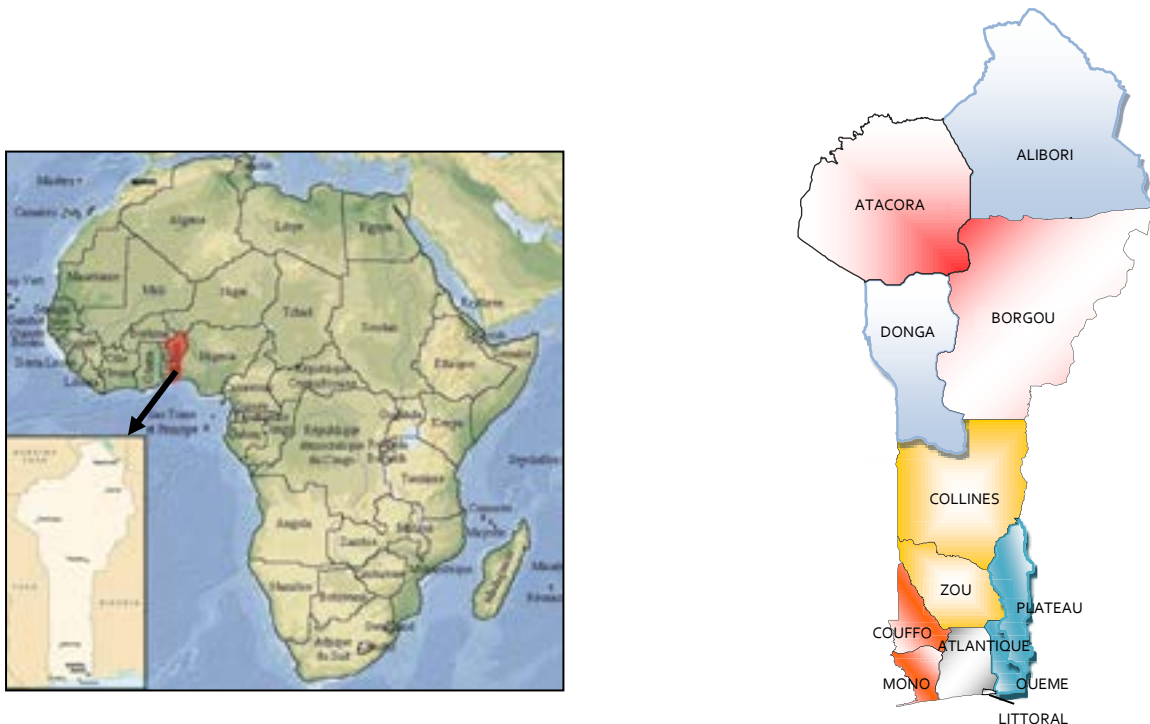
Enfin, les résultats de l'analyse HAPSAT offrent au CNLS et à ses partenaires l'opportunité de revisiter le cadre de résultats et le cadrage budgétaire du PSN 2012-2016.

I. INTRODUCTION

I.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE DU BENIN

Le Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest ayant une superficie de 114.763 Km² et une population estimée en 2010 à 9.212.000 habitants. Structuré en 12 départements (Figure 1), le Bénin est un pays à faible revenu avec un indice de développement humain de 0,435 le plaçant au 134^{ième} rang mondial sur 162. L'économie du Bénin est basée sur l'agriculture et principalement sur la production du coton. Les activités agricoles occupent 50,6% de la population active pour une contribution de 38,2% du Produit Intérieur Brut (PIB) tandis que les secteurs secondaire et tertiaire apportent respectivement 9,2% et 52% du PIB. Le PIB par habitant en 2008 était de 1 500 \$ US.

FIGURE I : CARTE ADMINISTRATIVE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN



I.2 SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH AU BENIN

Comme la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, le Bénin est touché par l'épidémie du Sida avec une épidémie de type généralisé (à faible prévalence) et une prévalence nationale chez les adultes de 15-49 ans en 2009 estimée à 1,2% [1,0 -1,3] selon le rapport sur l'épidémie mondiale 2010 de l'ONUSIDA [1]. Cette estimation de la prévalence est corroborée par les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2006 [2] qui, par ailleurs, a révélé des disparités entre les départements et une tendance à la féminisation de l'épidémie (1,5% de prévalence chez les femmes Vs 0,8% chez les hommes ; différence significative). La prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans était estimée à 0,7% [0,5-1,1] chez les jeunes-femmes et à 0,3% [0,2-0,4] chez les jeunes-hommes [1]. Le nombre de nouvelles infections (adultes et enfants) en 2009 était estimé à 4.900 [3.400 – 6.500] [1].

Il y a une relative concentration de l'épidémie dans certains groupes de populations, notamment les consommateurs de drogues injectables (CDI), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les travailleuses du sexe (TS). Selon les résultats de l'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération (ESDG) de 2008 [3], la prévalence du VIH est estimée à 26,5% [23,8 – 29,2] chez les TS. Selon les résultats de l'étude sur les modes de transmission (MoT) réalisée en 2008 et citée dans le rapport UNGASS 2010 [4], la prévalence du VIH est estimée à 6,3% chez les CDI et 4,9% chez les HSH.

Le rapport ONUSIDA 2010 [1] a également estimé :

- le nombre de personnes vivant avec le VIH (adultes et enfants), en fin 2009, à 60.000 [52.000 - 69.000] ;
- le nombre de décès dus au Sida en 2009 à 2.700 [1.800-3.700] ;
- le nombre d'enfants de 0-17 ans rendus orphelins par le Sida à fin 2009 à 30.000 [18.000-53.000].

Selon l'ESDG 2008 [3], la prévalence des IST parmi les TS, tout âge confondu est de 10,4% contre 5,6% chez leurs clients. Les germes en cause sont principalement le gonocoque (6,5% chez les TS contre 1,7% chez les clients des TS) et Chlamydia (4,7% et 3,9% respectivement chez les TS et les clients des TS). Cette prévalence est plus élevée chez les TS clandestines (12,8%) que chez les TS affichées (8,2%).

1.3 REPONSE NATIONALE AU VIH DU BENIN

En réponse à cette situation, le Bénin vient d'élaborer un plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST (PSN) 2012-2016[5] qui définit les stratégies nationales de lutte contre cette maladie. Ce PSN est structuré autour de la vision suivante : « *l'accès universel à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien est assuré au Bénin dans le respect des droits humains* ».

Le PSN 2012-2016 est articulé autour de sept axes stratégiques suivants :

- Axe Stratégique 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST ;
- Axe Stratégique 2 : Elimination de la Transmission Mère Enfant ;
- Axe Stratégique 3 : Renforcement de la prise en charge globale ;
- Axe Stratégique 4 : Renforcement du système de santé;
- Axe Stratégique 5 : Renforcement du système communautaire ;
- Axe Stratégique 6 : Suivi-évaluation, informations stratégiques et recherche ;
- Axe Stratégique 7 : Gouvernance, plaidoyer et mobilisation de ressources.

Pour assurer l'orientation et la coordination de la réponse nationale au VIH et au Sida, le Bénin a mis en place, depuis 2002, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). Le CNLS est un organe multisectoriel, placé sous la tutelle du Président de la République et dispose d'un organe technique : le Secrétariat Permanent National. La coordination de la composante santé de la réponse nationale au VIH est assurée au sein du Ministère de la santé, par le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). Les autres Ministères engagés dans la lutte contre le Sida ont mis en place des Unités focales de lutte contre le Sida (UFLS). Plusieurs organisations de la société civile nationales participent aux efforts nationaux de lutte contre le Sida. Celles-ci sont regroupées en plusieurs réseaux : (i) le Réseau des ONG Béninoises de Santé (ROBS), (ii) le Réseau des Associations Béninoises des PVVIH, (iii) le Réseau des Médias Béninois pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, (iv) Le Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagés dans la lutte contre le Sida (RABeJ/SIDA). Les efforts du Bénin dans la lutte contre le VIH et le Sida sont également

soutenus par certaines ONG internationales présentes dans le pays : PSI, GIP/Esther, Plan, Clinton Foundation, Abt Associates.

Le secteur privé est également engagé à travers la Coalition des entreprises béninoises.

Les partenaires au développement suivants soutiennent les efforts du Gouvernement dans le financement de sa réponse au VIH et au Sida : Fonds Mondial de Lutte contre le Sida (Round 5 en phase de clôture, Round 6 – projet régional CORRIDOR-, round 9 en phase de démarrage), Banque Mondiale à travers le projet multisectoriel de lutte contre le Sida II (projet clôturé le 30 juin 2012), BAD à travers le Projet d'Appui à la Lutte contre le Sida clôturé en 2010, les Agences du Système des Nations Unies, USAID, Coopération Danoise (DANIDA), et Coopération Allemande (Kfw).

La revue de la réponse du Bénin au VIH et au Sida a permis de mettre en lumière les progrès réalisés suivants [4]:

- La mise en place d'initiatives de communication pour le changement de comportements (CCC) auprès des groupes de populations les plus exposés au risque d'infection à VIH, en particulier les travailleuses du sexe et leurs clients, les routiers et les corps habillés.
- L'intégration des services de promotion du dépistage volontaire et de la prise en charge des IST chez les jeunes dans le paquet d'activités de 53 centres de santé dits « amis des jeunes » ;
- L'établissement d'un partenariat avec la radio nationale et 46 radios de proximité en vue de la sensibilisation et de la promotion des services relatifs au VIH.
- La mise en place d'une ligne téléphonique gratuite d'information et de soutien à distance relatif au VIH.
- La mise en place d'un programme de marketing social du préservatif avec un réseau de distribution sur l'ensemble du territoire national et dans les points à risque.
- L'extension du réseau du Centre National de Transfusion Sanguine sur l'ensemble du territoire national, permettant la distribution de produits sanguins sécurisés aux 4 marqueurs de maladies transmissibles par le sang (VIH, Syphilis, HVB, HVC). Un total de 66.484 poches de sang sécurisés ont été distribuées en 2009. Ce programme est couplé à des interventions de communication pour le changement de comportements auprès des donateurs de sang bénévoles.
- La mise en place de facilités pour l'accès des groupes de populations les plus exposées au risque d'infection à VIH, aux services de prise en charge syndromique des IST.
- L'extension du programme de PTME sur l'ensemble du territoire national avec une évolution des sites PTME de 204 en 2007 à 364 en 2009 sur un total de 611 maternités que compte le pays (soit 59,6%).
- L'extension de l'offre de services de prise en charge globale des PVVIH, y compris l'accès aux ARV sur l'ensemble du territoire national. Le nombre de sites de prise en charge est ainsi passé de 3 en 2002 à 47 en 2007 et 68 en 2009. Le nombre cumulé des PVVIH sous ARV à fin 2009 était de 15.401. La survie des patients sous ARV, 12 mois après l'initiation du traitement était estimé en 2009 à 89,8%.
- Le renforcement de la collaboration Tuberculose-VIH avec intégration du service de dépistage volontaire dans les activités de tous les centres de diagnostic et traitement de la tuberculose (CDT), soit 51 centres, dont 20 assurent également la prise en charge par les ARV des patients co-infectés Tuberculose-VIH (soit 39,2% des CDT).
- La mise en place d'un programme de soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) offrant un paquet de services comprenant l'accès aux soins de santé de base, l'appui nutritionnel, l'appui à la formation professionnelle, l'appui à la scolarisation et l'appui psychologique. En 2009, 19.949 OEV avaient bénéficié de tout ou partie de ce paquet.
- La mise en place d'un système de surveillance de la prévalence et des comportements auprès des

femmes enceintes et des populations les plus exposées et d'un dispositif de collecte, traitement et analyse des données dans le cadre du suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH.

I.4 FINANCEMENT DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET AU SIDA

Le Budget total du PSN 2012-2016 est de 218 451 149 \$ US. Le Tableau I présente la répartition de ce budget par axe stratégique.

TABLEAU I: BUDGET DU PSN 2012-2016

Axes stratégiques	Budget total	%
1 - Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST	62 638 576	29%
2 -Élimination de la Transmission Mère Enfant	49 733 352	23%
3-Renforcement de la prise en charge globale	60 887 188	28%
4- Renforcement du système de santé	11 569 487	5%
5 - Renforcement du système communautaire	7 558 299	3%
6 - Suivi-évaluation, informations stratégiques et recherche	20 427 655	9%
7 - Gouvernance, plaidoyer et mobilisation de ressources	5 636 593	3%
Total	218 451 149	100%

Source Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida 2012-2016 du Bénin.

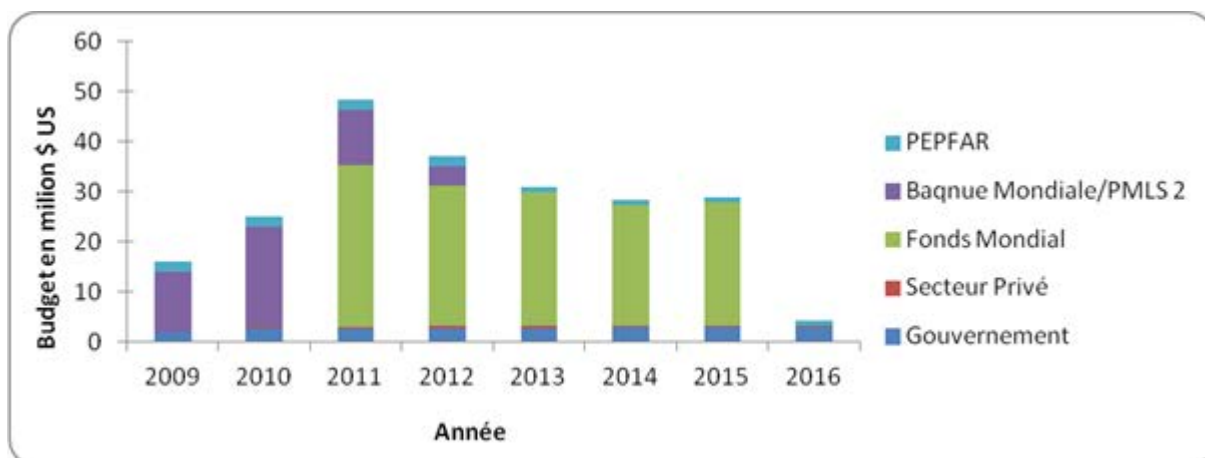
Le financement disponible pour le financement de la réponse nationale au VIH pendant la période couverte par le nouveau Cadre stratégique est de 129 482 725 \$ US, répartis comme suit par année :

- 37 015 779 \$ US en 2012 ;
- 30 828 638 \$ US en 2013 ;
- 28 402 323 \$ US en 2014 ;
- 28 954 441 \$ US en 2015 ;
- Et 4 281 554 \$ US en 2016.

Le Fonds Mondial est la principale source de financement puisqu'il apporte, pendant la période, 103 429 995 \$ US, soit 80% du financement disponible.

La Figure 2 présente la distribution des financements disponibles par source de financement.

FIGURE 2 : FINANCEMENT DE LA REPOSE AU VIH DU BENIN PAR SOURCE DE 2009 A 2016

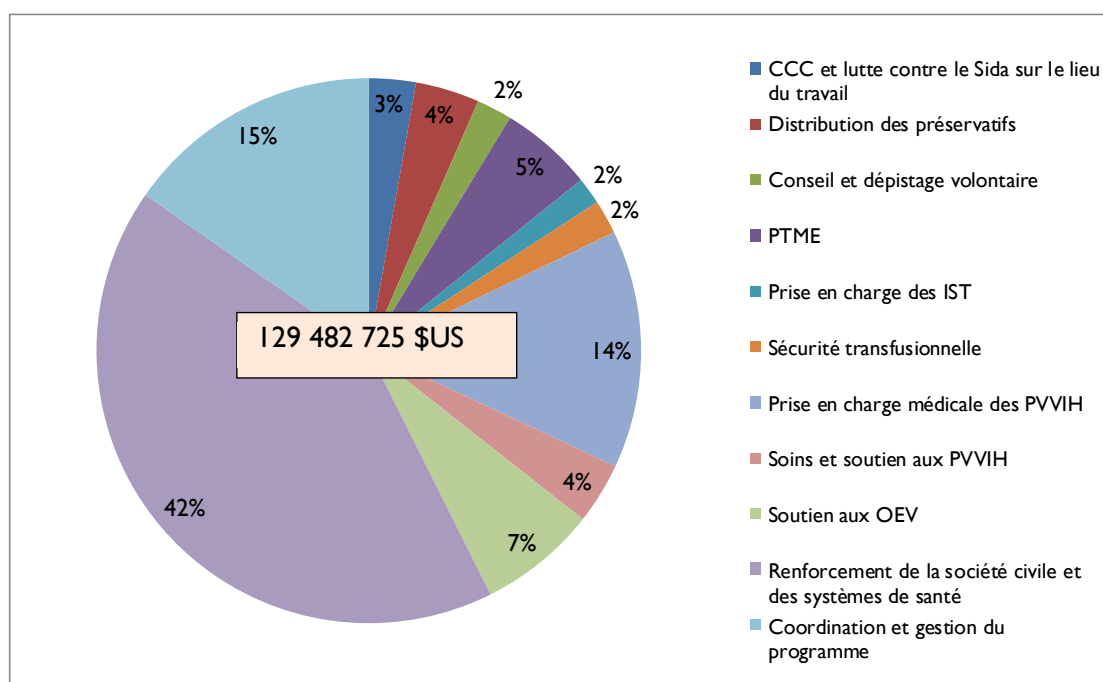


Cette figure prend en compte, outre le Gouvernement et le secteur privé, les contributions des partenaires au développement dont l'information a été rendue disponible. On note une nette tendance à la diminution des ressources disponibles d'une année à l'autre à partir de 2012.

La contribution de la Banque Mondiale se fait à travers le Projet multisectoriel de lutte contre le Sida qui sera clôturé en 2012. Les contributions du Gouvernement et du secteur privé correspondent à celles déclarées dans la proposition du Benin à la série 9 du Fonds Mondial.

La contribution du Fonds Mondial se fait à travers les deux projets de la série 9 concernant le VIH et le renforcement du système de santé. La Figure 3 présente la répartition de la contribution du Fonds Mondial à travers ces deux projets, par domaine de prestation des services

FIGURE 3 : DISTRIBUTION DU FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL DE 2012 A 2015 PAR DOMAINE DE PRESTATION DE SERVICE (EN MILLION \$ US)



I.5 NOUVEAUX DEFIS DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET AU SIDA

Les nouveaux défis de la réponse nationale au VIH ont été identifiés au terme de l'analyse de la réponse faite dans le cadre du processus de planification stratégique 2012-2016.

1. Le premier est relatif au changement de comportement : comment amener les populations les plus exposées au risque VIH et la population générale à traduire les connaissances acquises en comportements et pratiques sexuels préventifs de l'infection à VIH. En effet, les taux encore élevés de prévalence du VIH dans les groupes de populations les plus exposés montrent que les efforts engagés dans la lutte contre ce fléau, n'ont pas encore aboutit à la réduction des nouvelles infections. Il s'agira, au cours des cinq années couvertes par le nouveau cadre stratégique national, de renforcer la couverture et la qualité des interventions visant à promouvoir le changement des comportements dans les groupes les plus exposés et dans la population générale.
2. Le second défi est relatif à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En effet, la proportion des formations sanitaires qui ont intégré les services PTME est encore insuffisante (46%) dans un contexte marqué par un taux de couverture de soins prénatals (au moins une visite) de 84% et un taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié de 78% [6]. En 2010, la proportion des femmes enceintes accédant au service PTME était estimée à 51% [7]. Outre les problèmes de limitation de l'offre de services, la couverture des femmes enceintes en PTME est aussi liée à une faible adhésion des femmes enceintes à la PTME en raison de considérations socioculturelles, de la stigmatisation et de la faible implication des hommes. Ce qui impose d'associer l'extension de l'offre de services et l'amélioration de sa qualité, au renforcement de la sensibilisation et de la mobilisation des communautés en faveur de la PTME.
3. Le troisième défi est relatif à l'extension de l'accès à tous les soins disponibles pour les personnes vivant avec le VIH. En effet, la proportion des PVVIH qui ont accès aux soins, notamment aux ARV parmi celles qui en ont besoin n'a pas encore atteint les proportions prévues dans le cadre de l'accès universel. L'accroissement de la couverture des PVVIH passe non seulement par une amélioration de l'offre de services en quantité et qualité, mais aussi par une intensification de la promotion du conseil et dépistage volontaire et de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.
4. Le quatrième défi est relatif au renforcement de la mise en œuvre des principes de « threeones » dans le pays. Ce qui suppose, en plus de l'élaboration du cadre stratégique national de lutte contre le Sida, un renforcement des capacités du CNLS en tant qu'organe de coordination de la réponse nationale et un renforcement du système national de suivi-évaluation.

2. METHODOLOGIE

Le processus HAPSAT a été utilisé pour conduire l'analyse de la viabilité de la réponse nationale au VIH et au Sida du Bénin.

L'utilisation du processus HAPSAT a permis d'apprécier et examiner l'écart entre les ressources disponibles et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les principaux services du VIH.

2.1 PRESENTATION DU PROCESSUS HAPSAT

Le processus HAPSAT (HIV/AIDS Program Sustainability Analysis Tool) [8] a été utilisé pour conduire l'analyse de la viabilité de la réponse nationale au VIH et au Sida du Bénin.

HAPSAT est une approche de prévision des coûts et d'analyse de la durabilité des interventions de lutte contre le VIH et le Sida utilisant un outil basé sur un programme informatique, développé par le projet « Health System 20/20 » et exécuté par Abt Associates, sur financement de l'USAID. HAPSAT permet de synthétiser des données détaillées épidémiologiques, démographiques et économiques pour décrire le modèle de stratégies de réponse spécifique d'un pays et proposer des scénarios de stratégies alternatives.

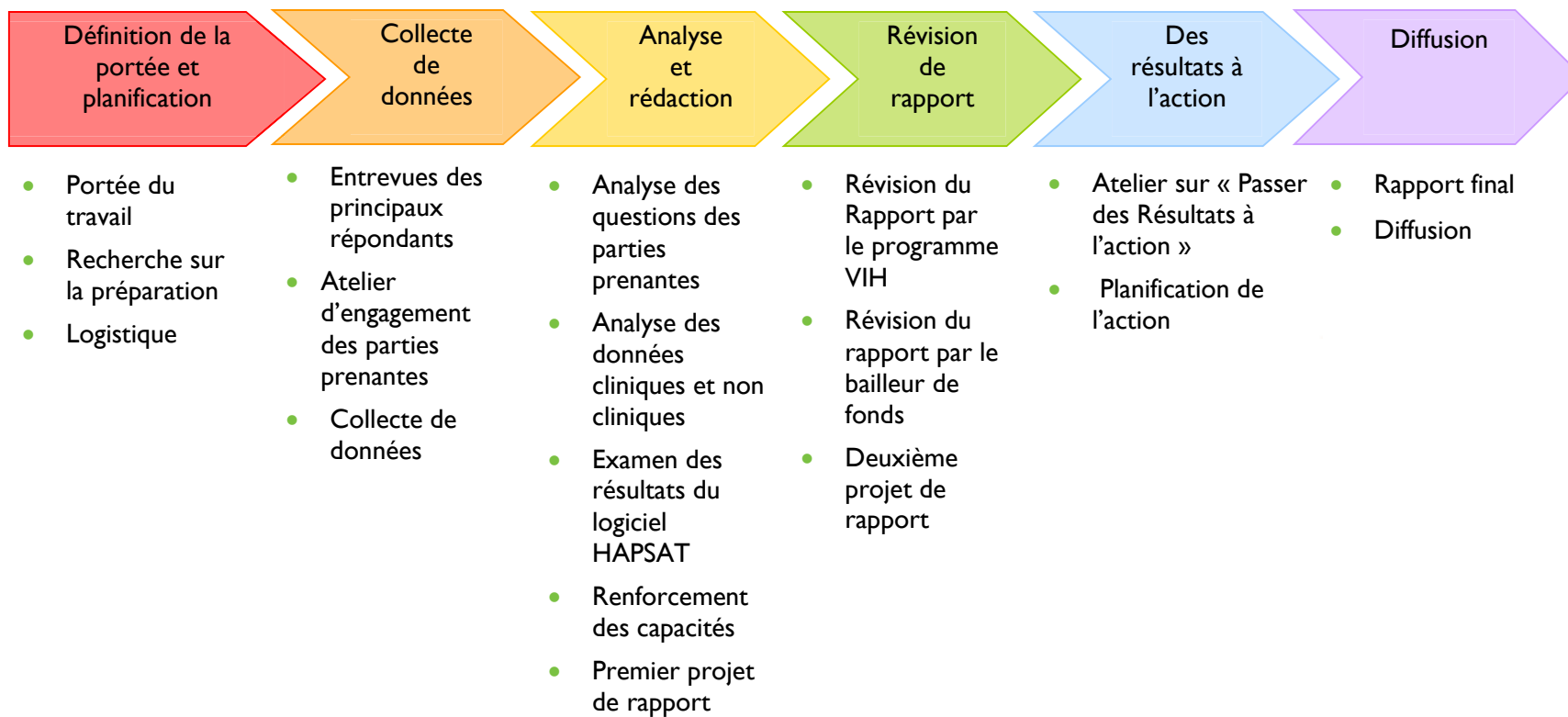
L'approche HAPSAT est utilisée pour estimer les ressources humaines et financières nécessaires pour assurer la pérennité et l'extension du paquet de services VIH. Les domaines suivants peuvent être couverts par les analyses HAPSAT : conseil et dépistage volontaire, traitement antirétroviral, prévention de la transmission mère-enfant, soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH et aux orphelins et autres enfants vulnérables, prévention, suivi-évaluation, gestion de programme.

Le modèle HAPSAT a été spécifiquement conçu pour être flexible et d'utilisation facile de façon à ce qu'il soit utilisé dans n'importe quel pays où les décideurs politiques et les donateurs sont intéressés par une analyse de la durabilité des programmes de lutte contre le VIH et le Sida. HAPSAT a déjà été utilisé dans 10 pays, en particulier : (i) en Zambie pour alimenter une proposition au Fonds Mondial, (ii) au Nigéria en appui à la préparation d'un projet financé par la Banque Mondiale, (iii) au Kenya pour définir le cadre de partenariat PEPFAR entre le Gouvernement des USA et le Gouvernement Kenyan, (iv) en Côte d'Ivoire pour préparer le plan opérationnel pays de l'USAID. Plus récemment, HAPSAT a été utilisée avec succès en Haïti, Guyane, Sud Soudan, Vietnam et Sierra Léone. HAPSAT est en cours de mise en œuvre en République Démocratique du Congo, Lesotho et Swaziland.

Le processus HAPSAT Bénin a été conduit par l'Institut de Santé et Développement (ISED) de l'Université Cheikh AntaDiop de Dakar (sélectionné comme centre régional de mise en œuvre d'HAPSAT dans les pays francophones), sous la supervision de Health System 20/20.

La Figure 4 présente les six étapes du processus HAPSAT :

FIGURE 4 : LES SIX ÉTAPES DU PROCESSUS HAPSAT



2.2 PROCESSUS HAPSAT AU BENIN

Le processus HAPSAT Benin a permis d'estimer les ressources humaines et financières nécessaires à la fourniture de certains services VIH prévus dans le PSN 2012-2016, et d'analyser leur viabilité. Les questions de pérennité qui ont fait l'objet de l'analyse avaient été identifiées au cours de l'atelier des parties prenantes organisées le 21 novembre 2011 à Cotonou sous la coordination du Secrétariat Permanent du CNLS. Ces questions ont été identifiées suivant les axes du nouveau PSN. Une priorisation a été ensuite faite et a permis de retenir les 8 questions de pérennité suivantes :

1. Extension de l'offre de services de PTME dans la perspective de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour atteindre les cibles du nouveau cadre stratégique ?
2. Renforcement de la communication sur la PTME : quelles ressources sont nécessaires pour assurer la communication de promotion de la PTME en milieu hospitalier et communautaire ?
3. Extension des services de conseil et dépistage volontaire du VIH : quelles ressources financières sont nécessaires pour atteindre les cibles du nouveau cadre stratégique ?
4. Prise en charge des IST dans les groupes les plus à risque : quelles ressources financières sont nécessaires pour atteindre les cibles du nouveau cadre stratégique ?
5. Marketing social du préservatif : quels sont les coûts du programme, en lien avec l'évolution des besoins au cours de la période couverte par le nouveau cadre stratégique ?
6. Prise en charge des PVVIH incluant le TARV, la prévention des infections opportunistes et le suivi biologique : quelles ressources financières sont nécessaires pour l'accès à ces soins aux PVVIH en suivant l'évolution de couverture fixée dans le nouveau cadre stratégique ?
7. Suivi-Evaluation : quels sont les coûts d'opérationnalisation du système au niveau décentralisé incluant la formation du personnel, le fonctionnement du circuit de collecte et de traitement des données ainsi que la supervision ?
8. Financement innovant de la lutte contre le Sida : quelles ressources financières peuvent être générées par une taxation modérée des communications par GSM ?

Après la collecte des données et leur analyse, un rapport a été préparé par l'équipe HAPSAT. Les résultats et recommandations de ce rapport seront présentés au cours du deuxième atelier des parties prenantes qui sera organisé à Cotonou au terme du processus. Un plan d'action de mise en œuvre des recommandations sera ainsi adopté par les parties prenantes.

2.3 COLLECTE DES DONNEES

Les données spécifiques du pays ont été collectées auprès des parties prenantes, sur la base des questions de pérennité retenues. La collecte des données a suivi les sous-étapes suivantes :

a) Entretiens avec les parties prenantes

Au terme de la revue de la documentation relative à la réponse au VIH au Benin, l'équipe de l'ISED a établi une liste des parties prenantes clés. Des entretiens avec les responsables des institutions faisant partie des parties prenantes clés ont été organisés en vue d'une pré-identification des questions de pérennité de la réponse nationale au VIH.

b) Organisation d'un atelier des parties prenantes

Un atelier des parties prenantes a été organisé en date du 17 novembre 2011. Cet atelier a connu la participation du SP/CNLS, du PNL, des ONG nationales et internationales engagées dans la lutte contre le Sida, des Unités focales de lutte contre le Sida des ministères autres que celui de la santé, des partenaires au développement (liste nominative des participants en annexe).

Cet atelier avait pour objectifs de :

- engager les parties prenantes au processus HAPSAT ;
- établir un consensus sur les questions clés de pérennité devant faire l'objet de l'analyse dans le cadre du processus HAPSAT.

Six groupes de travail sur l'identification des problèmes de priorité, ont été constitués. Chaque groupe a travaillé sur un axe du nouveau PSN. Les axes 6 et 7 ont été traités par un seul groupe.

Une priorisation des questions de pérennité identifiées dans les groupes a été faite en plénière. Ensuite, à chaque groupe, on a affecté trois questions jugées les plus prioritaires. Ainsi un total de 18 questions prioritaires ont été traitées par l'ensemble des six groupes.

L'équipe ISED a ensuite réalisé un examen approfondi des 18 questions prioritaires identifiées en lien avec la faisabilité de leur analyse à partir du logiciel HAPSAT. Les conclusions de cet examen ont été restituées au SP/CNLS et à l'ONUSIDA en date du 21 novembre 2011.

Sur les 18 questions prioritaires, six pouvaient être analysées par le biais du logiciel HAPSAT et une pouvait faire l'objet d'une analyse extra-logiciel. Ces six questions couvraient les domaines de la PTME (2 questions), de la prise en charge des PVVIH (2 questions), du Suivi-Evaluation (1 question) et de la Gouvernance (1 question).

Les questions retenues dans les domaines relatifs au renforcement du système de santé, renforcement du système communautaire et de la prévention n'étaient pas analysable par HAPSAT.

Au terme de la restitution de la liste des questions qui pouvaient être analysées, le SP/CNLS a proposé d'inclure trois questions supplémentaires qui apparaissaient dans l'analyse de la réponse faite dans le cadre du processus de planification stratégique, et qui n'ont pas été identifiées lors de l'atelier des parties prenantes.

Les Tableau 2 et Tableau 3 synthétisent les questions de pérennité à analyser.

TABLEAU 2 : QUESTIONS IDENTIFIEES AU TERME DE L'ATELIER DES PARTIES PRENANTES

Domaines	Questions	Analyses à effectuer
PTME	Extension de l'offre de services de PTME dans la perspective de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources financières et humaines nécessaires au passage à l'échelle du programme ; • Gaps de financement selon les deux scénarios
	Renforcement de la communication sur la PTME	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts de plusieurs approches de communication (causeries éducatives dans les formations sanitaires, causeries éducatives dans les communautés, communication par les mass-médias).
Prise en charge des PVVIH	Financement de la prise en charge des PVVIH incluant le TARV, le traitement des principales infections opportunistes et le suivi biologique	<ul style="list-style-type: none"> • Estimation des coûts du TARV, de la prophylaxie des IO et du suivi biologique des PVVIH;
	Insuffisance du personnel pour la prise en charge globale des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> • Besoins en ressources humaines en lien avec l'extension de la prise en charge.
Suivi-Evaluation	Opérationnalisation du dispositif de collecte des données de routine	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts liés à l'opérationnalisation du système de collecte de données de routine tel que défini dans le manuel opérationnel de suivi-évaluation.
Gouvernance	Opérationnalisation du Fonds National de Lutte contre le Sida	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser la possibilité d'alimentation de ce fonds par le biais de financement innovant.

TABLEAU 3 : QUESTIONS ADDITIONNELLES PROPOSEES PAR LE SP/CNLS

Questions	Analyses à effectuer
Durabilité du programme de marketing social du préservatif	Estimation du coût du programme de marketing social du préservatif en lien avec l'évolution des besoins
Prise en charge gratuite des IST dans les groupes les plus à risque	Estimation du coût de la prise en charge des IST dans les groupes les plus exposés au risque VIH.
Augmentation de la couverture des populations par les services de CDV	Analyser les besoins en ressources financières et humaines liés à l'extension de l'offre de CDV

c) Adaptation des outils de collecte

Sur la base des besoins en informations liés aux neuf questions à analyser, les outils de collecte proposés par Health System 20/20 ont été adaptés au cas spécifique du Bénin.

Sept outils de collecte de données ont ainsi été élaborés/adaptés :

- Un questionnaire de collecte des données auprès des Bailleurs de Fonds et Bénéficiaires Principaux ;
- Un questionnaire de collecte des données auprès du Ministère de la santé
- Un questionnaire de collecte des données au niveau des formations sanitaires.
- Un questionnaire de collecte des données sur le programme de marketing social du préservatif.
- Un questionnaire de collecte des données sur le financement innovant ;
- Un guide d'entretien avec le SP/CNLS et le PNLS sur le système de suivi-évaluation.
- Un guide d'entretien avec le SP/CNLS et le PNLS sur la communication de promotion de la PTME.

Ces outils ont été construits dans le but d'obtenir des informations sur les ressources disponibles pour maintenir ou renforcer le programme VIH/Sida au Bénin à l'horizon 2016. Deux grandes catégories de ressources requises ont été considérées : les ressources financières (issues des bailleurs de fonds et du gouvernement) et les ressources humaines pour la prestation des services (telles que les médecins, infirmières, pharmaciens...).

d) Collecte des données sur le terrain

Collecte des données de basesur les populations

Les données sur la population totale et par tranches d'âge, les personnes vivant avec le VIH ainsi que celles qui ont besoin d'ARV, pour les années 2009 à 2016 ont été obtenues à partir des projections de SPECTRUM 2011 du Bénin.

Les données de base des autres populations concernées par l'analyse ont été obtenues à partir du rapport UNGASS 2010 du pays, des rapports de suivi-évaluation du PNLS et du rapport d'analyse de la situation et de la réponse élaboré dans le cadre du processus de planification stratégique.

Collecte des données sur les sources de financement

Les données sur les financements disponibles pour les années 2009, 2010, 2011, et planifiées pour les années 2012-2016 ont été recueillies auprès du SP/CNLS, des bénéficiaires principaux des programmes subventionnés par le Fonds Mondial et des partenaires au développement. Chaque structure concernée a rempli le questionnaire relatif au financement de la réponse nationale au VIH et les a transmises à l'équipe ISED.

Collecte des données cliniques

Les données cliniques concernant l'historique des réalisations sur les différents services VIH du secteur de la santé (PTME, de prise en charge des adultes et enfants vivant avec le VIH par ligne de traitement antirétroviral, la prophylaxie des infections opportunistes, de dépistage volontaire, de prise en charge syndromique des IST chez les travailleuses du sexe), ont été obtenues à partir :

- du rapport UNGASS 2010 pour les données de l'année 2009 [4]
- de l'annuaire compilé des statistiques 2010 du PNLS pour les données de l'année 2010 ;
- des rapports de suivi-évaluation du PNLS des trimestres 1, 2 et 3 pour l'année 2011 ; une

extrapolation sur l'ensemble de l'année a été faite à partir des données des trois premiers trimestres.

Les données sur les coûts unitaires des ARV, médicaments pour la prophylaxie des infections opportunistes et traitement des infections sexuellement transmissibles, des réactifs et consommables pour le dépistage et le suivi biologique des personnes vivant avec le VIH, ont été obtenues à partir des commandes réalisées par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME), de la liste des prix de Clinton Foundation [9], «Global Price Reporting Mechanism » [10] lorsque l'information n'a pas été rendue disponible au niveau de la CAME.

Des visites de terrain ont été réalisées au niveau de trois formations sanitaires à savoir :

- l'hôpital de zone de Suru Léré basée à Cotonou : cette formation sanitaire fournit les services de CDV, de PTME et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.
- le Centre de Santé de Sémé situé dans une région voisine de Cotonou : cette formation sanitaire fournit les services de CDV, de PTME et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.
- le Centre de santé IST de Cotonou : qui fournit des services adaptés aux Travailleuses du sexe. Le volet relatif à la prise en charge syndromique des IST a été exploré.

Ces visites de terrain ont permis de collecter les données sur les agents de santé impliqués dans chaque service, le nombre de visites d'un patient par an effectuées par chaque catégorie d'agent, la durée de chaque visite de patient pour chaque catégorie d'agent, les salaires des différentes catégories d'agents.

Les informations sur les ressources humaines totales par catégorie ont été obtenues à partir du rapport sur le « profil pays en ressources humaines pour la santé au Bénin 2009 » [11].

La fraction de prestation de service pour le VIH, pour chaque catégorie d'agent de santé, a été estimée en concertation avec le PNLS.

Il n'a pas été possible de déterminer les frais administratifs liés à chaque service à partir des données financières des formations sanitaires. Celles-ci ont été estimées, à 21% des coûts directs de chaque service, sur la base du rapport entre les frais de planification et administration et les frais fixes dans le budget de la proposition au Fonds Mondial (Round 9).

Collecte des données non cliniques

Les données sur le programme de marketing social du préservatif (nombre de préservatifs distribués, coûts d'acquisition des préservatifs et de fonctionnement du programme) ont été obtenues auprès de PSI/ABMS.

Les données sur les approches et coûts associés de la communication pour le changement de comportements (causeries éducatives en milieu de soins, causeries éducatives au niveau communautaire, communication par les mass-médias) ont été obtenues auprès du PNLS.

Les coûts relatifs à l'opérationnalisation du système de collecte et de traitement des données ont été déterminés à partir du circuit de collecte des données, des ressources humaines requises, des équipements et frais de fonctionnement aux différents niveaux, tels que définis dans le plan de suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH. Les coûts unitaires de chaque poste de dépense des unités départementales de suivi-évaluation ont été déterminés en concertation avec le SP/CNLS.

Les données relatives à la question sur les financements innovants ont été obtenues à partir de l'annuaire statistique 2010 des télécommunications au Bénin. Ce document a permis d'obtenir les informations sur les volumes de communications entrants pour chaque réseau de téléphonie mobile

existant dans le pays, pour les années 2009 et 2010. Une extrapolation pour les années allant de 2011 à 2016 sur la base du rythme de progression entre 2009 et 2010 a été faite.

2.4 DETERMINATION DES COÛTS UNITAIRES DES SERVICES

Pour chaque service analysé dans le cadre du processus HAPSAT Benin, une unité de service définie par la quantité ou le volume globale des activités réalisées, a été définie. Par exemple : une unité de service de TARV est représentée par le coût de prise en charge ARV d'un patient par année. En utilisant les données spécifiques du pays, le traitement des données à consister globalement au calcul des coûts unitaires pour chaque service à l'aide des feuilles de calcul Excel. Les méthodes de calcul des coûts suivantes ont été utilisées :

- Calcul des coûts du bas vers le haut (Bottom-up) : approche par composante qui détermine les catégories et niveau d'intrants nécessaires à la production d'un service et le coût de chacun de ces intrants.
- Calcul des coûts du haut vers le bas (Top-down): approche consistant à diviser le budget d'un service donné par le nombre de personnes couverts par le service.

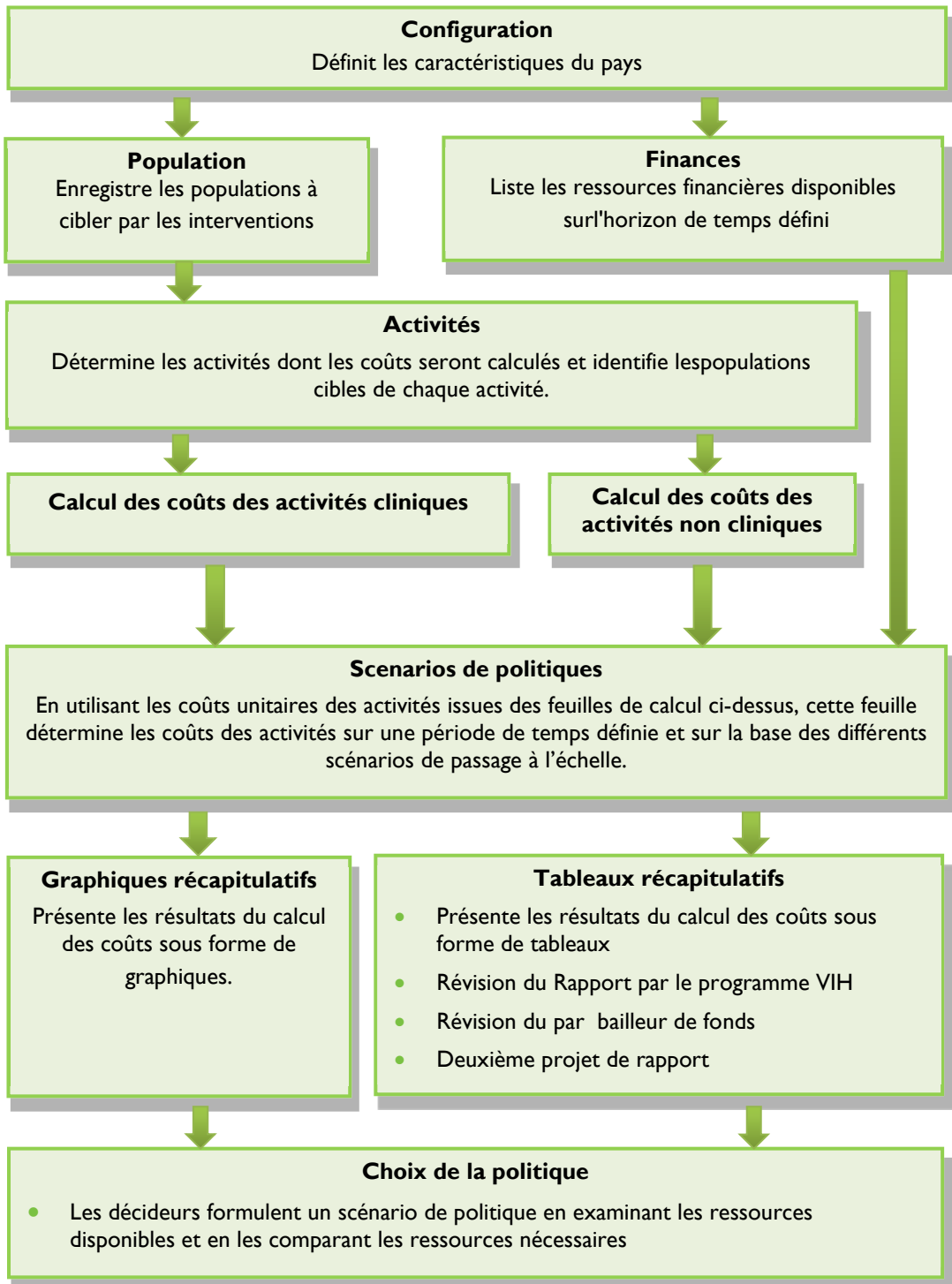
Dans ce processus, la méthode de costing « Bottom-up » a été l'approche privilégiée à chaque fois que cela a été possible.

Les deux méthodes de costing ont été utilisées pour le calcul des coûts liés à la communication pour le changement de comportement dans le cadre de la PTME, au marketing social du préservatif et à l'opérationnalisation du système de suivi-évaluation.

2.5 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

En dehors de celles sur les financements innovants, toutes les données collectées ont été saisies dans le logiciel HAPSAT. La Figure 5 présente le flux de traitement des données sur HAPSAT.

FIGURE 5 : FLUX DE TRAITEMENT DES DONNEES SUR HAPSAT



A partir de l'historique des réalisations des années 2009, 2010 et 2011, le logiciel HAPSAT a généré les cibles et les coûts des différents services pour les années 2012-2016, suivant deux scénarios :

- Scénario 1 – Performance antérieure : les cibles annuelles déterminées sur la base du degré d'augmentation des services des années précédentes, notamment 2009, 2010 et 2011.
- Scénario 2- Accès universel : interpolation linéaire de l'évolution des cibles annuelles de manière à atteindre 80% des besoins en année 5, soit 2016.

Une analyse des gaps entre les ressources nécessaires et les ressources disponibles, a été faite pour chacun des deux scénarios.

L'analyse sur les financements innovants a été faite en extra-logiciel, sous environnement Excel sous Windows 7. A partir des estimations des volumes de communication, les financements générés pour la lutte contre le VIH et le Sida ont été calculés. Ces financements ont été comparés aux besoins de financement du PSN 2012-2016.

2.6 PREPARATION ET REVISION DU RAPPORT

Les résultats des analyses ont été consignés dans un rapport provisoire HAPSAT Bénin. Ce rapport provisoire sera présenté aux parties prenantes au cours d'un atelier qui sera organisé à Cotonou (phase 5 du processus de réalisation de HAPSAT).

Les amendements des parties prenantes, formulés au cours de cet atelier, seront été intégrés dans le rapport définitif HAPSAT Bénin.

2.7 PLANIFICATION DES ACTIONS A PARTIR DES RESULTATS DE L'ANALYSE

Un atelier des parties prenantes visant à traduire les résultats de l'analyse HAPSAT en actions a été organisé à Cotonou au terme du processus (phase 5 du processus de réalisation de HAPSAT), en date du 03 août 2012. Au terme de cet atelier, la rédaction du rapport final a été rédigé en prenant en comptes les observations des parties prenantes.

3. SITUATION ACTUELLE, ÉVOLUTION DES CIBLES ET PROJECTION DES COÛTS DES SERVICES VIH

3.1 SERVICES CLINIQUES

3.1.1 COÛTS ET COUVERTURE DES SERVICES CLINIQUES

Traitement Antiretroviral

En fin 2010, la file de personnes vivant avec le VIH sous TARV était de 20 130 dont 94,2% adultes ($n_1 = 18 963$) et 5,8% enfants ($n_2 = 1 168$). En mars 2010, le PNLS avait procédé à la révision de ses normes et procédures en matière de prise en charge des PVVIH en vue de prendre en compte les nouvelles directives de l'OMS [12]. Les coûts unitaires ont été calculés pour chaque régime de traitement figurant dans les protocoles nationaux en vigueur. Le Tableau 4 présente le coût unitaire le plus élevé de chaque régime de traitement ARV et de la prise en charge médicale d'un patient.

TABLEAU 4 : COUT UNITAIRE ESTIME EN \$ US, POUR 2012-2016 DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU BENIN

Régime de traitement	TARV/patient/an	Prise en charge médicale/patient/an (y compris le TARV)
Avant l'inclusion sous TARV		137,65
1 ^{ère} ligne adulte	251	494,63
1 ^{ère} ligne enfant	134	387,16
2 ^{ème} ligne adulte	845	1233,69
2 ^{ème} ligne enfant	602	1 141,01
Prophylaxie des Infections opportunistes	10,80	Non applicable :le coût des Olinclus dans le coûttotal du traitementci-dessus

Source : [8], [9]

La prise en charge médicale du patient prend en compte l'ensemble des coûts incluant outre le coût du traitement ARV, les coûts des ressources humaines, du suivi biologique, de la prophylaxie des infections opportunistes et de l'administration du programme. Les coûts unitaires des différents régimes de traitement ARV sont tributaires du respect strict des protocoles en vigueur dans les commandes faites par la Centrale d'achat et les prescriptions des prestataires sur le terrain.

Pour les adultes, les coûts unitaires de prise en charge de l'adulte sous TARV sont inférieurs aux coûts médians des programmes subventionnés par le Fonds Mondial : 588 \$ US pour le patient en première ligne et 1 382 \$ US pour celui en seconde ligne [13].

Prevention de la Transmission du VIH et de la Mere a l'Enfant

La PTME figure parmi les priorités de la réponse nationale au VIH. En fin 2010, la couverture du pays en services PTME était encore faible avec seulement 46% des formations sanitaires qui avaient

intégrés la PTME. L'élimination virtuelle de la transmission verticale du VIH est l'un des résultats attendus du PSN 2012-2016.

Le processus HAPSAT a permis d'estimer le coût unitaire du TARV et de l'ensemble du service PTME. Ainsi, le coût unitaire annuel du traitement ARV par couple mère-enfant a été estimé à 229 \$ US, pour un coût total du service de 471,31 \$ US.

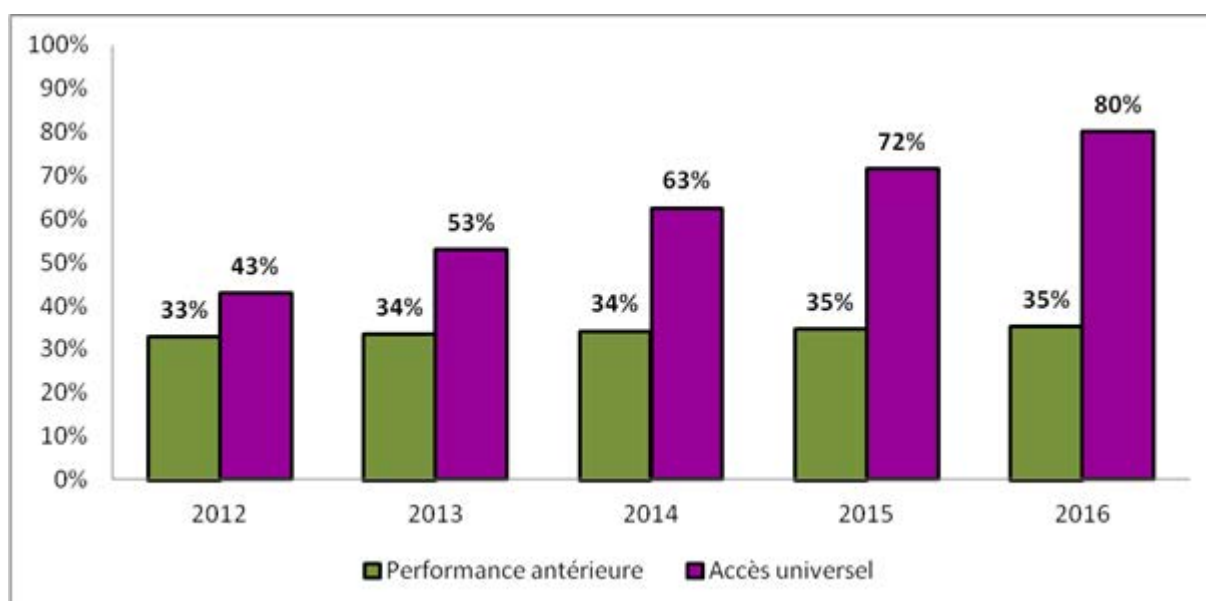
Le Tableau 5 présente l'évolution de la couverture et du budget total relatif à la PTME de 2012 à 2016 selon deux scénarios (performance antérieure et accès universel).

TABLEAU 5 : COUVERTURE ET COÛTS TOTAUX EN \$ US DE LA PTME DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON DEUX SCENARIOS

	2012	2013	2014	2015	2016	
Besoins	6 116	6 295	6 476	6 660	6 850	
Cibles	2 008	2 109	2 211	2 312	2 414	
Performance antérieure	Taux de couverture	32,8%	33,5%	34,1%	34,7%	35,2%
	Budget total	946 149	993 987	1 041 824	1 089 662	1 137 500
Accès universel	Cibles	2 621	3 336	4 050	4 765	5 480
	Taux de couverture	42,9%	53,0%	62,5%	71,5%	80,0%
	Budget total	1 235 189	1 572 066	1 908 944	2 245 821	2 582 698

La Figure 6 permet de visualiser l'évolution de la couverture de la PTME selon les deux scénarios.

FIGURE 6 : EVOLUTION DE LA COUVERTURE DE LA PTME DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON LES DEUX SCENARIOS

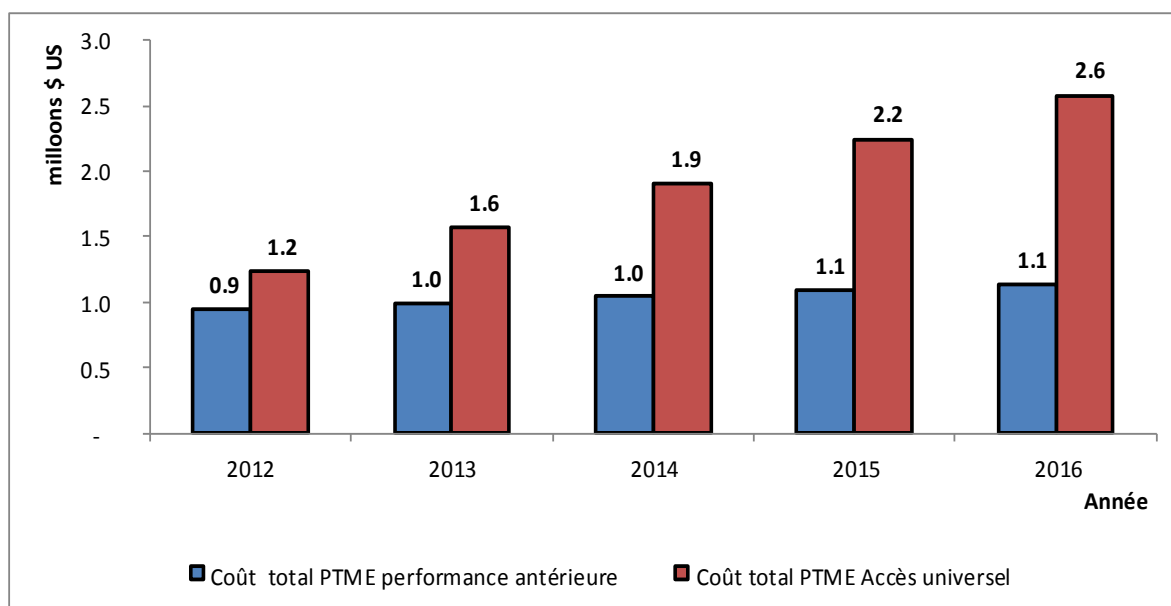


Le scénario sur la « performance antérieure » permet une couverture de 35% des besoins en année 5. Ce qui ne permet pas d'atteindre l'objectif d'élimination virtuelle de la transmission verticale du VIH.

Si le scénario « Performance antérieure » est choisie, le budget total de la PTME pour les cinq années (2012-2016) serait de 5 209 122 \$ US contre 9 544 718 \$ US pour le scénario « Accès universel », soit une augmentation de 83%.

La Figure 7 permet de visualiser la comparaison des coûts totaux de la PTME selon les deux scénarios (performance antérieure et accès universel).

FIGURE 7 : COMPARAISON DES COÛTS TOTAUX DE LA PTME DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON DEUX SCENARIOS



Conseil et Dépistage Volontaire

Le coût unitaire des réactifs et consommables de laboratoire pour le dépistage volontaire a été estimé à 5,85 \$ US par personne, pour un coût total du service de 7,46 \$ US par personne.

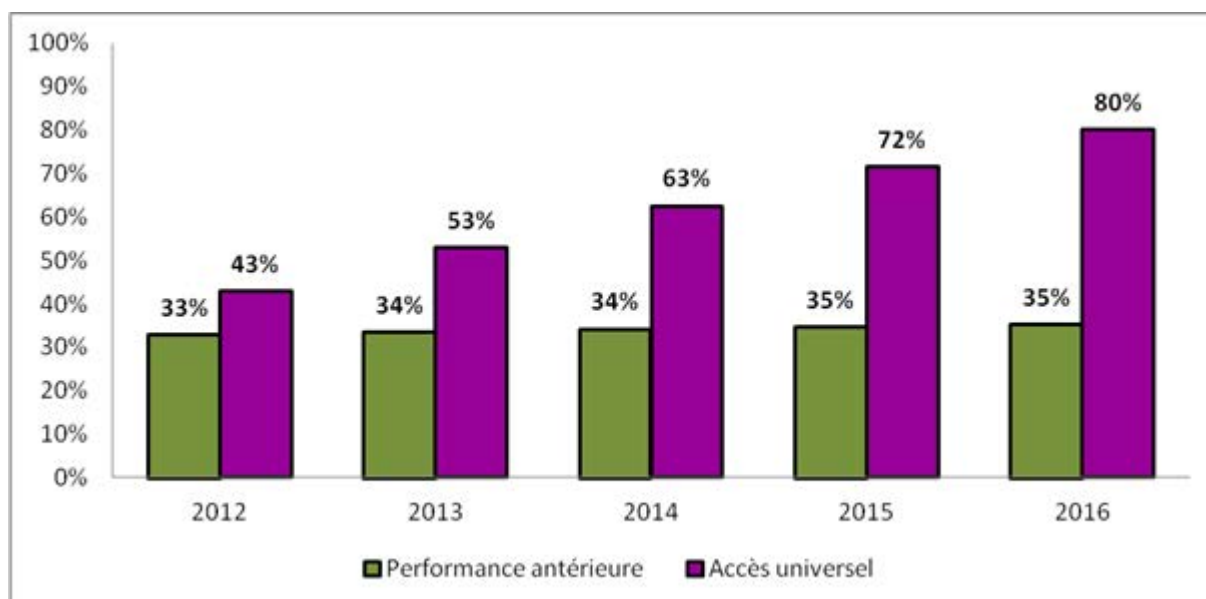
Le Tableau 6 présente l'évolution de la couverture et du coût total du service de CDV de 2012 à 2016 selon les deux scénarios (performance antérieure et accès universel). La population cible est représentée par les adultes de 15-49 ans. Le principe est de faire de sorte que chaque adulte de 15-49 ans, et pas uniquement les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH, puisse faire la démarche de dépistage volontaire une fois par an. Dans cette perspective, l'offre de services combine les stratégies de dépistage à l'initiative du soignant et le dépistage mobile

TABLEAU 6 : COUVERTURE ET COÛTS TOTAUX EN \$ US DU CDV DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON DEUX SCENARIOS

		2012	2013	2014	2015	2016
Performance antérieure	Besoins	4 580 094	4 714 115	4 850 092	4 987 974	5 129 883
	Cibles	307 122	373 012	438 903	504 793	570 684
	Taux de couverture	6,71%	7,91%	9,05%	10,12%	11,12%
	Budget total	2 278367	2 767160	3 255964	3 744 767	4 233 571
Accès universel	Cibles	1 013 766	1 786 301	2 558 836	3 331 371	4 103 906
	Taux de couverture	22,13%	37,89%	52,76%	66,79%	80,00%
	Budget total	7 520 543	13 251 524	18 982 524	24 713 524	30 544 504

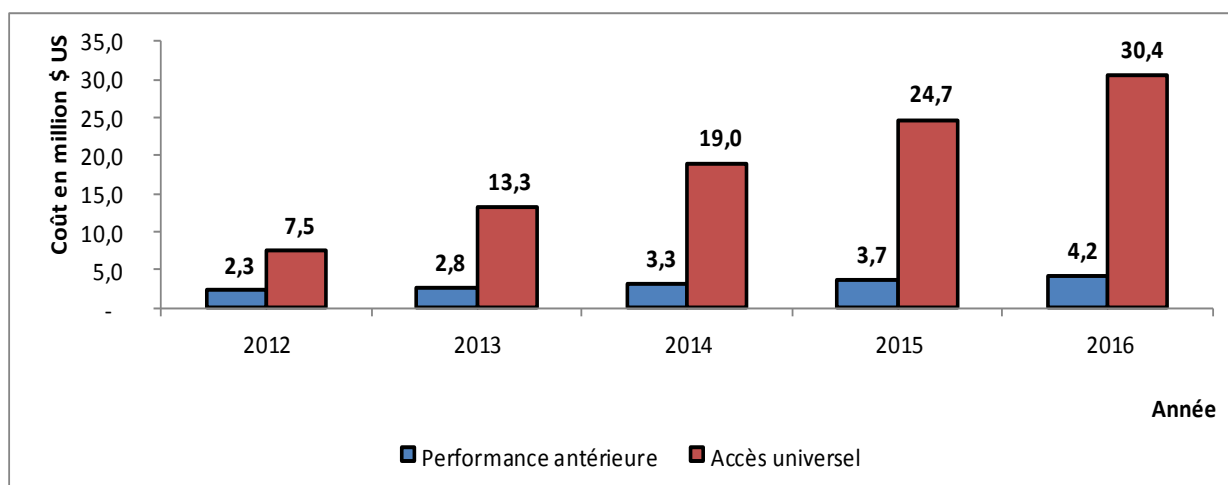
La Figure 8 permet de visualiser l'évolution de la couverture des populations par les services de CDV de 2012 à 2016 au Benin selon les scénarios « Performance antérieure » et « Accès universel ».

FIGURE 8 : ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE DU CDV DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON DEUX SCENARIOS



Les résultats historiques en matière de CDV étaient insuffisants avec 5,4% des besoins en fin 2011. Ce qui justifie d'une part le niveau limité de la couverture dans le scénario « Performance antérieure » avec un taux de couverture de 11,1% en 2016, et d'autre part des efforts importants à accomplir pour le scénario « Accès universel » avec un passage de 5,4% de taux de couverture en 2011 à 22,1% en 2012 pour atteindre 80% en 2016. En conséquence, les budgets nécessaires sont nettement plus importants dans le scénario « Accès universel » (Figure 9).

FIGURE 9 : COMPARAISON DES COÛTS (EN \$ US) DU CDV DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON LES DEUX SCÉNARIOS



Si on limite les besoins aux populations de 15-49 ans ayant, au cours de l'année, deux partenaires ou plus (27,7% des hommes et 0,9% des femmes, avec 51,6% de femmes et 49,4% d'hommes dans la population) [2], la cible en 2016 se réduirait à 290 314 dans les deux scénarios. Le Tableau 7 présente l'évolution de la couverture et du coût total du service de CDV de 2012 à 2016 dans cette perspective, selon le scénario « Accès universel ». En effet, du fait de la performance de l'année 2011 étant, dans cette hypothèse, de 76,7% en 2011, l'évolution des cibles de 2012 à 2011 est similaire dans les deux scénarios.

TABLEAU 7 : COUVERTURE ET COÛTS TOTAUX EN \$ US DU CDV DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON LE SCENARIO «ACCES UNIVERSEL» EN CAS DE LIMITATION DES BESOINS AUX ADULTES AYANT EU DEUX PARTENAIRES OU PLUS AU COURS DE L'ANNEE

	2012	2013	2014	2015	2016
Besoins	324 000	333 481	343 100	352 854	362 893
Cibles	251 048	260 864	270 681	280 498	290 314
Taux de couverture	77,48%	78,22%	78,89%	79,49%	80,00%
Budget total	1 862 377	1 935 202	2 008 026	2 080 850	2 163 675

Prise en Charge des Infections Sexuellement Transmissibles chez les Populations les plus Exposees au Risque d'Infection a VIH

Le PNLIS dispose de plusieurs services adaptés qui assurent la prise en charge des IST chez les travailleuses du sexe et autres populations les plus exposées au risque d'infection à VIH. Les coûts de ces services ont été analysés.

Le coût unitaire du traitement d'IST, pour 4 épisodes par an, a été estimé à 5,0 \$ US par an (soit 1,25 \$ US par épisode), pour un coût total du service de 6,47 \$ US par personne et par an.

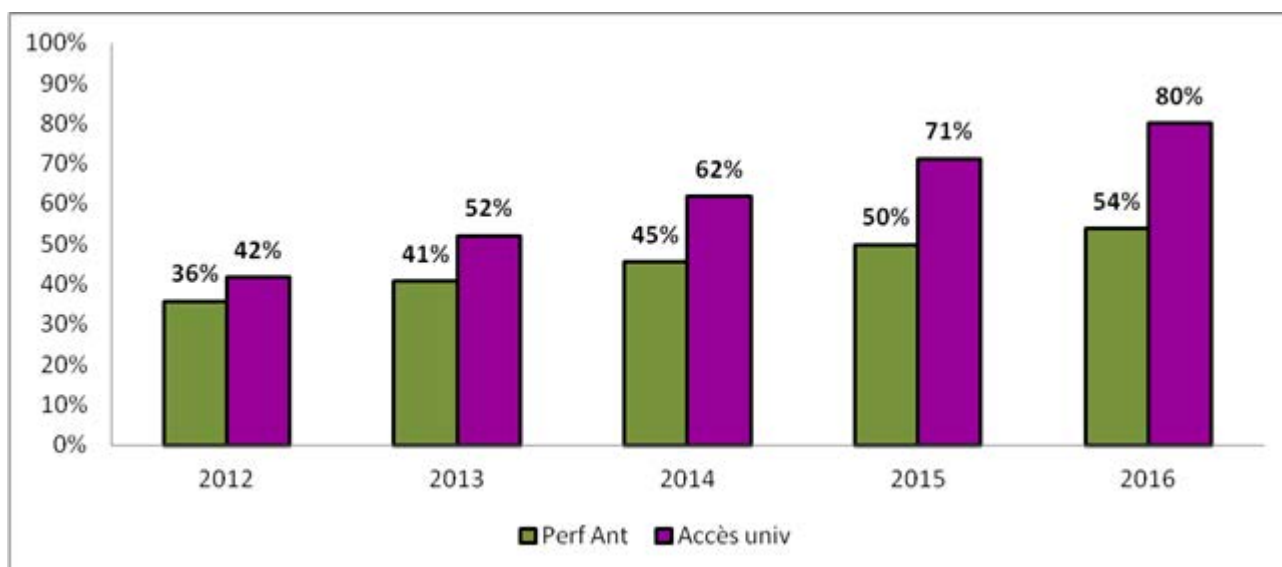
Le Tableau 8 présente l'évolution de la couverture et du budget total relatif à la prise en charge syndromique des IST chez les populations les plus exposées (travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et consommateurs de drogues injectables) de 2012 à 2016 selon les deux scénarios (performance antérieure et accès universel).

TABLEAU 8 : COUVERTURE ET COÛTS TOTAUX EN \$ US DE LA PRISE EN CHARGE DES IST CHEZ LES POPULATIONS LES PLUS EXPOSEES AU RISQUE VIH DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON DEUX SCENARIOS

		2012	2013	2014	2015	2016
	Besoins	15 759	16 220	16 688	17 162	17 651
Performance antérieure	Cibles	5 642	6 611	7 581	8 550	9 520
	Taux de couverture	35,80%	40,76%	45,43%	49,82%	53,93%
	Budget total	36 524	42 800	49 077	55 354	61 630
Accès universel	Cibles	6 562	8 451	10 341	12 231	14 120
	Taux de couverture	41,64%	52,10%	61,97%	71,27%	80,00%
	Budget total	42 481	54 715	66 949	79 183	91 417

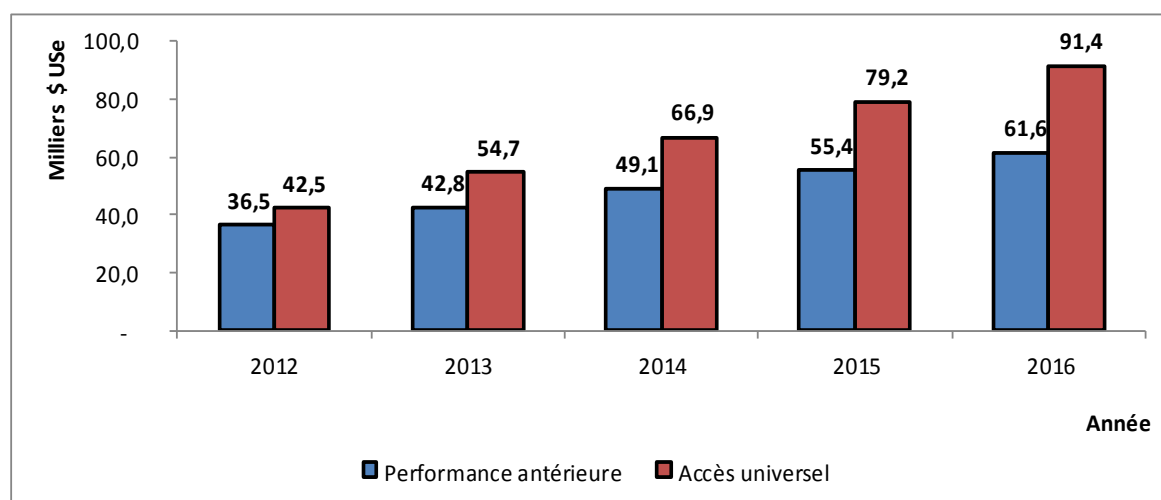
La Figure 10 permet de visualiser l'évolution de la couverture des les populations les plus exposées au risque VIH par le service de prise en charge des IST chez de 2012 à 2016 selon les scénarios d'accès universelle et de performance antérieur.

FIGURE 10 : ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE DE LA PRISE EN CHARGE DES IST CHEZ LES POPULATIONS LES PLUS EXPOSEES AU RISQUE VIH DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON DEUX SCENARIOS



La Figure 11 présente une comparaison du budget total relatif à la prise en charge des IST chez les populations les plus exposées au risque VIH selon les deux scénarios (performance antérieure et accès universel).

FIGURE 11 : COMPARAISON DES BUDGETS RELATIFS A LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST CHEZ LES POPULATIONS LES PLUS EXPOSEES AU RISQUE VIH DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON DEUX SCENARIOS



3.1.2 BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES RELATIVES A LA MISE EN ŒUVRE DES SERVICES CLINIQUES

La disponibilité des ressources humaines pour la fourniture des services cliniques VIH sera l'un des défis du passage à l'échelle pendant la période 2012-2016. Selon le rapport sur les statistiques sanitaires de l'OMS de 2010 [6], le nombre total de médecins est de 542, soit un ratio d'un (01) médecin pour 10.000 habitants (deux fois moins que la moyenne de la région Afrique) ; le nombre d'infirmiers et sages-femmes est de 7 129, soit un ratio 8 pour 10.000 habitants (la moyenne de la région Afrique étant de 11 pour 10.000 habitants).

Le Tableau 9 présentent le point sur l'équivalent de ressources humaines en santé disponibles pour les services VIH (équivalent temps plein ou ETP) déterminé à partir du nombre total d'agents disponibles pour chaque catégorie et d'une estimation de leur implication dans la mise en œuvre des services VIH [11].

TABLEAU 9 : EQUIVALENT DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTE DISPONIBLES POUR LES SERVICES VIH (ETP) AU BENIN

Catégorie de personnel	Equivalent dans la taxonomie des RH Santé [11]	Nombre [11]	Fraction de prestation de services pour VIH ¹	ETP
Médecins responsable de la prise en charge	Médecins généralistes	299	20%	60
Médecins spécialistes	Médecins spécialistes	246	6%	15
Sage-femme	Sages-femmes professionnels	1126	20%	225
Infirmiers	Infirmiers professionnels	1035	6%	62
Assistant social	Autres personnels d'appui et de gestion de la santé	5475	20%	1095
Conseiller rémunéré	Agents de santé environnementale & d'hygiène	201	50%	101
Conseillers/Médiateurs rémunérés	Prévus sur les programmes FM (200 PTME et 148 PEC)	348	100%	348
Dispensateur de médicaments	Autres techniciens et professionnels des sciences	98	40%	39
Techniciens de Labo	Techniciens de Laboratoire médical et pathologique	245	6%	15
Agent de saisie	Scénario 1 par site	77	100%	77

¹La fraction de prestation de service pour le VIH, pour chaque catégorie d'agent de santé de santé, a été estimée en concertation avec le PNLS.

Pour déterminer le nombre de ressources humaines requises pour la période 2012-2016, le modèle HAPSAT prend en compte les données épidémiologiques issues du Spectrum 2010 et des informations sur l'offre de services fournies par le PNLS ainsi que les données collectées au niveau des formations sanitaires (notamment sur le temps passé par chaque catégorie d'agent de santé dans la fourniture de chaque catégorie de service VIH). Ces données ont été utilisées pour estimer l'équivalent de ressources humaines à plein temps pour les services VIH (ETP).

Les Tableau 10 et Tableau 11 présentent l'évolution par année du nombre d'équivalents agents de santé à plein temps nécessaires pour l'ensemble des services VIH (prise en charge des PVVIH, PTME, CDV, prise en charge des IST chez les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH) dans les deux scénarios.

TABLEAU 10 : NOMBRE D'EQUIVALENTS D'AGENTS DE SANTE NECESSAIRES POUR LES SERVICES VIH (ETP) DE 2012 A 2016 DANS L'HYPOTHESE DE LA « PERFORMANCE ANTERIEURE »

Catégorie d'agent de santé	2012	2013	2014	2015	2016	ETP disponible
Médecins généralistes	38	43	47	51	54	60
Médecins spécialistes	17	19	20	21	22	15
Sages-femmes professionnels	6	7	7	7	8	225
Infirmiers professionnels	78	92	105	114	131	62
Assistant social	44	52	59	65	72	1 095
Conseillers rémunérés	73	88	103	119	134	101
Médiateurs	17	19	20	21	22	348
Dispensateurs de médicaments	40	45	49	53	56	39
Techniciens de Laboratoire	75	88	100	112	123	15
Agent de saisie	17	19	20	22	22	77

TABLEAU 11: NOMBRE D'EQUIVALENTS D'AGENTS DE SANTE NECESSAIRES POUR LES SERVICES VIH (ETP) DE 2012 A 2016 DANS L'HYPOTHESE DE L'ACCES UNIVERSEL

Catégorie d'agent de santé	2012	2013	2014	2015	2016	ETP disponible
Médecins généralistes	32	38	44	50	55	60
Médecins spécialistes	14	16	18	20	22	15
Sages-femmes professionnels	6	8	10	11	13	225
Infirmiers professionnels	141	235	326	420	512	62
Assistant social	75	122	168	213	260	1 095
Conseillers rémunérés	176	309	441	574	706	101
Médiateurs	14	16	18	20	21	348
Dispensateurs de médicaments	33	40	45	50	55	39
Techniciens de Laboratoire	138	230	321	411	502	15
Agent de saisie	14	16	18	20	22	77

Les besoins en ressources humaines sont très élevés par rapport à celles qui sont disponibles dans les catégories suivantes :

- Infirmiers professionnels : 131 en 2016 pour le scénario « performance antérieure » et 512 pour le scénario « Accès universel » pour un nombre de ETP disponible de 62 ;
- Conseillers rémunérés : 706 pour le scénario « Accès universel » pour un nombre de ETP disponible de 101 ;
- Techniciens de laboratoire : 123 en 2016 pour le scénario « performance antérieure » et 502 pour le scénario « Accès universel » pour un nombre de ETP disponible de 15.

Ces 3 catégories de personnels sont impliquées dans le CDV, service pour lequel les écarts des cibles entre les deux scénarii sont très importants. Ce problème de disponibilité de ressources humaines dans certaines catégories pour être résolu par une polyvalence des agents : (i) formation des infirmiers professionnels et des assistants sociaux dans la réalisation des tests rapide de façon à réduire les besoins en techniciens de laboratoire, particulièrement pour les opérations de CDV mobile, (ii) formation des assistants sociaux comme conseillers ainsi que sur la réalisation des prélèvements de sang de manière à combler le gaps dans les catégorie des infirmiers professionnels et des conseillers rémunérés .

3.2 SERVICES NON-CLINIQUES

3.2.1 COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE LA PTME

Selon les résultats de l'EDS 2006 du Bénin [2], seulement 33% des hommes et 29% des femmes connaissent l'existence de médicaments pouvant réduire l'existence de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Par ailleurs, la couverture par le traitement antirétroviral des femmes enceintes vivant avec le VIH n'était que de 40% en 2010 malgré un taux de couverture de la CPN I de 84% [6]. Ces constats ont amené le PNLS à associer, dans sa stratégie de mise en œuvre de la PTME, l'offre de services cliniques à la promotion de la PTME.

Le taux de fréquentation de la CPN I relativement élevé, couplés à une connaissance relativement faible de la PTME ont conduit à combiner, dans l'approche de promotion, les actions de communication en milieu de soins, en milieu communautaire et dans les mass-médias. Selon l'EDS 2006, 57,4% des femmes écoutent la radio et 25,3% de femmes regardent la télévision. Ces proportions pourraient être beaucoup plus importantes en 2011 [2].

En conséquence, l'approche de communication pour la promotion de la PTME étudiée combine :

- des causeries éducatives au bénéfice des femmes enceintes : organisation des séances par groupe de 30 avec une participation à une séance par femme enceinte à l'occasion de chaque CPN.
- des causeries éducatives en milieu communautaire ciblant les hommes et les femmes en âge de procréer : organisation des séances par groupe homogènes de 30 avec une participation à une séance par personne.
- production et diffusion d'émissions radio et télévisées dans les chaînes à couverture nationale : 2 émissions radios et 2 émissions télévisées par mois (une production et deux diffusion par émission).

Sur cette base, le Tableau 12 présente les coûts unitaires de chaque service de communication de promotion de la PTME.

TABLEAU 12 : COÛTS DES SERVICES DE COMMUNICATION DE PROMOTION DE LA PTME EN \$ US

Service	Coût par personne et par an
Causeries éducatives en milieu de soins	2,60
Causerie éducative en milieu communautaire	2,93
Communication par les mass médias	0,25

Le coût d'une causerie éducative en milieu de soins prend en compte le coût de renonciation de la formation initiale du prestataire (amorti sur trois ans), le coût de la formation annuelle de recyclage du prestataire, les frais à payer au prestataire, la collation pour 30 participants ainsi que la distribution d'un dépliant à chaque participation. Pour la causerie éducative en milieu scolaire, s'est ajoutée la location des chaises pour les 30 participants.

Le coût unitaire de la communication par les mass-médias prend en compte la production et deux diffusions d'une émission télévisée et d'une émission radio.

Le Tableau 13 présente l'évolution de la couverture et du budget total relatif à chaque service de communication pour la promotion de la PTME de 2012 à 2016 selon les deux scénarios (performance antérieure et accès universel).

Les personnes ciblées par les causeries éducatives en milieu de soins sont représentées par les femmes enceintes admises en consultation prénatale, tandis que les causeries éducatives en milieu communautaire concernent la population 14-49 ans.

Les personnes ciblées par les communications par les mass-médias sont représentées par les femmes de 15-49 ans. La proportion des femmes dans la population (51,6%) et de celles qui écoutent la radio (57,4%) ont été prises en compte dans l'estimation des cibles [2].

TABLEAU 13 : COUVERTURE DES SERVICES DE PROMOTION DE LA PTME DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON DEUX SCENARIOS

		2012	2013	2014	2015	2016
Causeries éducatives en milieu de soins						
Besoins totaux		359 731	370 257	380 937	391 767	402 913
Performance antérieure	Cibles	62 500	75 000	87 500	100 000	112 500
	Taux de couverture	17,4%	20,3%	23,0%	25,5%	27,9%
Accès universel	Cibles	104 466	158 932	213 398	267 864	322 330
	Taux de couverture	29,0%	42,9%	56,0%	68,4%	80,0%
Causeries éducatives en milieu communautaire						
Besoins totaux		4 580 094	4 714 115	4 850 092	4 987 974	5 129 883
Performance antérieure	Cibles	110 000	130 000	150 000	170 000	190 000
	Taux de couverture	2,4%	2,8%	3,1%	3,4%	3,7%
Accès universel	Cibles	892 781	1 695 562	2 498 344	3 301 125	4 103 906
	Taux de couverture	19,5%	36,0%	51,5%	66,2%	80,0%
Communication par les mass médias						
Besoins totaux		2 886 405	2 970 866	3 056 560	3 143 454	3 232 885
Performance antérieure	Cibles	900 000	1 050 000	1 200 000	1 350 000	1 500 000
	Taux de couverture	31,2%	35,3%	39,3%	42,9%	46,4%
Accès universel	Cibles	1 117 262	1 484 523	1 851 785	2 219 047	2 586 308
	Taux de couverture	38,7%	50,0%	60,6%	70,6%	80,0%

Compte-tenu des résultats historiques très faibles, les écarts entre les scénarios « performance antérieure » et « accès universel » pour les causeries éducatives en milieu communautaire sont très importants, passant respectivement de 3,7% en 2016 à 80%.

Le Tableau 14 présente les coûts relatifs à chaque service et selon les deux scénarios.

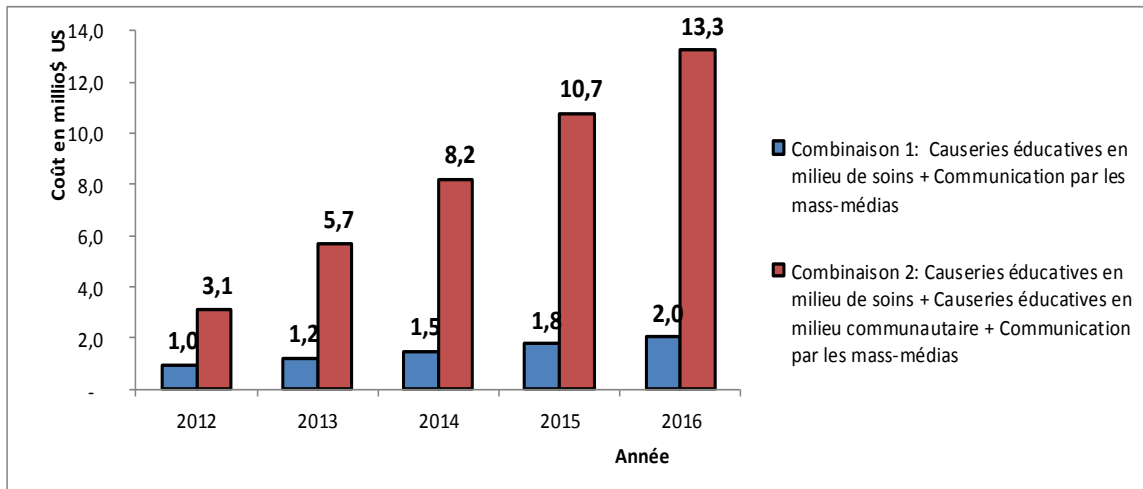
TABLEAU 14 : COÛTS DES SERVICES DE PROMOTION DE LA PTME EN \$ US DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON DEUX SCENARIOS

		2012	2013	2014	2015	2016
Causerie éducative en milieu de soins	Performance antérieure	160 137	192 164	224 192	256 219	288 247
	Accès universel	267 662	407 215	546 767	686 319	825 872
Causerie éducative en milieu communautaire	Performance antérieure	316 740	374 329	431 918	489 507	547 096
	Accès universel	2 570 719	4 882 287	7 193 856	9 505 424	11 816 993
Communication par les mass-médias	Performance antérieure	223 776	261 072	298 368	335 664	372 960
	Accès universel	277 796	369 112	460 428	551 744	643 060
Total	Performance antérieure	700 653	827 565	954 477	1 081 390	1 208 302
	Accès universel	3 116 177	5 658 614	8 201 051	10 743 487	13 285 924

Les coûts totaux des services du scénario « Accès universel » sont de cinq à dix fois plus élevés que ceux du scénario « Performance antérieure ». Cette situation est imputable à la faiblesse des résultats historiques concernant les causeries éducatives en milieu de soins et communautaire. Le choix de l'option « Access universel » ferait que les coûts des activités de promotion soient plus élevés que ceux de l'offre du service clinique de PTME.

Pour minimiser les coûts, l'on pourrait choisir de combiner uniquement les causeries éducatives en milieu de soins à la communication par les mass-médias, étant donné que le taux de fréquentation de la CPN 1 est élevé. Le choix de cette combinaison réduirait le coût total en 2016 de 13 285 924 \$ US à 2 034 174 \$ US. La Figure 12 présente une comparaison des coûts totaux de la combinaison des trois services à celle de deux services (causeries éducatives en milieu de soins et communication dans les mass-médias)

FIGURE 12 : COMPARAISON DES COÛTS DES DEUX TYPES DE COMBINAISONS DES SERVICES DE PROMOTION DE LA PTME POUR LE SCENARIO "ACCES UNIVERSEL"



3.2.2 MARKETING SOCIAL DU PRÉSERVATIF

Le programme national de marketing social du préservatif au Bénin est exécuté par l'Association Béninoise de marketing social (ABMS) partenaire de PSI. Ce programme distribue deux marques de préservatifs masculins (Prudence plus, COOL) et une marque de préservatif féminin (Fémidom).

Sur la bases des dépenses du PSI de l'année 2010, les coûts unitaires de chaque préservatif distribué a été estimé à :

- 0,169 \$ US l'unité pour le condom Prudence plus ;
- 0,196 \$ US l'unité pour le condom Cool ;
- 0,443 \$ US l'unité pour le Fémidom.

Le coût unitaire moyen de chaque préservatif distribué a ainsi été estimé à 0,17 \$ US.

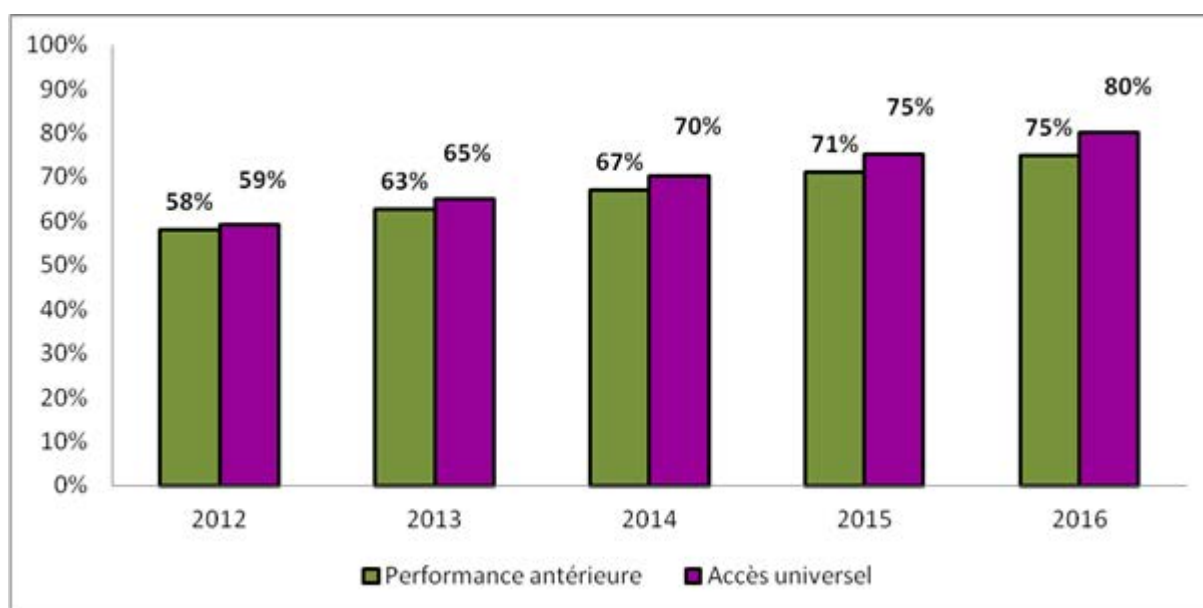
Le Tableau 15 présente l'évolution du nombre total de préservatifs à distribuer et du budget total nécessaire pour le financement du programme de marketing social du préservatif de 2012 à 2016 selon les deux scénarios (performance antérieure et accès universel). Les besoins en préservatifs ont été estimés en prenant en compte la proportion des adultes de plus de 15 ans qui ont, au cours d'une année, 2 partenaires (27,7% des hommes et 0,9% des femmes, avec 51,6% de femmes et 49,4% d'hommes dans la population) [2]. Une hypothèse de 36 rapports sexuels par personne concernée par an en moyenne a été appliquée.

TABEAU 15: COUVERTURE ET COÛTS TOTAUX EN \$ US DU PROGRAMME DE MARKETING SOCIAL DU PRÉSERVATIF DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON LES DEUX SCÉNARIOS

		2012	2013	2014	2015	2016
	Besoins	14 142 880	14 556 725	14 976 609	15 402 375	15 840 574
Performance antérieure	Cibles	8 228 628	9 142 920	10 057 212	10 971 504	11 885 796
	Taux de couverture	58,18%	62,81%	67,15%	71,23%	75,03%
	Budget total	1 414 501	1 571 668	1 728 835	1 886 002	2 043 168
Accès universel	Cibles	8 385 961	9 457 585	10 529 210	11 600 835	12 672 459
	Taux de couverture	59,29%	64,97%	70,30%	75,32%	80,00%
	Budget total	1 441 547	1 625 759	1 809 971	1 994 183	2 178 396

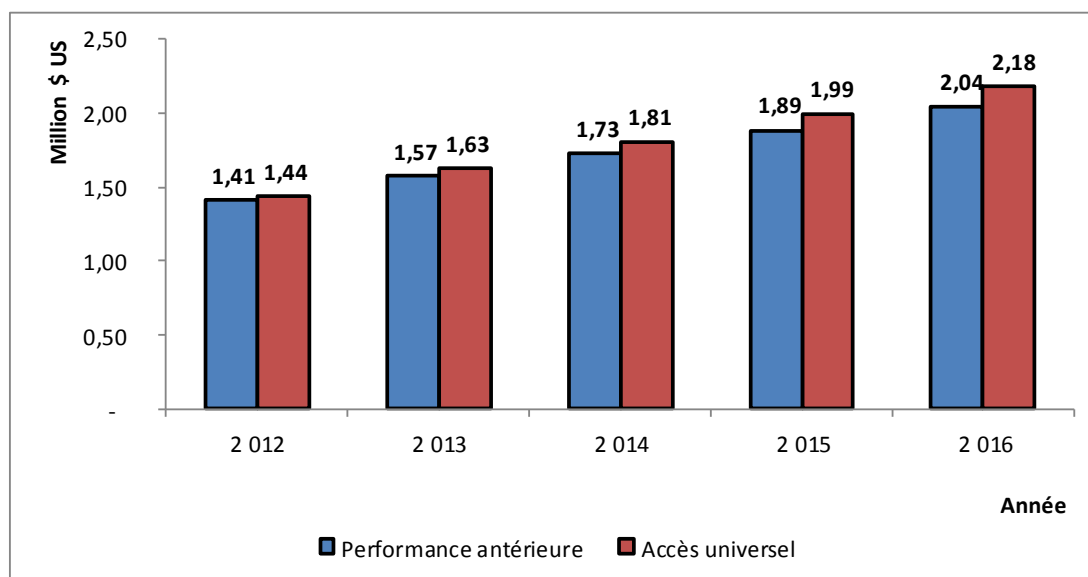
La Figure 13 ci-dessous montre l'évolution de la couverture du programme de marketing social du préservatif selon les deux scénarios

FIGURE 13 : ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE DU PROGRAMME DE MARKETING SOCIAL DU PRÉSERVATIF DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON LES DEUX SCÉNARIOS



Compte-tenu d'une performance relativement bonne en dernière année historique (2011), soit 53,2% des besoins, il n'y a pas de différence nette entre les budgets nécessaires pour les deux scénarios (performance antérieure et Accès universel). La Figure 14 visualise la différence entre les budgets totaux annuels des deux scénarios.

FIGURE 14 : COMPARAISON DES COÛTS (EN \$ US) DU PROGRAMME DE MARKETING SOCIAL DU PRÉSERVATIF DE 2012 A 2016 AU BENIN SELON DEUX SCÉNARIOS



Les coûts du programme de marketing social du préservatif est de :

- En 2012 : 1 414 501 \$ US dans le scénario « Performance antérieure » et de 1 441 547 \$ US dans le scénario « Accès universel ».
- En 2016 : 2 043 168 \$ US dans le scénario « Performance antérieure » et de 2 178 396 \$ US dans le scénario « Accès universel ».

4. PERATIONNALISATION DU SYSTEME DE SUIVI-ÉVALUATION

Le SP/CNLS a développé un manuel opérationnel du système unique de suivi-évaluation. Ce système prévoit la mise en place des cellules de suivi-évaluation au niveau des Secrétariat Permanent des Comités départementaux de lutte contre le Sida (SP/CDLS), chargés d'assurer :

- La mise à disposition des supports officiels de collecte des données aux acteurs de lutte contre le Sida de tous les secteurs au niveau du département ;
- La formation des acteurs sur le suivi-évaluation ;
- La collecte et la validation des données de routine auprès des acteurs de tous les secteurs au niveau du département ;
- La compilation des données de tous les secteurs et leur transmission au SP/CNLS avec retro-information aux acteurs du département.

Toutefois, les cellules de suivi-évaluation des SP/CDLS ne sont pas pleinement opérationnelles.

Le processus HAPSAT a analysé le coût d'opérationnalisation des cellules de suivi-évaluation au niveau des 12 départements du pays. Dans chaque département, le coût opérationnel a pris en compte :

- l'acquisition du matériel informatique : 2 ordinateurs complets de bureau et un ordinateur portable ;
- l'acquisition d'un véhicule 4x4 ;
- la prise en charge du salaire de deux agents : le responsable de la cellule et le gestionnaire des bases de données ;
- la formation initiale et le recyclage du personnel des deux agents ;
- les frais de supervision des acteurs par la cellule départementale ainsi que les frais de supervision du département par le niveau central ;
- les frais d'organisation d'un atelier trimestriel de restitution des résultats du suivi-évaluation de la réponse départementale au VIH.

Ainsi le coût annuel d'opérationnalisation d'une cellule départementale de suivi-évaluation a été estimé à 79 409 \$ US par an et par département, soit 952 908 \$ US par an pour les 12 départements du pays. En conséquence, le budget nécessaire pour l'opérationnalisation des cellules de suivi-évaluation départementales de 2012 à 2016 est de 4 764 540 \$ US. Le Tableau 16 présente les détails du coût annuel d'opérationnalisation des cellules départementales de suivi-évaluation.

**TABLEAU 16 : COUT ANNUEL D'OPERATIONNALISATION DES CELLULES
DEPARTEMENTALES DE SUIVI-EVALUATION EN \$ US**

Elément de coût	Coût année
Coût de renonciation de 2 ordinateurs de bureau	2 049
Coût de renonciation d'1 ordinateur portable	768
Coût de renonciation d'un véhicule 4x4	8 936
Formation initiale (coût de renonciation) du personnel de suivi-évaluation	744
Recyclage annuel du personnel de suivi-évaluation	372
Salaire du Responsable de l'Unité suivi-évaluation	9 757
Salaire du gestionnaire de la base des données	4 879
Supervision du niveau départementale	8 891
Supervision du niveau centrale	3 895
Réunion de restitution des résultats de suivi-évaluation au niveau départemental	39 119
Total pour un département	79 409
Total pour les 12 départements	952 913

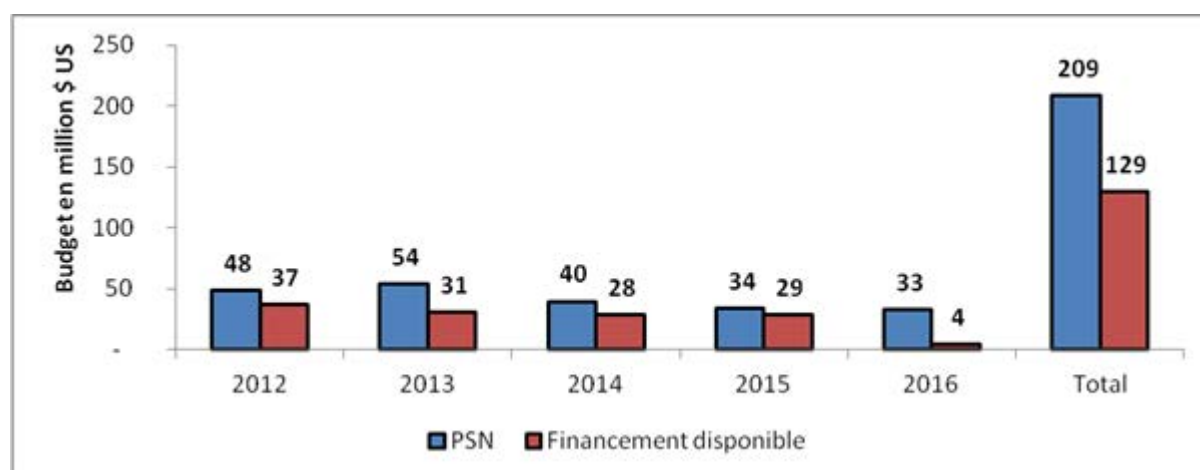
5. FINANCEMENT DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH

5.1 ANALYSE DES GAPS DE FINANCEMENT DE LA REPONSE NATIONALE

La comparaison du budget prévisionnel du PSN 2012-2016 aux ressources financières disponibles montre un gap de 88 968 425 \$ US sur l'ensemble de la période couverte par le PSN (soit 38% du budget prévisionnel du PSN). En effet, le budget prévisionnel du PSN est de 208 566 448 \$ US contre un total de fonds disponibles équivalents à 129 482 725 \$ US. Les fonds disponibles proviennent du Gouvernement, du secteur privé, du Fonds Mondial et de PEPFAR.

La Figure 15 présente une comparaison des budgets prévisionnels du PSN et des budgets disponibles année par année.

FIGURE 15 : COMPARAISON DU BUDGET DU PSN ET DES FINANCEMENTS DISPONIBLES DE 2012 A 2016, EN MILLIONS DE \$ US



5.2 COMPARAISON DES BUDGETS DU HAPSAT ET DU PSN

Les Tableau 17 et Tableau 18 présentent la synthèse des budgets des domaines de services ayant fait l'objet de l'analyse HAPSAT avec une comparaison des totaux aux budgets prévisionnels annuels du PSN 2012-2016, respectivement pour les scénarios « performance antérieure » et « Accès universel ».

TABLEAU 17 : COÛTS DES SERVICES ANALYSÉS PAR HAPSAT EN \$ US, SELON LE SCÉNARIO "PERFORMANCE ANTERIEURE

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Traitement ARV	13 185 565	14 348 137	15 460 503	16 377 978	17 322 667	76 694 851
PTME	946 149	993 987	1 041 824	1 089 662	1 137 500	5 209 122
CDV	2 278 367	2 767 160	3 255 964	3 744 767	4 233 571	16 279 818
Prise en charge des IST	36 524	42 800	49 077	55 354	61 630	245 385
Communication de Promotion de la PTME	700 653	827 565	954 477	1 081 390	1 208 302	4 772 387
Marketing social du préservatif	1 414 501	1 571 668	1 728 835	1 886 002	2 043 168	8 644 174
Opérationnalisation du système suivi-évaluation au niveau départemental	952 908	952 908	952 908	952 908	952 908	4 764 540
Total	19 514 656	21 504 225	23 443 588	25 188 060	26 959 746	116 610 276

Dans le scénario « Performance antérieure », le coût total des services analysés par le processus HAPSAT pour la période 2012-2016 est de 116 610 276 \$ US correspondant à 56% du budget prévisionnel du PSN. Il faut noter que l'analyse HAPSAT a porté sur les services essentiels, mais n'a pas couvert tous les domaines de prestation des services du PSN.

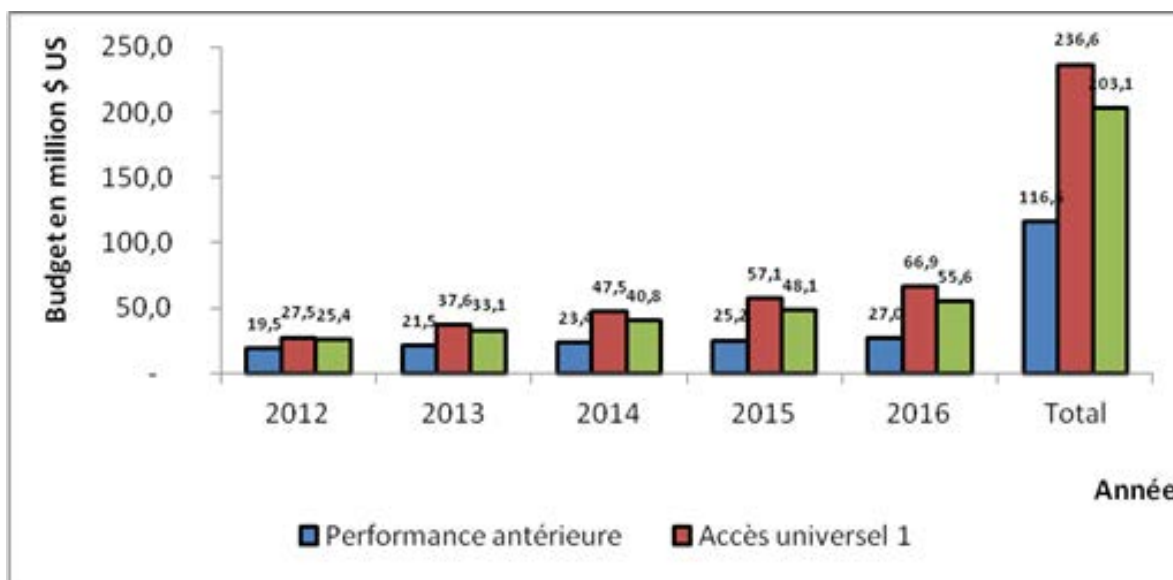
Lorsqu'on considère le scénario « Accès universel » le coût total des services analysés par le processus HAPSAT passe à 236 544 977 \$ US, représentant 113 % du budget prévisionnel du PSN (Tableau 18). Lorsqu'on ne prend pas en compte les causeries éducatives en milieu communautaire, le coût total des services analysés par le processus HAPSAT se réduit à 203 055 946 \$ US, soit 97% du budget prévisionnel du PSN.

TABLEAU 18: COÛTS DES SERVICES ANALYSES PAR HAPSAT EN \$ US, SELON LE SCENARIO "ACCES UNIVERSEL"

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Traitement ARV	13 234 843	14 443 849	15 557 441	16 376 481	17 330 630	76 943 244
PTME	1 235 189	1 572 066	1 908 944	2 245 821	2 582 698	9 544 718
CDV	7 520 543	13 251 524	18 982 524	24 713 514	30 444 504	949 126 20
Prise en charge des IST	42 481	54 715	66 949	79 183	91 417	334 746
Communication de Promotion de la PTME	3 116 177	5 658 614	8 201 051	10 743 487	13 285 924	41 005 253
Marketing social du préservatif	1 441 547	1 625 759	1 809 971	1 994 183	2 178 396	9 049 856
Opérationnalisation du système suivi-évaluation au niveau départemental	952 908	952 908	952 908	952 908	952 908	4 764 540
Total	27 543 689	37 559 445	47 479 788	57 105 579	66 866 478	236 554 977

La Figure 16 présente une comparaison des coûts totaux du scénario « performance antérieure, et du scénario « Accès universel » avec et sans les causeries éducatives en milieu communautaire.

FIGURE 16 : COMPARAISON DES COÛTS TOTAUX DES SERVICES ANALYSES PAR LE PROCESSUS HAPSAT, EN MILLIONS DE \$ US



Note : Accès universel 1 : Prise en compte des causeries éducatives en milieu communautaire.
Accès universel 2 : Non prise en compte des causeries éducatives en milieu communautaire.

Compte-tenu de l'exigence pour le pays d'évoluer vers l'élimination de la transmission sexuelle verticale du VIH et l'accès universel aux soins et le soutien pour les personnes vivant avec le VIH, le

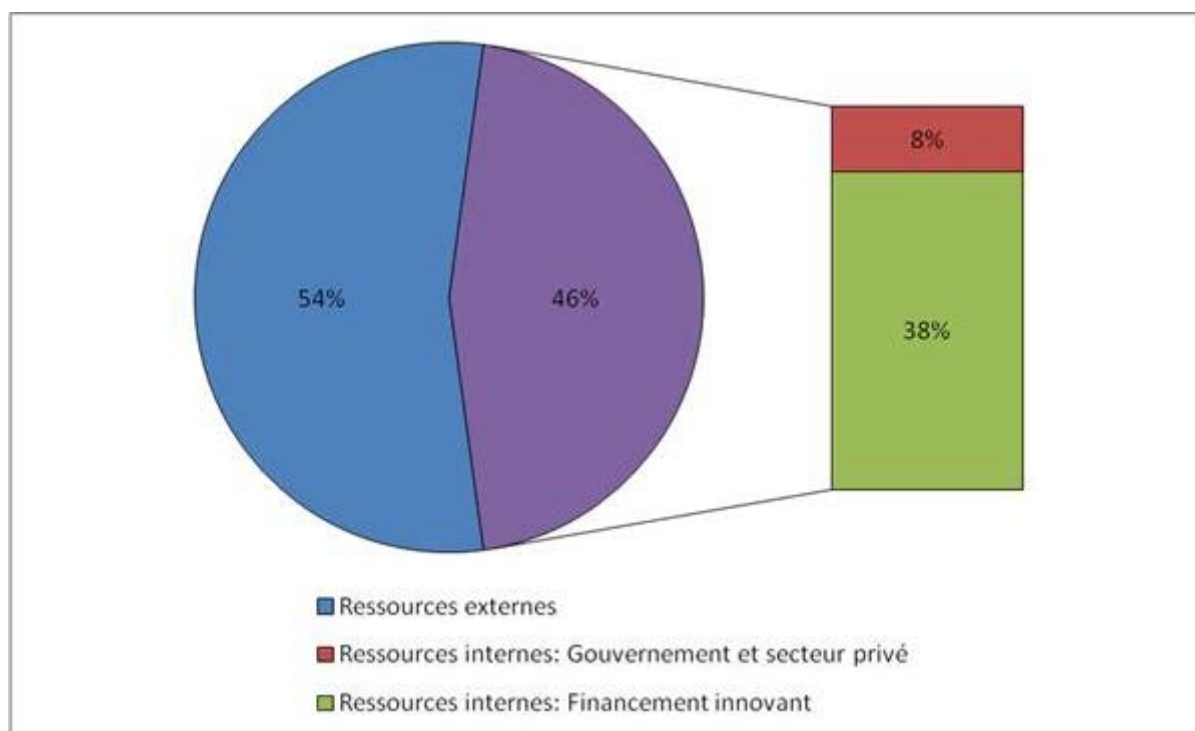
choix du scénario « Accès universel » s'impose. Ce qui nécessite de prendre en compte les résultats de l'analyse HAPSAT dans le cadre de résultats et le recadrage budgétaire du PSN 2012-2016.

5.3 ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT INNOVANTS

La loi N° 2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida en République du Bénin prévoit dans son article 8, la création d'un fonds spécial de lutte et d'assistance en matière du Sida. Cet article indique qu'un décret pris en conseil des ministres devait fixer les modalités de création et de fonctionnement. Ce fonds n'a pas encore effectivement été mis en place.

Dans un contexte marqué par une diminution des financements extérieurs alloués à la lutte contre le Sida, attesté par le gap important de financement du PSN 2012-2016, la mise en place de ce fonds devient de plus en plus indispensable. La figure présente la répartition du budget disponible sur le total des besoins en financement du PSN 2012-2013 en considérant que le gap est couvert par les ressources du mécanisme de financement innovant.

FIGURE 17 : REPARTITION DU BUDGET TOTAL DU PSN 2012 A 2016 PAR SOURCE DE FINANCEMENT



Le mécanisme de financement innovant contribuerait à combler le gap de financement correspondant à 38% du coût du PSN 2012-2016.

Le processus HAPSAT a ainsi analysé une piste de financement innovant basée sur la création d'un fonds alimenté par une micro-contribution des populations sur le coût de chaque minute de communication entrant par GSM (Global System for Mobile Communications).

Le Tableau 19 présente la situation des volumes de communications par GSM obtenus à partir de l'annuaire statistique 2010 des télécommunications au Bénin [14].

TABLEAU 19 : VOLUMES DE COMMUNICATIONS SUR RESEAUX GSM EN 2010 (EN MINUTES)

	Trafic interne	Trafic national sortant	Trafic international sortant	Total
MTN	1 359 548 831	127 377 747	90 729 194	1 577 655 772
MOOV	476 468 532	53 811 011	19 065 496	549 345 039
BBCOM	108 735 211	31 237 993	23 669 353	163 642 557
LIBERCOM	60 415 099	14 426 749	2 480 856	77 322 704
GLO	133 250 175	70 357 514	44 933 178	248 540 867
Total	2 138 417 848,0	297 211 014,0	180 878 077,0	2 616 506 939,0

Sur la base d'une prévision de croissance annuelle des volumes de communication de 5%, les montants générés par les micro-contributions ont été estimés selon trois scénarios :

- Scénario 1 : Micro-contribution de 1 Francs CFA par minute de communication.
- Scénario 2 : Micro-contribution de 3 Francs par minute de communication.
- Scénario 3 : Micro-contribution de 5 Francs CFA par minute de communication.

Il faut noter que le coût moyen d'une minute de communication locale par GSM est de 120 Francs CFA. Les fonds générés selon ces trois scénarios sont présentés dans le Tableau 20.

TABLEAU 20 : FINANCEMENTS MOBILISES EN \$ US* PAR LES MICRO-CONTRIBUTIONS PAR MINUTE DE COMMUNICATION GSM SELON TROIS SCENARIOS**

	2012	2013	2014	2015	2016	Total	% PSN
PSN	48 273 130	53 954 771	39 777 290	33 634 302	32 926 955	208 566 448	
Scénario 1	6 106 372	6 411 690	6 732 275	7 068 889	7 422 333	33 741 559	16%
Scénario 2	18 319 115	19 235 071	20 196 825	21 206 666	22 266 999	101 224 677	49%
Scénario 3	30 531 859	32 058 452	33 661 375	35 344 443	37 111 666	168 707 795	81%

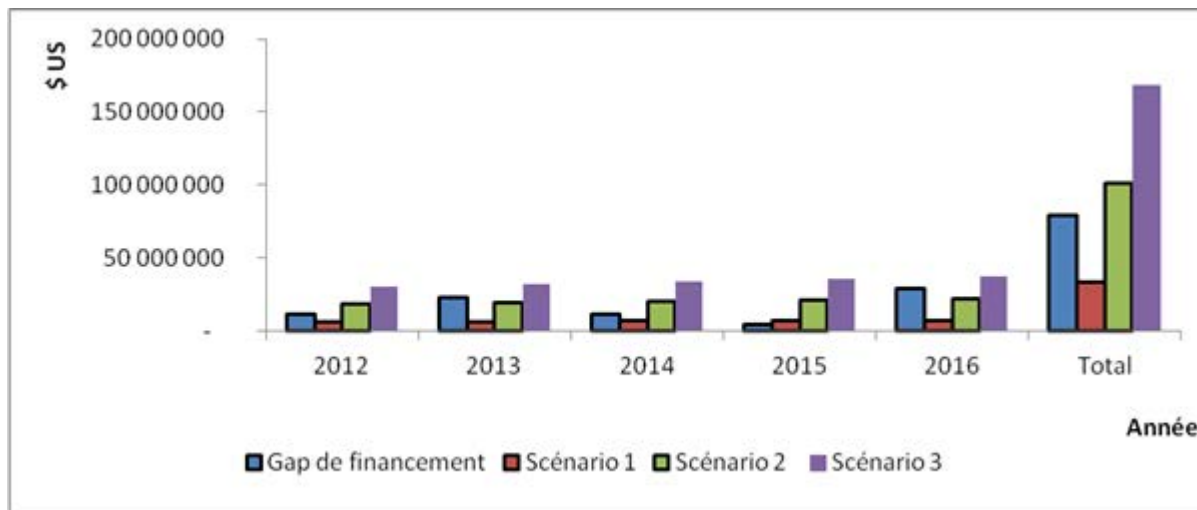
Note : * 1 \$ US= 472,408 Francs CFA. **Scénario 1 : micro-contribution de 1 Francs CFA/minute ; Scénario 2 : micro-contribution de 3 Francs CFA/minute ; Scénario 3 : micro-contribution de 5 Francs par minute de contribution.

Le scénario 2 permet de mobiliser 49% du budget prévisionnel du PSN 2012-2016. Ce scénario devrait être suffisant si le coût total du PSN n'était pas revu à la hausse et les financements disponibles effectivement mobilisés, car le gap de financement ne représente que 38% du budget du PSN.

Si on considère le scénario 1 de micro-contributions, les fonds générés représentent 43% du gap de financement du PSN. Tandis que dans les scénarios 2 et 3 de micro-contributions, les fonds générés dépassent le gap de financement du PSN, représentant respectivement 128% et 213% de ce gap.

La Figure 18 permet de visualiser la comparaison entre les trois scénarii de micro-contribution et le gap de financement du PSN.

FIGURE 18 : COMPARAISON DES FINANCEMENTS MOBILISABLES SELON TROIS SCENARII DE MICRO-CONTRIBUTION ET LE GAP DE FINANCEMENT DU PSN 2012 A 2016



Note: Scénario 1 : micro-contribution de 1 Francs CFA/minute ; Scénario 2 : micro-contribution de 3 Francs CFA/minute ; Scénario 3 : micro-contribution de 5 Francs par minute de contribution.

Le coût total des services essentiels analysés par le processus HAPSAT pour la période 2012-2016 est de 116 694 416 \$ US en cas de poursuite de la « performance antérieure » et de 203 546 490 \$ US en cas d'évolution vers « l'accès universel » avec les causeries éducatives en milieu communautaire. Les fonds générés par le dispositif de financement innovant représentent : (i) pour le cas de la poursuite de la « performance antérieure » : 29% du coût total des services pour le scénario 1 de micro-contributions, 87% pour le scénario 2 et 145% pour le scénario 3, (iii) pour l'évolution vers « l'accès universel » : 17% du coût total des services pour le scénario 1, 50% pour le scénario 2 et 83% pour le scénario 3 (Tableau 21).

TABLEAU 21: CONTRIBUTION DES FONDS GENERES PAR LES TROIS SCENARIOS DE FINANCEMENT INNOVANT » AU FINANCEMENT DU COUT TOTAL DES SERVICES ESSENTIELS ANALYSES PAR LE PROCESSUS HAPSAT

	Performance antérieure	Accès universel
Coût total des services pendant la période 2012-2016	116 694 416	203 546 490
Scénario 1	29%	17%
% (Coût total des services/Fonds générés)		
Scénario 2	87%	50%
Scénario 3	145%	83%

Le scénario de micro-contribution 2 qui occasionnera une augmentation du coût de la minute de communication de 2,5% constitue celle qui est recommandable, étant entendu qu'elle permet de financer la totalité du gap de financement et 87% du coût des services essentiels dans la perspective de l'accès universel (causeries éducatives de promotion de la PTME en milieu communautaire non prises en compte). Toutefois, la mise en place d'un tel mécanisme d'alimentation du fonds spécial de lutte et d'assistance en matière du Sida, nécessite une campagne d'explication en vue de susciter l'adhésion des populations. Cette adhésion serait plus aisée à obtenir si les fonds mobilisés étaient utilisés pour contribuer au financement du régime d'assurance maladie universelle (RAMU), en cours de mise en place au Bénin. Les services VIH (CDV, PTME, prise en charge médicale des PVVIH) seraient ainsi intégrés parmi ceux couverts par l'assurance maladie.

6. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

6.1 RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'analyse HAPSAT amènent à formuler les recommandations suivantes :

De manière générale

- Revisiter le cadre des résultats et recadrer le budget du PSN 2012-2016, en vue de prendre en compte les résultats de l'analyse HAPSAT.

Concernant les services cliniques

- Garantir l'application des protocoles de traitement ARV en vigueur dans les commandes à effectuer par la Centrale d'achats et les prescriptions des prestataires, en vue de rester dans les limites des coûts du traitement estimés par le processus HAPSAT.
- Adopter le scénario d'accès universel concernant la PTME, en vue d'espérer une évolution vers l'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère en 2016.
- Adopter la combinaison Communication en milieu de soins/communication par les mass-médias comme approche de promotion de la PTME ;
- En vue de minimiser les coûts du service de CDV, il est souhaitable de se focaliser, beaucoup plus, sur les adultes de 15-49 ans ayant 2 partenaires ou plus au lieu de la population générale. Le choix de cette option permettra également de minimiser les besoins en ressources humaines supplémentaires liées au passage à l'échelle des services cliniques de lutte contre le Sida.
- Consolider les efforts en cours relatifs à la prise en charge des IST chez les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH dans la perspective de l'accès universel de ce service.

Concernant les services non cliniques

- Mettre en place l'intervention de communication de promotion de la PTME en associant les causeries éducatives en lieu de soins au bénéfice des femmes enceintes et la communication par les mass-médias.
- Renforcer la collaboration entre le SP/CNLS et PSI en vue de garantir la permanence du service de marketing social du préservatif en lien avec le scénario « Accès universel ».
- Assurer opérationnalisation des cellules départementales de suivi-évaluation de façon à assurer l'effectivité du cadre unique de suivi-évaluation prévu dans les principes du « ThreeOne's ».

Concernant les financements innovants :

- Assurer le plaidoyer auprès du Gouvernement en vue de la mise en place du fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de Sida, à partir des résultats de l'analyse sur les financements innovants.
- Organiser une campagne d'explication en vue d'obtenir l'adhésion des populations au dispositif de micro-contributions par la communication GSM.
- Explorer la possibilité d'utiliser le fonds générés par le mécanisme de financement innovant comme contribution au financement de la couverture des services VIH par la RAMU.

6.1. PLAN D'ACTION

HAPSAT BENIN 2011-2012

Plan de transformation des résultats en action

Recommandations	Action	Responsable	Date de début	Durée
Garantir l'application des protocoles de traitement ARV en vigueur dans les commandes à effectuer par la Centrale d'achats et les prescriptions des prestataires, en vue de rester dans les limites des coûts du traitement estimés par le processus HAPSAT	Intégrer dans les missions de supervisions des sites, le contrôle de la conformité des prescriptions aux directives nationales	PNLS	oct-12	4 ans
	Rétablir les commissions de décision de traitement ARV par district sanitaire, en particulier pour les changements de la première à la deuxième ligne	PNLS	janv-13	4 ans
Adopter le scénario d'accès universel concernant la PTME, en vue d'espérer une évolution vers l'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère en 2016	S'assurer chaque année, de la prise en compte des objectifs du plan d'élimination de la TME, dans les plans opérationnels de lutte contre le Sida	PNLS	déc-12	4 ans
	Etablir la liste des formations sanitaires ayant intégré le conseil et dépistage volontaire (avec le nombre de femmes enceintes admises en CPN et celles acceptant le dépistage du VIH). Les formations sanitaires avec des proportions importantes de femmes enceintes n'acceptant pas le dépistage du VIH seront ainsi priorisées.	PNLS	oct-12	2 mois
	Former les médecins-chefs des districts issus des formations sanitaires prioritaires comme formateurs dans la promotion du CDV chez les femmes enceintes admises en CPN	PNLS	nov-12	1 mois
	Assurer la formation par les médecins-chefs des districts, des agents de santé des formations sanitaires prioritaires sur la promotion du CDV chez les femmes enceintes admises en CPN	PNLS	déc-12	1 mois

	Evaluer les progrès réalisés dans l'amélioration de la proportion des femmes enceintes acceptant le dépistage du VIH dans les formations sanitaires prioritaires	PNLS	mars-13	3 mois
	Etablir la liste des formations sanitaires ayant un nombre élevé des femmes enceintes VIH positifs qui n'ont pas accès au TARV pour réduire la TME. Ces formations sanitaires seront ainsi priorisées.	PNLS	oct-12	1 mois
	Former les médecins-chefs des districts issus des formations sanitaires prioritaires comme formateurs dans la promotion de la PTME chez les femmes enceintes VIH positives	PNLS	déc-12	1 mois
	Assurer la formation par les médecins-chefs des districts, des agents de santé des formations sanitaires prioritaires sur la promotion de la PTME chez les femmes enceintes VIH positives	PNLS	déc-12	1 mois
	Evaluer les progrès réalisés dans l'amélioration de la proportion des femmes enceintes VIH positives recevant le TARV pour réduire la PTME dans les formations sanitaires prioritaires	PNLS	mars-13	3 mois
Adopter la combinaison Communication en milieu de soins/communication par les mass-médias comme approche de promotion de la PTME	Elaborer un plan d'action de CCC de promotion de la PTME et organiser la mobilisation des ressources pour son financement	PNLS, SP/CNLS	nov-12	6 mois
Focaliser, beaucoup plus, sur les adultes de 15-49 ans ayant 2 partenaires ou plus au lieu de la population générale. Le choix de cette option permettra également de minimiser les besoins en ressources humaines supplémentaires liées au passage à l'échelle des services cliniques de lutte contre le Sida	Elaborer un plan d'organisation des opérations de CDV mobile ciblant les groupes de populations les plus à risque et les plus vulnérables sur l'ensemble du territoire national	PNLS, SP/CNLS	nov-12	4 mois
Consolider les efforts en cours relatifs à la prise en charge des IST chez les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH dans la perspective de l'accès universel de ce service	Organiser une évaluation externe du fonctionnement des services adaptés en faveur des populations les plus à risques en vue d'identifier les mesures de renforcement de leur efficacité.	PNLS, SP/CNLS	févr-13	3 mois

Renforcer la collaboration entre le SP/CNLS et PSI en vue de garantir la permanence du service de marketing social du préservatif en lien avec le scénario « Accès universel ».	Mettre en place un cadre de coordination du programme de marketing social du préservatif associant PSI, le PNLS, le SP/CNLS, l'UNFPA et autres partenaires intéressés par les questions de disponibilité et accessibilité du préservatif	SP/CNLS	janv-13	4 ans
	Développer un plan spécifique de promotion du préservatif féminin chez les TS	PSI, SP/CNLS	nov-12	4 ans
Assurer l'opérationnalisation des cellules départementales de suivi-évaluation de façon à assurer l'effectivité du cadre unique de suivi-évaluation prévu dans les principes du « Three One's »	Elaborer un plan d'opérationnalisation des cellules départementales de suivi-évaluation et mobiliser les ressources y relatives	SP/CNLS	oct-12	4 mois
Assurer le plaidoyer auprès du Gouvernement en vue de la mise en place du fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de Sida, à partir des résultats de l'analyse sur les financements innovants	Elaborer une note technique, à l'attention du Président de la République, Président du CNLS, proposant l'alimentation du fonds de solidarité à partir des microcontributions par GSM	SP/CNLS	nov-12	2 mois
	Intégrer la discussion sur l'opérationnalisation du Fonds de solidarité à l'ordre du jour de la prochaine session du CNLS	SP/CNLS	déc-12	1 mois
	Organiser des réunions de plaidoyer auprès des ministres du plan, de la santé, de la communication, des présidents des chambres et commissions santé du parlement, pour l'opérationnalisation du fonds de solidarité par le biais d'un mécanisme de financement innovant.	SP/CNLS	janv-13	3 mois
	Assurer le suivi du processus de préparation, d'adoption et de publication de la loi opérationnalisant le fonds de solidarité par un mécanisme de financement innovant.	SP/CNLS	févr-13	6 mois
Explorer la possibilité d'utiliser le fonds générés par le mécanisme de financement innovant comme contribution au financement de la couverture des services VIH par la RAMU	Mettre en place une commission conjointe SP/CNLS-PNLS-RAMU chargé de proposer le mécanisme de prise en compte de la couverture des services VIH par la RAMU et de son financement par le Fonds de solidarité.	SP/CNLS, PNLS	nov-12	3 mois
Organiser une campagne d'explication en vue d'obtenir l'adhésion des populations au dispositif de micro-contributions par la communication GSM	Elaborer un plan de communication sur l'opérationnalisation du fonds de solidarité par un mécanisme de financement innovant et son lien avec la RAMU	SP/CNLS	févr-13	12 mois

6.2 CONCLUSION

Le processus HASAT Benin 2012 a permis au SP/CLNS Benin et à ses partenaires d'obtenir des données analytiques sur la couverture, les coûts et besoins en ressources humaines liés à la mise en œuvre des services essentiels de la réponse nationale au VIH.

Dans un contexte marqué par une diminution des financements extérieurs alloués à la lutte contre le Sida, l'analyse HAPSAT permet au CNLS Bénin et à ses partenaires de faire des choix sur les scénarios d'évolution des couvertures des services essentiels et les contenus des paquets de services ayant un meilleur rapport coût-efficacité. Le processus a également permis d'analyser les coûts d'opérationnalisation du système décentralisé de suivi-évaluation en vue de la mise en place d'un cadre unique de suivi-évaluation.

L'exploration d'une piste de financement innovant ouvre une perspective de mise en place effective du fonds spécial de lutte et d'assistance en matière du Sida, prévu dans la loi N° 2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida en République du Bénin.

Enfin, les résultats de l'analyse HAPSAT offrent au SP/CNLS et à ses partenaires l'opportunité de revisiter le cadre de résultats et de recadrer le budget du PSN 2012-2016.

ANNEX A: LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE AU PREMIER ATELIER DES PARTIES PRENANTES (17 NOVEMBRE 2011)

N°	Non et Prénoms	Organisation
1.	BossouLawin-Ore Antouanette	ROAFEM
2.	Bah Kesso	ONUSIDA
3.	HessouSeptème	Plan Benin
4.	Ahoyo Mireille	PNLS
5.	Obey Antoinette	SP/CNLS
6.	Dessou Daniel	SP/CNLS
7.	Zanou Marcel	CNHU Cotonou
8.	Baruani Yuma Kilundu	ONUSIDA
9.	AnouadaCarum	CNHU Cotonou
10.	Djidnou Roseline	ESEDD-ONG
11.	Aossou Lionel	SP/CNLS
12.	Houeto Prosper	Caritas Benin
13.	WachénouAclo Prudence	PNT Benin
14.	Bonou Marcel	SP/CNLS
15.	Boni Sonia	SP/CNLS
16.	Adoko Achille	SP/CNLS
17.	Ibrahima Seck	ISED- UCAD
18.	KanakinJosephine	ONUSIDA
19.	Ahouandzin Magloire	CNMP
20.	Lougbegnon Mathurin	CT-JHPIEGO
21.	Adjahi Lise	GIP/ Esther
22.	Hounhakou Léonie	PNLS
23.	AïssiMalchier	Consultant
24.	Tal Dia Anta	ISED- UCAD
25.	SoakoudeMalachelle	PNLS
26.	Adjebou D	Rabej/SD

27.	Paqui Nicole	PNLS-CIPE OP
28.	Olodo Moussa	SP/CNLS
29.	Koudoufio Bertin	UFLS-MGSL
30.	Mboussou Franck	ISED- UCAD
31.	Christian Yao	ISED- UCAD
32.	Douglas Glandon	Health Systems 20 /20
33.	Wendy Wong	Health Systems 20 /20
34.	TossouValentyn	CCE Ministère des familles
35.	Tossou Justin	PMLS 2
36.	Agboton Fabienne	SP /CNLS
37.	HodehouCelestin	SP /CNLS
38.	Kotchofa Iréné	Abt - Impact
39.	Bassé Arsène	SPSP-CDLS
40.	IdohouMoucharaton	BIT/SIDA
41.	TakouboSimplice	USAID/BENI
42.	Abdou salam Gueye	CDC/Benin
43.	Gbetie Maie Durand	ANTS
44.	DedjeneWondi	Consultant
45.	Monteiro Germain	SP /CNLS
46.	De Souda Amedé	PNLS
47.	Ahoussinou Clément	PNLS
48.	Martin Magloire	Projet Coridor
49.	Paula Tohouindji	ReBAP+
50.	Djeboud Gabin	Réseau des jeunes en santé

ANNEX B: LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE AU SECOND ATELIER DES PARTIES PRENANTES (03 AOUT 2012)

	Prénom & NOM	Adresse
1.	Marie-Joseph ACCLASSATO	ABDD/ DE
2.	Sandrine da SILVA	SP-CNLS
3.	Daniel DOSSOU	SP-CNLS
4.	Célestin HODEHOU	SP-CNLS
5.	Lionel DOSSOU	SP-CNLS
6.	Pulchérie ACHADE	OSV/Jordan
7.	Achille ADOKO	SP-CNLS
8.	Maurice BASSAOU	SP-CNLS
9.	Anita WADAGNI	SP-CNLS
10.	Dorinali YALLA BONI	C/SPSP/CDLS-ATL-LIT
11.	Marcel BONOU	SP-CNLS
12.	Raïmatou AKPONA	PNT
13.	Yaovi Jean DAHO	PNLS
14.	Christian YAO	Consultant ISED Dakar SN
15.	Clément AHOUSSINO	PNLS
16.	Marc A. ANANI	PNLS
17.	Séfiou SALIFOU	CCE
18.	Sarafatou INOUSSA OLODO	SP-CNLS
19.	Germain Pio MONTEIRO	SP-CNLS
20.	Bertin KOUDOUFIO	UFLS-MJSL
21.	Malick COULIBALY	ONUSIDA
22.	Moucharafou IDOHOU	BIT
23.	Jeanne Avest MADINDE	PNPMT
24.	Yolande AGUEH	PAM
25.	Ibrahima SECK	ISED/UCAD
26.	Télesphore HOUANSOU	OMS

	Prénom & NOM	Adresse
27.	Marius ACOTCHOU	RéBAP+
28.	Giraud CIAVE	Abt Associates
29.	Katz ITAMAR	Health Systems 20/20
30.	Stéphan OGOU	GIP ESTHER
31.	Odile SODOLOUFO	Plan Bénin
32.	Justine HOUZANME	ROAFEM
33.	Magloire MARTIN	Projet CORRIDOR
34.	Irénée KOTCHOFA	Abt/IMPACT
35.	Anta TAL-DIA	ISED/UCAD/Sénégal
36.	Sonia BONI	SP-CNLS
37.	BARUANI YUMA KILUNDU	ONUSIDA
38.	Virginie HINVI	MFASSNNPTA
39.	Christian MARTINS	ROBS
40.	Jacob HOUEKPONJOUNDE	DDPD-ATL-LIT
41.	Olola COOVI	SP-CNLS
42.	Emile BONGO	USAID

ANNEX C: RÉFÉRENCES

1. ONUSIDA. Le Rapport ONUSIDA sur l'épidémie du Sida 2010 - Sida, feuilles de résultats-Genève, 2010.
2. INSAE, PNLS et MACRO International Inc. Enquête Démographique et de Santé du Benin 2006 (EDSB III). Cotonou, 2006.
3. PNLS. Enquête de Surveillance de Deuxième Génération (ESDG). Cotonou, 2008.
4. CNLS. Rapport de situation nationale à l'attention de l'UNGASS. Cotonou, 2010.
5. CNLS. Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2012-2016. Cotonou, 2011.
6. OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2010. Genève, 2010.
7. PNLS. Normes et procédures pour la PTME. Cotonou, 2011.
8. Health System 20/20, USAID. Using HAPSAT for HIV program sustainability analysis: an introductory guide. Bethesda, Maryland, April 2010.
9. Clinton Foundation. Liste des prix-Antirétroviraux (ARV). April 2009.
10. WHO. Global Price Reporting Mechanism . <http://apps.who.int/hiv/amds/price/hdd/index.aspx>.
11. AHWO. Profil pays en ressources humaines pour la santé au Bénin. Cotonou, 2009.
12. PNLS. Politique, Normes et procédures en matière de prise en charge des PVVIH. Cotonou, mars 2010.
13. The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Innovation and impact: the Global Fund 2010. Geneva, mars 2010.
14. Autorité Transitoire de Régulation des Postes et Télécommunication. Annuaire Statistique 2010 des télécommunications au Bénin. Cotonou, janvier 2011.

