



PROGRAMME SANTÉ DE
LUTTE CONTRE LE SIDA

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

STRATÉGIES NATIONALES POUR LA RÉTENTION DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL Y COMPRIS LE COUPLE MÈRE-ENFANT

Édition 2018





SOMMAIRE

Sigles et abréviations	5
I. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU BÉNIN	7
II. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) AU BÉNIN Y COMPRIS LA PTME	8
III. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE LA PTME	10
IV. MISSIONS, OBJECTIFS ET STRATÉGIES	14
V. SUIVI ET ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES	20
Table des matières	25



LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ARV	:	Anti-Rétro Viraux
CAME	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	:	Centre d'informations de Prospective et de Conseils
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
CNLS-TP	:	Conseil National de Lutte contre le Sida, le paludisme, la Tuberculose et les épidémies
CPN	:	Consultation Périnatale
CS	:	Centre de Santé
ESDG	:	Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/Sida
HSB	:	Hommes ayant de rapports Sexuels avec les Hommes
HZ	:	Hôpital de Zone
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	:	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PDV	:	Perdu de vue
PSLS	:	Programme Santé de Lutte contre le Sida
PTME	:	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PvVIH	:	Personne Vivant avec le VIH
SAFE	:	Suivi Actif de la Femme Enceinte et de l'Enfant
SAPA	:	Suivi Actif des Patients sous ARV

SFE	:	Sage- Femmes d'Etat
Sida	:	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SNIGS	:	Système National d'Informations et de Gestion Sanitaire
SSEPSER	:	Service de Suivi Évaluation, Planification, Surveillance Épidémiologique et de Recherche
TS	:	Travailleuse de Sexe
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UDI	:	Utilisateurs de Drogues Injectables
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU BÉNIN

Le premier cas de SIDA a été découvert au Bénin en 1985. Un système de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA a été mis en place en 1990 sur la base de sites sentinelles ciblant les femmes enceintes et les patients atteints d'Infection Sexuellement Transmissible (IST). Ce système de surveillance a montré une progression rapide de la prévalence passant de 0,36% en 1992 à 3,6% en 1998. Mais de 1999 à 2015, cette prévalence s'est stabilisée autour de 2%. Dans la population générale, la prévalence de l'infection par le VIH est aussi restée stable à 1,2% de 2006 à 2012. (EDS-2012). Malgré cette tendance à la stabilisation, il existe des poches de concentration de forte prévalence au sein de certains groupes à risque comme les Travailleuses de Sexe (8,5%), les Hommes qui ont des rapports Sexuels avec des Hommes (7%) et les Utilisateurs de Drogues Injectables (2,20% ; ESDG 2017). Ces données permettent de classer le Bénin dans le groupe des pays à épidémie généralisée.

Le VIH/SIDA constitue un sujet de grande préoccupation avec l'implication effective des autorités politico-administratives, des leaders religieux et d'opinion et des partenaires dans la lutte contre ce fléau. En 2017, le nombre de personnes qui vivent avec le virus est estimé à 38360 dont 1785 enfants et 36575 adultes (Audit-2017). La rétention des PvVIH sous ARV est de 74% et la survie après 12 mois de traitement aux ARV est de 98,4% (Survie-2017).

La prise en charge par les ARV des Personnes vivant avec le VIH est gratuite dans les limites d'un paquet essentiel de soins et est assurée actuellement dans 114 sites de Prise En Charge (PEC) et 1009 sites PTME au 31 décembre 2017.

En 2017, le nombre de décès enregistré était de 626 dont 43 enfants.

La maladie touche particulièrement les jeunes et les adultes (15 à 49 ans) qui constituent la force productive.

Au niveau des individus et des ménages, le sida provoque un manque à gagner du fait des dépenses en soins et de l'arrêt de travail. Sur le plan macro-économique, la baisse de productivité que la maladie occasionne a pour conséquences une diminution de la croissance économique, du revenu par tête d'habitant, de l'épargne et de l'investissement.

II. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) AU BÉNIN Y COMPRIS LA PTME

2.1. Historique

Dans le cadre de la prise en charge médicale des PvVIH, l'accès à la trithérapie a démarré au Bénin en février 2002 au niveau de trois sites localisés à Cotonou (CNHU HKM, HIA et ex CTA sis au Centre antituberculeux d'Akpakpa).

Dans le cadre du passage à l'échelle et conformément à l'initiative de l'OMS (3 by 5), le PSLS a opté pour une stratégie de décentralisation des sites de prise en charge des PvVIH à travers l'accréditation des structures de santé disposant de locaux adéquats, d'un laboratoire et ayant une équipe médicale formée sur la prise en charge globale des PvVIH. Ces centres peuvent être publics, confessionnels ou privés.

L'accréditation d'un centre de Traitement Anti Rétroviral (TAR) est réalisée par le Programme Santé de Lutte contre le SIDA sur proposition motivée des responsables des CIPEC, qui sont les structures décentralisées du PSLS au niveau intermédiaire. Ainsi, au 31 décembre 2017, 114 sites de prise en charge de PVVIH ont été accrédités par le PSLS.

La PTME a démarré en 2000 au Bénin par une phase pilote menée dans 33 centres de consultation prénatale de Cotonou et des environs sur 18000 femmes enceintes dépistées. Cette expérience a permis de prouver comme acquis, l'acceptabilité et la faisabilité de la PTME au Bénin et d'envisager son extension. L'évaluation menée en 2002 a permis d'identifier les conditions préalables nécessaires à la mise en oeuvre des activités de la PTME à l'échelle nationale.

Une politique nationale de PTME est alors élaborée. Cette politique, adoptée en 2004, fournit des lignes directrices claires pour la mise en oeuvre de la PTME au Bénin. Elle a favorisé l'extension des activités de PTME dans le pays.

Jusqu'en 2006, la mono prophylaxie était le seul protocole adopté et la femme était éligible au traitement ARV pour son propre compte quand elle avait un taux de CD4 inférieur à 250. La mono prophylaxie a été progressivement remplacée par la tri prophylaxie qui est devenue effective depuis 2010.

En 2010, selon les recommandations de l'OMS, les documents de normes en matière de PTME et de prise en charge globale du VIH ont été révisés.

La vulgarisation des tests rapides depuis 2007 et leur utilisation par les infirmiers et sages-femmes ont facilité l'accès des femmes au dépistage.

Les succès observés de 2000 à 2004 ont fait que le Bénin a pu mobiliser les fonds auprès du Fonds Mondial, de la Banque Mondiale, de l'UNICEF, du GIP ESTHER et de la Fondation Clinton, ce qui

a permis de réaliser différentes activités pour le passage à échelle. Ainsi, le nombre de sites offrant la PTME a augmenté considérablement, passant de 487 en 2011 à 1009 sites PTME fonctionnels à fin 2017.

2.2. Organisation actuelle de la prise en charge et de la PTME

Les activités de prise en charge et de PTME sont coordonnées :

- **Au niveau national** par les services de PEC des PVVIH et de Prévention dont la mission est d'amener un grand nombre de PVVIH et de femmes enceintes à avoir facilement accès à la prévention des infections opportunistes (IO), au traitement par les ARV et par les médicaments contre les IO et aux soins de qualité ;
- **Au niveau départemental** par les Centres d'Informations, de Prospectives et de Conseils (CIPEC) des Directions Départementales de la Santé ;
- **Au niveau opérationnel** par l'Équipe d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS).

III. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE LA PTME

L'analyse de l'offre du service de prise en charge aux PVVIH et de PTME fait ressortir les forces et faiblesses suivantes :

3.1. Les forces

- L'existence d'un cadre institutionnel pour la prise en charge des PVVIH à savoir :
 - Conseil National de Lutte contre le SIDA, les IST, la Tuberculose et les Épidémies (CNLS/TP) ;
 - Programme Santé de Lutte contre le SIDA et les IST (PSLS) ;
 - Centre d'Information, de Prospective Et de Conseil (CIPEC) ;
 - Sites de prise en charge (Sites PEC) ;
 - Sites de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (Sites PTME) ;
 - Centre de Dépistage du VIH (CD).
- L'adoption par le Bénin de nouvelles recommandations 2015 de l'OMS sur la prévention, les soins et le traitement du VIH/Sida et des hépatites. Ces nouvelles recommandations adoptées par le Bénin mettent l'accent sur :
 - le dépistage communautaire à travers les unités mobiles de dépistage axé sur certains groupes prioritaires : les déscolarisés, les dockers, les ouvriers, les déplacés, les routiers, les militaires, les populations clés traditionnelles par le Partenariat et la contractualisation avec les ONG spécialisées ;
 - la stratégie du « Test and treat » et « treat all », ou « dépister et traiter » et « traiter tous » indépendamment du taux de CD4 et en prenant en compte les nouvelles lignes thérapeutiques ;
 - la bi-prophylaxie chez les nouveaux nés à haut risque de contamination mère-enfant du VIH ;
 - la révision de l'algorithme du dépistage de la co-infection TB/VIH avec introduction du GeneXpert comme moyen de dépistage plus sensible de la TB chez les PVVIH ;
 - la réalisation de la Charge Virale à 6 et 12 mois de traitement et tous les 12 mois comme moyen de monitoring du traitement ARV ;

- la mise en place de services différenciés visant à réduire le nombre de visite au CS, l'espace-ment des rendez-vous de dispensation des ARV et la délégation des tâches ;
- la prise en charge des co-infections VIH/VHB.
- L'adoption par le Bénin du Plan d'urgence VIH en vue de l'avancée vers les 90 90 90 et de la Déclaration politique sur le VIH/sida de juin 2016 en vue d'accélérer la riposte contre le VIH pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030.
- La Décentralisation et l'intégration progressive de la prise en charge des PVVIH dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires.
- La responsabilisation de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) dans le stockage et la distribution des intrants VIH.
- L'existence d'un partenariat entre les organismes internationaux, les hôpitaux du Nord et certaines structures locales de prise en charge des PVVIH.
- L'existence d'un cadre de formation (cours régional de prise en charge globale des PVVIH à la FSS de Cotonou, cours de Ouagadougou : DIU de prise en charge globale des PVVIH et formations décentralisées par les CIPEC).
- L'implication effective du secteur privé dans la prise en charge des PVVIH et la PTME.

Par ailleurs, le secteur de la santé dispose d'autres atouts dans le domaine de la prise en charge des PVVIH notamment :

- l'existence de laboratoires de suivi biologique (hématologie, biochimie, comptage des CD4) des patients sous ARV dans tous les départements ;
- l'existence de laboratoire pour la quantification de la charge virale dans les 6 anciens départements ;
- l'existence d'un pool de prescripteurs formés ;
- l'existence d'un système de suivi et évaluation ;
- l'harmonisation de schémas thérapeutiques pour la prise en charge des PVVIH par les ARV ;
- l'existence d'équipes pluridisciplinaires composées de : médecins, sages-femmes, infirmiers, biologistes, techniciens de laboratoire, psychologues, assistants sociaux, éducateurs, agents communautaires et médiateurs sur la plupart des sites de prise en charge ;
- la prise en compte dans les quantifications annuelles des ARV de première, deuxième et troisième ligne, des médicaments pour la prévention et le traitement des IO, des réactifs et consommables de laboratoire ;
- la disponibilité de directives pour le suivi biologique ;
- la disponibilité des compteurs conventionnels de CD4 (174 fonctionnels sur l'ensemble du territoire national) ;

- la standardisation des normes pédiatriques ;
- la disponibilité des Kits PTME ;
- l'intégration de la PTME dans les Services de SMNI et la SR ;
- l'acceptation du dépistage systématique du VIH par les femmes enceintes ;
- l'existence d'un programme performant de vaccination qui peut être utilisé pour rattraper les enfants ;
- l'intégration et l'appropriation des activités VIH par les EEZS ;
- l'existence sur certains sites de logiciel de gestion des dossiers médicaux ;
- la définition d'un circuit de collecte des DBS (Dried Blood Spot) par département pour le diagnostic précoce ;
- l'institutionnalisation de la délégation de tâches au personnel paramédical.

3.2. Les faiblesses

Les faiblesses observées sont :

- l'insuffisance de l'intégration des soins de service aux PVVIH dans le paquet d'activités des CS réduisant l'accessibilité géographique aux ARV ;
- la non disponibilité de toutes les formes pédiatriques d'ARV ;
- l'insuffisance de ressources humaines au niveau des sites de prise en charge des PVVIH ;
- la faible intégration du suivi biologique des PVVIH dans les activités des laboratoires des sites de PEC ;
- l'existence de rupture sur les stocks de certains médicaments, notamment ceux liés aux IO ;
- le non respect du cahier de charge par les médiateurs ;
- la faible implication des associations de PvVIH dans le suivi des patients (recherche des perdus de vue et animation des groupes de parole) ;
- l'insuffisance de l'appui nutritionnel ;
- la prise en charge financière de certains actes par les patients, notamment ceux relatifs aux affections opportunistes sévères (Kaposi, toxoplasmose cérébrale par exemple) et à certains effets secondaires tel que le Syndrome de Lyell ;
- la discontinuité dans le fonctionnement des appareils de charge virale ;
- le dysfonctionnement du mécanisme de maintenance des équipements biomédicaux ;
- l'insuffisance dans l'évaluation de la qualité de la prise en charge médicale des PVVIH ;

- la faible documentation de la prise en charge des infections opportunistes ;
- la faible couverture des besoins en ARV des PVVIH (61%) ;
- la gestion et l'exploitation informatique des dossiers médicaux non disponibles dans la plupart des sites ;
- la recherche opérationnelle encore timide ;
- la très faible implication du secteur sanitaire privé surtout dans la PEC pédiatrique ;
- la faible appropriation du Système Unique de Suivi-Évaluation (SUSE) rendant difficile la remontée des données ;
- l'absence de stratégies d'implication des conjoints ;
- l'absence de stratégies d'implication de l'entourage et de la communauté ;
- la mauvaise gestion (mobilité) du personnel formé pour la prise en charge pédiatrique ;
- l'absence de stratégies de rétention du couple mère-enfant ;
- l'insuffisance de pairs éducateurs dans la PTME ;
- le rôle non encore effectif des pairs éducateurs dans la PTME ;
- la non couverture intégrale des sites en médiateurs ;
- le non-respect du circuit du couple mère-enfant.

3.3. Les menaces

- La discontinuité d'offre de services liée aux grèves, aux ruptures d'intrants.
- L'amenuisement des subventions allouées aux interventions VIH.

IV. MISSIONS, OBJECTIFS ET STRATÉGIES

4.1. Missions

Pour corriger les faiblesses identifiées en vue d'atteindre les objectifs des 90-90-90 de l'ONUSIDA, le Ministère de la Santé s'engage à :

- maintenir les PvVIH dans les services de soins et traitement, élément essentiel pour l'atteinte du 3^{ème} 90 ;
- améliorer le suivi du couple mère-enfant.

4.2. Objectifs

- Étendre la PTME à toutes les maternités publiques, privées et confessionnelles ;
- Informatiser le suivi des PvVIH y compris le couple mère-enfant ;
- Améliorer le suivi des enfants nés de mères séropositives.

4.3. Stratégies de rétention des patients sous traitement antirétroviral y compris le couple mère enfant

Les stratégies retenues pour améliorer la rétention des PvVIH dans les sites de prise en charge et de PTME au Bénin tiennent compte du contexte national, de la disponibilité des ressources, de l'implication des agents communautaires, des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Ces différentes stratégies s'appuient sur les bonnes pratiques mises en œuvre aussi bien dans la sous-région (Sénégal, Côte d'Ivoire) qu'au niveau national pour contrer les défis et obstacles liés à l'organisation de la prestation de soins et ceux liés aux personnes recevant un traitement antirétroviral.

Deux stratégies sont retenues : le Suivi Actif des Patients sous ARV (SAPA) et le Suivi Actif du couple Mère-Enfant (SAME).

La première concerne les patients sous ARV (Enfant-Adolescent-Jeunes-Adulte) et la deuxième porte sur la PTME (PvVIH enceinte-accouchée-allaitante ou non et enfant exposé).

4.3.1. Stratégie N° 1 : Suivi Actif des Patients sous ARV (SAPA)

✓ Définition

C'est une stratégie qui consiste à suivre en temps réel la file active des patients sous ARV de manière à identifier de façon précoce les patients absents au rendez-vous et/ou perdus de vue.

✓ Objectif

Maintenir au moins 85% des sujets sous ARV dans la file active après 12 mois de mise sous traitement.

✓ Personnes impliquées

- Secrétaires médicaux
- Assistants sociaux
- Psychologues
- Éducateurs thérapeutiques
- Assistants juristes
- Acteurs communautaires (Médiateurs, associations de PvVIH...)
- Organisations de la Société Civile (OSC)
- Statisticiens
- Agents de santé (Médecins, Sages-femmes, Infirmiers, Nutritionnistes, Biologistes médicaux, Aides soignant...)
- PSLs.

✓ Principales interventions

Niveau	Interventions	Acteurs
Interventions liées au système de soins	Actualisation de la file active du site : mise à jour de la file active du site [Nom, prénoms, adresse, âge, sexe, code, téléphone, statut du patient (traitement en cours, traitement arrêté, sans traitement, perdus de vue, transféré ou décédé) et RDV].	Médecins, Infirmiers SFE, Aides-soignants Médiateurs Secrétaires médicaux Statisticiens
	Élaboration d'une fiche de collecte des données du patient à l'initiation : Nom, prénoms, adresse, âge, sexe, code, téléphone, statut du patient (traitement en cours, traitement arrêté, sans traitement, perdus de vue, transféré ou décédé) et RDV	Médecins, Infirmiers SFE, Aides-soignants Médiateurs, Secrétaires médicaux Statisticiens
	Élaboration d'une liste mensuelle des patients sous TARV avec leur statut actuel	
	Recherche des perdus de vue ou en rupture de traitement (appel téléphonique, VAD, création d'un forum/réseau entre les acteurs d'une même zone sanitaire)	Médecins, Infirmiers SFE, Aides-soignants Médiateurs Associations de PvVIH
	Réintégration des patients PDV retrouvés dans la file active	Médecins, Infirmiers SFE, Aides-soignants Médiateurs, Assistants sociaux Psychologues Éducateurs thérapeutiques Assistants juristes
	Assurer une offre intégrée de services : recherche de co-morbidité TB, VHB, malnutrition	Médecins, Infirmiers SFE, Aides-soignants Médiateurs
	Formation sur site du personnel à l'accueil et à la méthode participative	Médecins, Infirmiers SFE, Aides-soignants Médiateurs Assistants sociaux Psychologues Éducateurs thérapeutiques Assistants juristes
	Délégation et formation des aides et des médiateurs sur le conseil dépistage VIH	Médecins Infirmiers SFE Aides-soignants Médiateurs
Interventions communautaire	Création/animation des groupes de parole : soutien psychologique et aide à la recherche des PDV	Médiateurs Associations de PvVIH Assistants sociaux Psychologues Éducateurs thérapeutiques Agents de santé
	Renforcement de la communication en vue de réduire la stigmatisation des PVVIH : sensibilisation de la population	Assistants Juristes OSC Médiateurs Assistants sociaux Psychologues Agents de santé Associations de PvVIH

4.2. Stratégie N° 2 : Suivi Actif du Couple Mère-Enfant (SAME)

✓ Définition

C'est une stratégie qui consiste en un monitoring de la délivrance d'un paquet minimum de services et soins aux femmes enceintes, allaitantes ou non séropositives et leurs enfants exposés au VIH.

✓ Objectif

Porter à 90% la rétention du couple mère-enfant sur les sites depuis le dépistage de la mère jusqu'à l'âge de 18 mois de vie de l'enfant.

✓ Personnes impliquées

- Secrétaires médicaux
- Assistants sociaux
- Psychologues
- Éducateurs Thérapeutiques du Patient
- Organisations de la Société Civile (OSC)
- Médiatrices
- Statisticiens
- Relais communautaires
- Agents de santé (SFE, Médecins, Infirmiers, Nutritionnistes, Biologistes médicaux, Aides soignant)
- Équipe d'encadrement de Zone Sanitaire (EEZS)
- Élus locaux
- Leaders religieux et traditionnels
- PSLS/CDLS-TP.

➤ Principales Interventions

Niveau	Interventions	Acteurs
Interventions liées au système de soins	Formation des agents <ul style="list-style-type: none"> ✓ Former sur site le personnel des formations sanitaires à l'accueil et à la méthode participative ✓ Former les Aides et Médiateurs sur le Conseil dépistage ✓ Renforcer les capacités des agents non encore formés sur la PTME ✓ Former le pool d'agents restant sur le continuum de soins 	SFE, Médecins, Infirmiers, Nutritionnistes Biologistes médicaux, Aides soignant EEZS
	Délégation aux Aides et Médiateurs le Conseil dépistage VIH	SFE, Médecins Infirmiers Aides-soignants Médiatrices EEZS
	Prise en compte dans les rapports du CODIR, des indicateurs de la PTME	SFE, Médecins, Infirmiers Statisticiens EEZS
	Formalisation et vulgarisation du circuit de la femme enceinte en PTME en tenant compte du niveau de la pyramide sanitaire	EEZS PSLS
	Instauration des réunions de concertation trimestrielle entre les agents de santé et agents communautaires des sites/zone	EEZS Médiateurs Relais communautaires SFE, Médecins Infirmières Aides-soignants
	Renforcer l'intégration de la PTME dans le cadre de concertation départemental (revue)	EEZS Médecins SFE Infirmiers DDS
	Conseils nutritionnels systématiques et Appui nutritionnel aux femmes enceintes sous ARV	Médecins SFE Infirmiers Assistants sociaux OSC
	Renforcement des activités de communication autour de l'ETME (Cinéma Numérique Ambulant, mobilisation sociale, etc.) à l'endroit de la population	PSLS
	Mise en place d'un cadre de collaboration formel entre service de maternité et PEV	EEZS SFE Infirmiers Médecins Aides-soignants
	Informatisation des données de suivi des patientes PTME au niveau des zones	PSLS EEZS Médecins SFE Infirmiers
	Identifier toutes les femmes enceintes séropositives en CPN et en salle d'accouchement	Médecins SFE Infirmiers Aides-soignants
	Faire le suivi du respect des rendez-vous de CPN chez les femmes enceintes séropositives (classer les cartes maternelles en fonction du RDV par mois) sous la supervision de la SFE/Infirmières	Médecins SFE Infirmiers Aides-soignants Médiateurs
	Identifier les femmes et les enfants perdus de vue ou en rupture de traitement	Aides-soignants Médiateurs
	Rechercher les perdus de vue : appels téléphoniques, visites à domicile	
Monitorer régulièrement les indicateurs de la PTME collectés dans le DHIS2	SFE, Infirmiers, Statisticiens, EEZS	

Interventions communautaires	Mise en œuvre effective de la recherche active des PDV en impliquant les acteurs communautaires et les associatifs	Associations Pairs éducateurs Médiateurs Éducateurs Thérapeutiques du Patient
	Rendre fonctionnel le cadre de concertation entre les mairies et les bureaux de zone (Conseil Communal de Lutte contre le VIH/Sida)	Élus locaux OSC EEZS PSLS
	Mise en place effective de l'éducation par les pairs dans la PTME	EEZS PSLS
	Création et dynamisation des groupes de parole	Éducateurs Thérapeutiques du Patient Psychologues Assistants sociaux Assistants juristes Médecins SFE, Infirmiers Aides-soignants Médiateurs
	Implication des leaders d'opinion et les mass-médias sur la PTME en insistant sur le rôle du conjoint	Elus locaux OSC Leaders traditionnels et religieux EEZS CDLS TP PSLS

V. SUIVI ET ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES

5.1. Stratégie N° 1 : Suivi Actif des Patients sous ARV

5.1.1. Indicateurs de processus

Périodicité de calcul : semestrielle

N°	Indicateurs	Mode de calcul
	▪ Le Nombre de PDV	
	▪ Le nombre de PDV revenu dans la File Active	
	▪ Nombre de liste mensuelle de PDV disponible	
	▪ Le nombre de PVVIH ayant bénéficié de la Charge Virale	
	▪ Le nombre de PVVIH dont la Charge Virale est supprimée	
	▪ Pourcentage de PVVIH ayant bénéficié de la charge virale les 6 derniers mois	
	▪ Pourcentage de PVVIH dont la Charge Virale est supprimée les 6 derniers mois	

5.1.2. Indicateurs d'effet

N°	Indicateurs	Mode de calcul
	▪ Le Taux de PDV durant les 6 derniers mois	<u>numérateur</u> : nombre de PDV durant les 6 derniers mois ; <u>dénominateur</u> : nombre de patients sous ARV (inclus les PDV(s) durant les 6 derniers mois).
	▪ Taux de rétention des patients sous TARV à 6 mois	
	▪ Taux de rétention des patients sous TARV à 12 mois	

5.2. Stratégie N° 2 : Suivi Actif du Couple Mère-Enfant (SAME)

5.2.1. Indicateurs de processus

Périodicité de calcul : semestrielle

N°	Indicateurs	Mode de calcul
	Proportion de femmes enceintes ayant été initiées aux ARV par rapport au nouvelles dépistées positives sur le site	
	Nombre d'Aides et de Médiateurs/trices formés sur le Conseil dépistage et exerçant sur le site	
	Le pourcentage agents formés sur la PTME exerçant sur le site	

	Nombre de pairs éducateurs formés et exerçant sur site/communauté	(à préciser par mois)
	Nombre de femmes enceintes sous ARV ou femmes enceintes ayant accouché ayant bénéficié d'un appui nutritionnel dans le semestre	
	Nombre de séance de groupes de parole dans le semestre	
	Nombre réunions de concertation entre les agents de santé et communautaires des sites/ zone dans le semestre	
	Pourcentage de femmes ayant accouché sous protocole ARV	
	Proportion de femmes enceintes ayant été initiées aux ARV par rapport au nouvelles dépistées positives sur le site	
	Nombre d'Aides et de Médiateurs/trices formés sur le Conseil dépistage et exerçant sur le site	
	Pourcentage agents formés sur la PTME exerçant sur le site	
	Nombre de pairs éducateurs formés et exerçant sur site/communauté	(à préciser par mois)

5.2.2. Indicateurs d'effet

N°	Indicateurs	Mode de calcul
	Pourcentage de femmes enceintes sous ARV ayant bénéficié de la charge virale au 3 ^{ème} trimestre de la grossesse	<u>Numérateur</u> : nombre de femmes enceintes sous ARV ayant réalisé leur charge virale au 3 ^{ème} trimestre de la grossesse (avant accouchement) ; <u>Dénominateur</u> : nombre de femmes enceintes ayant démarré les ARV au cours de leur Grossesse et devant bénéficié de charge virale avant accouchement.
	Taux de PDV (couple mère-enfant) ¹ retrouvés et réintégrés dans le système de soins par semestre	<u>Numérateur</u> : nombre de couple mère-enfant retrouvés et réintégrés dans le système de soins dans le semestre ; <u>Dénominateur</u> : nombre de couple mère-enfant identifiés absents aux rendez vous (PDV) de PCR 6 à 8 semaines.
	Taux de rétention du couple mère-enfant sous ARV	<u>Numérateur</u> : nombre de couple mère-enfant suivi régulièrement jusqu'à 18 mois ; <u>Dénominateur</u> : nombre total de femmes séropositives sous ARV.
	Pourcentage d'enfant ayant bénéficié de diagnostic précoce (6 à 8 semaines de vie)	
	Pourcentage d'enfants ayant bénéficié d'une sérologie à 18 mois	

5.3. Les sources de vérifications

Les sources de vérifications de ces indicateurs sont :

- les rapports mensuels et semestriels de collecte de données ;
- les registres (TARV, Registres de consultations, registres de dispensations, registres PTME) ;

¹- est considérée comme perdue de vue en PTME, toute femme en retard d'un mois sur la date du RDV de suivi (ARV, CPN, PCR, sérologie de l'enfant à 18 mois).

- les rapports des réunions tenues ;
- les rapports d'activité des médiateurs/trices (registres et fiche synthèse) ;
- les dossiers de patients sous ARV.

5.4. Conditions de réussite

L'implication des autorités locales, des communautaires, des EEZS et des associations de PVVIH dans les différentes interventions est une condition nécessaire pour la réussite de la mise en œuvre des deux stratégies. En dehors de cela on peut y ajouter :

- le bon remplissage régulier des registres et la tenue à jour des outils de collecte ;
- la disponibilité permanente des dossiers de patients sur tous les sites ;
- la motivation et l'engagement des prestataires et agents communautaires impliqués ;
- l'implication effective des EEZS à travers la tenue de supervisions et autres mesures de contrôle de la bonne tenue des interventions ;
- l'élaboration des calendriers d'activités selon des périodicités claires et connues de tous les acteurs ;
- le bon accueil réservé aux patients par les agents de santé et agents communautaires ;
- l'appui financier pour la mise en œuvre des stratégies ;
- offre de service continu et de bonne qualité.

5.5. Mobilisation de ressources

La mise en œuvre de ces stratégies nécessite la mobilisation de ressource à différents niveaux :

- au niveau des Formations sanitaires : les interventions pourront être financées sur fonds propres ou fonds communautaires des formations sanitaires ;
- au niveau des Mairies : on peut recourir aux fonds propres et partenariats extérieurs avec l'appui des structures décentralisées du CNLS-TP en vue de faire des plaidoyers ;
- au niveau des OSC (Organisations des sociétés civiles) : plaidoyers à l'endroit des Fondations, organismes et associations qui appuient le secteur pour le financement des interventions ;
- au niveau des PTF : le plaidoyer.

RÉFÉRENCES

1. EGPAF - Côte d'Ivoire/2011. Améliorer la qualité des services de traitement du VIH afin d'accroître la rétention dans les soins et traitement.
2. Document de réflexion par le Bureau Régional de UNICEF-WCARO-Section VIH/2014 : rôle de la communauté dans l'eTME-Démarche méthodologique de la mise en œuvre.
3. Progrès dans la mise en œuvre des stratégies à base communautaire et d'autres stratégies d'amélioration de l'observance du traitement ARV/2013 : expériences en RDC, au Lesotho, au Malawi, au Mozambique, en Afrique du Sud et au Zimbabwe.
4. République d'Haiti/MSPP/PNLS/Août 2014 : rapport de l'enquête de rétention des patients sous traitement ARV/Détermination des indicateurs d'alerte précoce.
5. République du Cameroun/CNLS/2016 : rétention des malades sous traitement ARV 12 mois après l'initiation.
6. République du Bénin/MS/ZS ZOBOZA : expérience de recherche active des perdues de vue dans le cadre de la PTME 2016-2017.
7. République du Bénin/MS/ZS Ab SoAva : expérience de recherche active des perdues de vue dans le cadre de la PTME 2016-2017.
8. République du Bénin/MS/ZS Malanville-Karimama : expérience de recherche active des perdues de vue dans le cadre de la PTME 2016-2017.
9. Rapport monitoring PSL S1 et S2 2017.
10. Rapport ESDG 2017.
11. Rapport étude Survie 2017.
12. Document de Normes et Procédures de la prise en charge des PvVIH au Bénin édition 2016.



TABLE DES MATIÈRES

Sigles et abréviations	5
I. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU BÉNIN.....	7
II. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) AU BÉNIN Y COMPRIS LA PTME	8
2.1. HISTORIQUE	8
2.2. ORGANISATION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE LA PTME	9
III. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE LA PTME	10
3.1. LES FORCES	10
3.2. LES FAIBLESSES	12
3.3. LES MENACES	13
IV. MISSIONS, OBJECTIFS ET STRATÉGIES	14
4.1. MISSIONS	14
4.2. OBJECTIFS	14
4.3. STRATÉGIES DE RÉTENTION DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL Y COMPRIS LE COUPLE MÈRE ENFANT	14
V. SUIVI ET ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES	20
5.1. STRATÉGIE N°1 : SUIVI ACTIF DES PATIENTS SOUS ARV	20
5.2. STRATÉGIE N° 2 : SUIVI ACTIF DU COUPLE MÈRE-ENFANT (SAME)	20

5.3. LES SOURCES DE VÉRIFICATIONS	21
5.4. CONDITIONS DE RÉUSSITE	22
5.4. CONDITIONS DE RÉUSSITE	22
5.5. MOBILISATION DE RESSOURCES	22
RÉFÉRENCES	23
Table des matières	25

Conception graphique et maquette :
Les Éditions du Flamboyant & Communications, 2018
Courriel : leseditionsflamboyant@yahoo.fr
08 BP 271
Cotonou - République du Bénin

