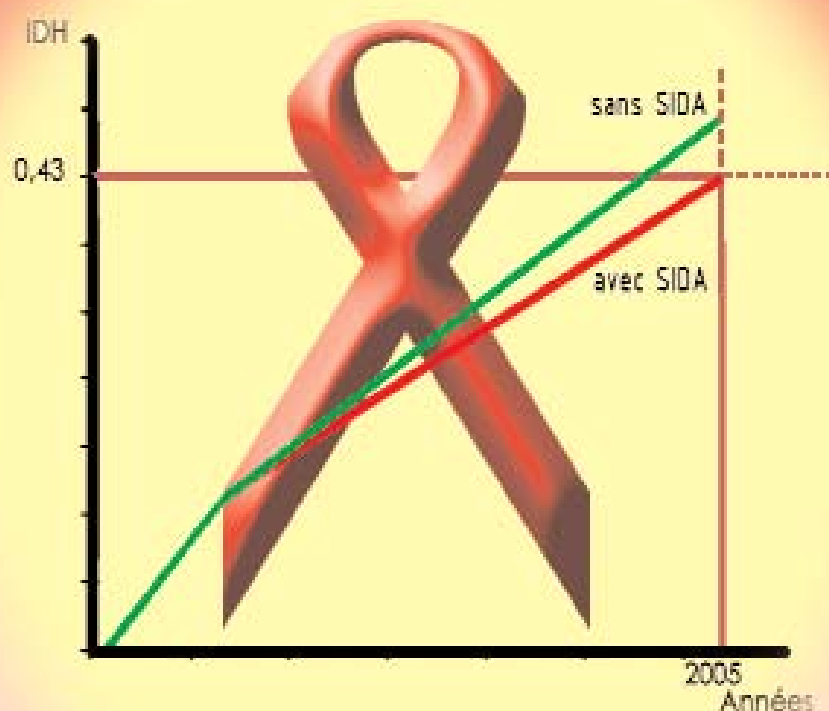


# Rapport sur le Développement Humain au Bénin

## 2005

### VIH/SIDA et Développement Humain

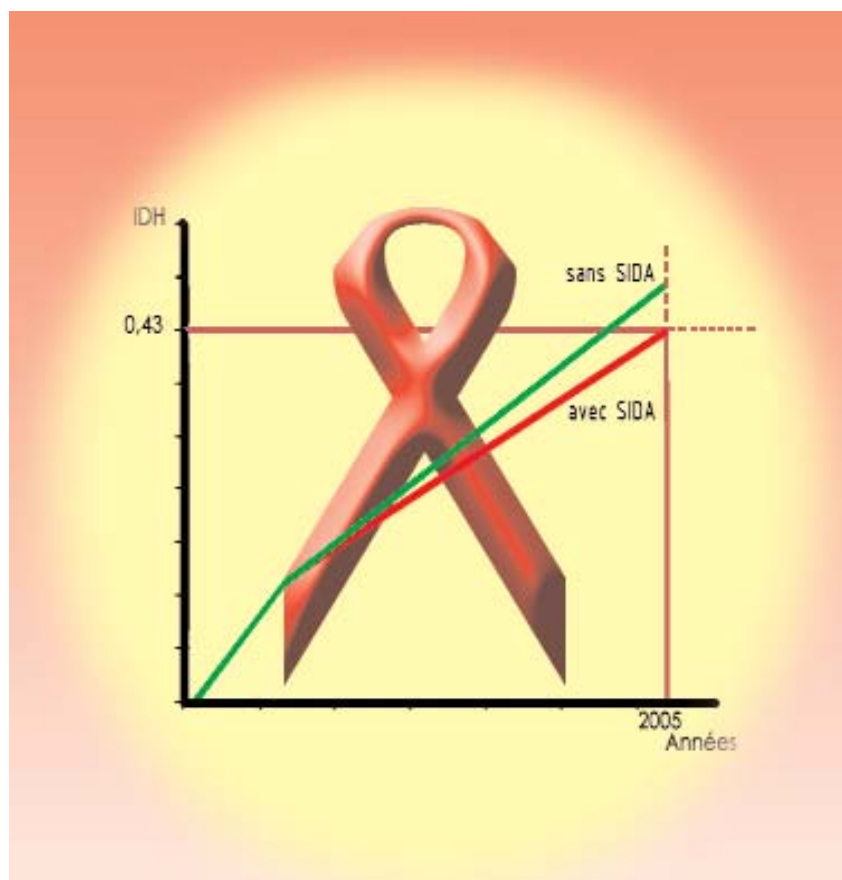


République du Bénin

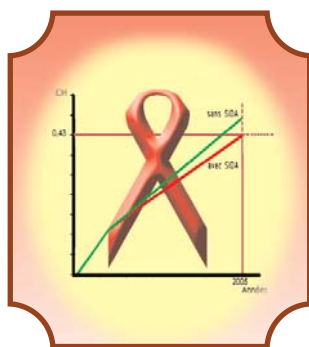


Programme des Nations Unies  
pour le développement

## NOTE EXPLICATIVE DE LA FIGURE DE COUVERTURE



*La figure de la couverture évoque une inflexion de la courbe (verte) d'évolution de l'indicateur de développement humain (IDH) du fait essentiellement de l'impact du VIH/SIDA sur l'espérance de vie à la naissance. Ainsi, l'IDH du Bénin continue d'augmenter, mais moins vite (courbe rouge) en raison, entre autres, de l'épidémie du VIH/SIDA.*



# Rapport sur le Développement Humain au Bénin

2005

*VIH / SIDA*

*et*

*Développement Humain*



République du Bénin



Programme des Nations Unies  
pour le développement

## Copyright © 2005

Le Gouvernement de la République du Bénin  
et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)

Les analyses et les recommandations contenues dans le présent Rapport ne reflètent pas nécessairement les idées du Gouvernement du Bénin ou du PNUD. Ce Rapport est le fruit de la collaboration entre des Experts, des Consultants, des Conseillers éminents et des membres de l'équipe du Projet d'appui à l'élaboration des Rapports Nationaux sur le Développement Humain (RNDH) et à la diffusion du concept du Développement Humain Durable (DHD) désigné sous l'appellation "Projet RNDH".

Il peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu, ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, du Gouvernement béninois et du PNUD. Par ailleurs, les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le Rapport n'engagent que la responsabilité de ces derniers.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part du Gouvernement du Bénin, du PNUD ou du Projet RNDH, aucune prise de position quant au statut juridique des territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs limites.

La mention d'institutions, d'organismes, de formations sanitaires ou autres, d'ONG, d'entreprises ou de produits commerciaux ne signifie pas que ces structures ou produits commerciaux sont agréés ou recommandés, de préférence à d'autres, par le Gouvernement, le PNUD ou le Projet RNDH.

### *Adresse du Projet RNDH :*

Projet RNDH, au quartier Jonquet, Immeuble "Espace DINA" abritant la Direction Nationale de l'Alphabétisation et de l'Education des Adultes (DNAEA).

Tél. : + 229 21 31 15 67

Fax: + 229 21 31 57 86 (S/C PNUD)

## MEMBRES DE L'ÉQUIPE CHARGÉE DE L'ÉLABORATION DU RAPPORT NATIONAL SUR LE DÉVELOPPEMENT HUMAIN (RNDH)-2005

Equipe d'élaboration du Rapport National sur le Développement Humain (RNDH) édition 2005 sous la supervision	
du Ministre du Développement, de l'Economie et des Finances (MDEF)	et du Représentant Résident du PNUD-Bénin
Pascal Irénée Koupaki	Edith Gasana

et sous la direction technique	
des cadres du Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances (MDEF)	et des responsables du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)-Bénin
Rigobert Laourou	Mikiko Sasaki
Jules Ahodékon	Idrissa Diagne
Latifou Soumanou	Corneille Agossou
Mathias Pofagi	Agbodji Jacques Houensou

Personnes Ressources du Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances (MDEF)		Personnes Ressources du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	
Louis Kamoyédji	Martine B. Adéloui	Michel Ahohounkpanzon	Alain Akpadji
Médard D. Padonou	Hospice Sèclondé	Ousséini Gado	Alphonse Guèdèmè

Participation à la Rédaction		Participation à la Relecture	
Agbodji J. Houensou	Médard D. Padonou	Mikiko Sasaki	Latifou Soumanou
Latifou Soumanou	Martine B. Adéloui	Idrissa Diagne	Valentine Kiki F. Médégan
Georges L. Ossé	Gibril Martin	Corneille Agossou	Eric Abiassi
Valentin A. Glèlè	Lazare Hoton	Agbodji Jacques Houensou	Adolphe C. Kpatchavi
Marie-Odile Attanasso	Osséni Alladji	Lazare Hoton	Jonathan Amègningan
Clément Ahoussinou	Mathurin Loubégnon	Janvier Alofa	Léon Lègba
Eric Abiassi	Alexandre Biaou	Mbella Ngongi	Victor Trougnin
Maxime Ahotondji	Rodolph Missinhoun	Barthélémy Biao	Osséni Alladji
Rafiou Lawani	Afissou Yessoufou	Yamina Chakkar	Aliou Salifou
		Marie-Odile Attanasso	Félix Agbla
		Françoise M. Alodjogbé	Gabriel Dégbègni
		Godfried Johnson	Abel Gbètoénonmon
			Léchildia de Souza

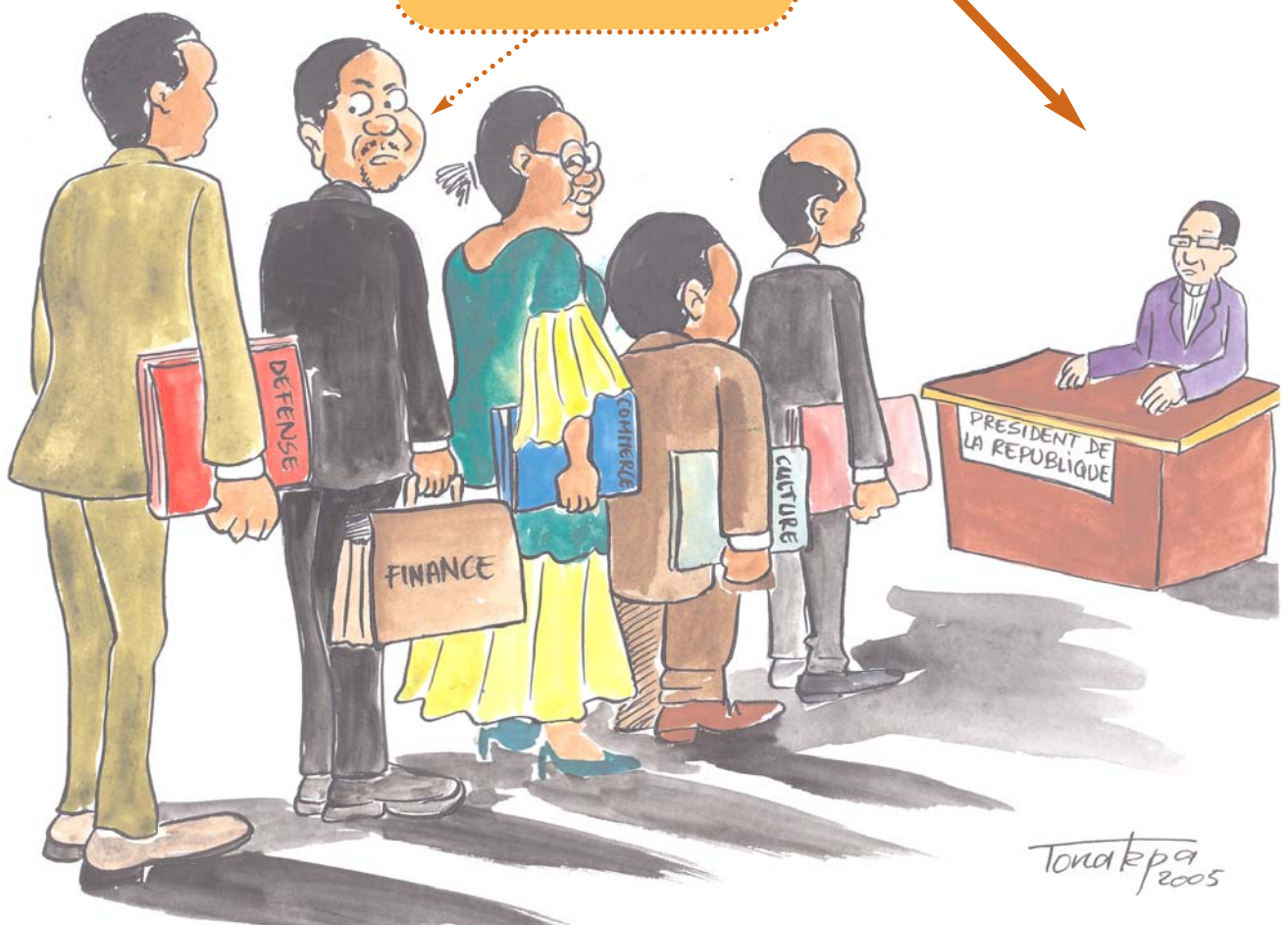
Membres de l'équipe du Projet RNDH			
Directrice Nationale	Chargé du Projet	Expert Statisticien	Secrétaire Comptable
Martine B. Adéloui	Georges L. Ossé	Gibril Martin	Tadjou Din Sidi Ali
Distribution	Stagiaire		
Cyriaque Bodonon	Carmelle S. M. Sèkloka		

Institutions et structures ayant contribué à l'élaboration du RNDH 2005			
MDEF	MSP	CNLS	PNLS
PNUD	OMS	RÉBAP+	FASEG/UAC
FASEG/UP	ONUSIDA	PASNALS	Cellule NEX / MDEF
CEFRED	DPS / MDEF	BHAPP	Fonds Mondial

Moi au moins, mon Ministère a pu faire quelque chose, mais c'est loin d'être suffisant, il faut plus de moyens.

En tout cas, je vous ai débloqué tous les fonds nécessaires pour mener une bonne défense contre le SIDA.

Il y a trois ans que j'ai doté chacun de vos Ministères d'un budget conséquent pour la création de cellules de lutte contre le VIH/SIDA. Voici venue l'heure du bilan.



# Sommaire

Liste des sigles et abréviations.....	ix
Liste des graphiques.....	xi
Liste des encadrés.....	xi
Liste des tableaux.....	xii
Préface.....	xvii
Remerciements.....	xix
La voix des personnes vivant avec le VIH au Bénin.....	xxiii
Vue d'ensemble .....	xxv
<b>Introduction générale</b>	
De la lutte contre le VIH/SIDA à la préservation du potentiel de développement humain durable (DHD).....	1
<b>Chapitre 1</b>	
L'évolution du VIH/SIDA s'explique-t-elle par le faible niveau du développement humain ? .....	9
1.1. La problématique des conséquences du sous-développement humain sur la propagation de l'épidémie .....	10
1.2. La faiblesse du niveau du développement humain en tant que facteur d'aggravation de l'épidémie.....	14
1.3. Les dimensions du développement humain influant sur le VIH/SIDA .....	40
1.4. Conclusion partielle.....	54
<b>Chapitre 2</b>	
Le VIH/SIDA influence-t-il le niveau du développement humain ?.....	57
2.1. L'évolution de l'indicateur du développement humain avec et sans SIDA.....	58
2.2. Les comportements sexuels et l'exposition à l'infection par le VIH.....	67
2.3. L'impact de la lutte contre le VIH/SIDA sur le développement humain.....	84
2.4. Conclusion partielle.....	105

## **Chapitre 3**

### **Les actions de la lutte contre le VIH/SIDA dans la perspective du développement humain.....107**

- 3.1. Les performances du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA par rapport au DHD.....108
- 3.2. L'analyse du processus du développement humain par rapport aux objectifs de la lutte contre le VIH/SIDA .....139
- 3.3. Les performances globales de la lutte contre le VIH/SIDA par rapport au développement humain.....163
- 3.4. Conclusion partielle.....171

## **Conclusion générale**

### **Vers une meilleure réponse intégrant les préoccupations du développement humain.....173**

### **Références bibliographiques.....177**

### **Annexe 1 : Lexique des termes clés ..... 179**

### **Annexe 2 : Méthodes et données..... 185**

### **Annexe 3 : Description du processus d'élaboration du RNDH 2005..... 199**

### **Table des matières.....199**



## Liste des sigles et des abréviations

AWP	Annual Work Plan (Plan d'Action Annuel)
BAD	Banque Africaine de Développement
BADEA	Banque Arabe pour le Développement Economique de l'Afrique,
BHAPP	Benin HIV AIDS Prevention Project
BID	Banque Islamique de Développement,
BSS	Behaviour Surveillance Survey
CAPE	Cellule d'Analyse de Politique Economique
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CDC	Center of Disease Control and Prevention
CDT	Centre de Dépistage de la Tuberculose
CEFORP	Centre de Formation et de Recherche en matière de Population
CEFRED	Centre d'Etudes, de Formation et de Recherche en Développement
CIC	Centre d'Information et de Conseil
CIPEC	Centre d'Information, de Prospective et de Conseils
CNDLP	Commission Nationale pour le Développement et la Lutte contre la Pauvreté
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CPAP	Country Programme Action Plan
CPD	Country Programme Document (Document de Programme de Pays)
DCRE	Direction de la Coordination des Ressources Extérieures
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DHD	Développement Humain Durable
DNP	Directeur National du Projet
DNPS	Direction Nationale de la Protection Sociale
DPI	Direction de la Programmation des Investissements
DPS	Direction de la Planification Stratégique
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ELISA	Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay
EDSB2	Enquête Démographique et de Santé – deuxième édition
ESC	Enquête de Surveillance des Comportements
ESCB-1	Première Enquête de Surveillance des Comportements à risque d'infection par le VIH/SIDA/IST du Bénin
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FASEG	Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
FHI	Family Health International
HAAC	Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication
IDH	Indicateur de Développement Humain
IEC	Information, Education, Communication
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IPF	Indicateur de Participation des Femmes
IPH	Indicateur de Pauvreté Humaine
ISDH	Indicateur Sexospécifique de Développement Humain
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MCPD	Ministère Chargé de la Planification et du Développement
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladie Sexuellement Transmissible

MYFF	Multi-Year Funding Framework (Cadre pluriannuel de Financement)
NEX	National Exécution
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OCS	Observatoire du Changement Social
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA
OPEP	Fonds de l'Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole
ORTB	Office des Radiodiffusion et Télévision du Bénin
OSV/JORDAN	Organisation Santé et Vie / Jordan
PACOB	Projet d'Appui aux Communes du Borgou
PAG	Programme d'Action du Gouvernement
PASNALS	Projet d'Appui à la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles
PDC	Plan de Développement des Communes
PEC	Prise En Charge
PNLS/IST	Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPLS	Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA
PROSAF	Projet Intégré de Santé Familiale dans le Borgou
PS	Professionnel du Sexe
PVVIH	Personne Vivant avec le virus du VIH
RéBAP+	Réseau Béninois des Associations des PVVIH
RNDH	Rapport National sur le Développement Humain
ROBS	Réseau des ONG Béninoises de Santé
RPR	Rapid Plasma Reagin
SDTS	Service Départemental de Transfusion Sanguine
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNTS	Service National de Transfusion Sanguine
SP/CNLS	Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA
SSA	Special Service Agreement
SSER	Service de Surveillance Epidémiologique et de Recherche
TPHA	Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URNET	Réseau Universitaire de Recherche
USAID	United States of America Agency for International Development (Agence des Etats Unis pour le Développement International)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Liste des graphiques

<b>Graphique 2.1. :</b> L'évolution de l'IDH en présence de la réponse béninoise avec et sans VIH/SIDA	59
<b>Graphique 2.2. :</b> Les proportions d'individus ayant leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	72
<b>Graphique 2.3. :</b> La répartition des PVVIH selon le sexe	76
<b>Graphique 2.4. :</b> Les mesures de protection selon la connaissance du VIH/SIDA	76
<b>Graphique 2.5. :</b> La répartition des PVVIH selon l'âge et le sexe	77
<b>Graphique 2.6. :</b> Le statut de pauvreté selon le niveau d'instruction	78

## Liste des encadrés

<b>Encadré 0.1. :</b> Le VIH/SIDA est à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté et du sous-développement humain	2
<b>Encadré 0.2. :</b> Le VIH/SIDA menace le capital humain au niveau des ménages et du pays	3
<b>Encadré 0.3. :</b> Les RNDH complètent les DSRP et les Rapports sur les OMD	4
<b>Encadré 0.4. :</b> Le PNUD réfléchit sur l'interdépendance entre le VIH/SIDA et le DHD	5
<b>Encadré 0.5. :</b> Des marges de manoeuvre existent pour changer l'évolution du VIH/SIDA et celle du développement humain au Bénin	7
<b>Encadré 0.6. :</b> Les RNDH prônent une responsabilisation accrue des groupes cibles	8

<b>Encadré 1.1. :</b>	
Le témoignage d'un séropositif exclu de la famille par sa mère	32
<b>Encadré 1.2. :</b>	
Une proposition méthodologique pour la détermination des degrés de priorité des stratégies dans la perspective du développement humain : un exemple	55
<b>Encadré 1.3. :</b>	
La genèse d'une association de personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	56
<b>Encadré 2.1. :</b>	
Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA identifiés en 2001	85
<b>Encadré 2.2. :</b>	
Une approche pour apprécier le niveau et l'évolution de l'épidémie du VIH/SIDA au Bénin	86
<b>Encadré 2.3.(a). :</b>	
La malnutrition et le SIDA au Bénin	91
<b>Encadré 2.3.(b). :</b>	
La malnutrition et le SIDA au Bénin	92
<b>Encadré 2.4. :</b>	
L'indicateur d'impact du VIH/SIDA sur le développement humain (IIVDH)	94
<b>Encadré 2.4. :</b>	
L'indicateur d'impact du VIH/SIDA sur le développement humain (IIVDH) (suite)	95
<b>Encadré 3.1. :</b>	
Les conditions de prise en charge des PVVIH	121

## Liste des tableaux

<b>Tableau 0.1. :</b>	
L'IDH dans les communes en 2004. La prévalence du VIH en 2001 pour les communes et en 2003 pour les départements	xxxiv
<b>Tableau 1.1. :</b>	
L'indicateur du développement humain et ses composantes en 2003	15
<b>Tableau 1.2. :</b>	
L'évolution de l'indicateur de développement humain et la prévalence du VIH dans le monde en 2003	16

<b>Tableau 1.3. :</b> L'évolution de l'indicateur de développement humain au Bénin	18
<b>Tableau 1.4. :</b> Les écarts entre l'IDH des hommes et l'IDH des femmes en 2004	20
<b>Tableau 1.5. :</b> Le développement humain selon le sexe par département en 2004	20
<b>Tableau 1.6. :</b> L'indice de l'espérance de vie et la prévalence du VIH en 2004	22
<b>Tableau 1.7. :</b> L'indice d'instruction en 2004	24
<b>Tableau 1.8. :</b> Le revenu selon le genre en 2004	26
<b>Tableau 1.9. :</b> Le revenu en 2004 et l'incidence de pauvreté en 2002	27
<b>Tableau 1.10. :</b> Les revenus et les dépenses moyens annuels des ménages des PVVIH et des non-PVVIH (en FCFA)	28
<b>Tableau 1.11. :</b> La répartition des revenus (en FCFA) des ménages des PVVIH selon les groupes d'âge	28
<b>Tableau 1.12. :</b> La prévalence estimée chez les professionnelles du sexe (PS) selon les anciens départements en 2004	29
<b>Tableau 2.1. :</b> Les indicateurs du BSS-Bénin 2001-2005	64
<b>Tableau 2.2. :</b> La répartition des enquêtés selon le groupe cible	68
<b>Tableau 2.3. :</b> La répartition des enquêtés selon le groupe cible et le sexe	68
<b>Tableau 2.4. :</b> La répartition des enquêtés selon le groupe cible, le groupe d'âge et la ville	69
<b>Tableau 2.5. :</b> La répartition des enquêtés selon le groupe cible et le groupe d'âge	70

<b>Tableau 2.6. :</b> La répartition des enquêtés selon le groupe cible, le groupe d'âge et le milieu de résidence	70
<b>Tableau 2.7. :</b> L'âge aux premiers rapports sexuels	72
<b>Tableau 2.8. :</b> La répartition par commune et groupe d'âge suivant l'utilisation du condom avant le mariage	73
<b>Tableau 2.9. :</b> Le statut de pauvreté selon le sexe	78
<b>Tableau 2.10. :</b> L'échantillon de l'enquête sur les 3 communes	79
<b>Tableau 2.11. :</b> L'estimation des coûts liés à la prise en charge d'un enfant orphelin du VIH/SIDA (en FCFA)	80
<b>Tableau 2.12 (a). :</b> La cartographie des interventions de lutte contre les IST-VIH/SIDA au Bénin	82
<b>Tableau 2.12 (b). :</b> La cartographie des interventions de lutte contre les IST-VIH/SIDA au Bénin	83
<b>Tableau 3.1. :</b> La contribution du Fonds Mondial à la lutte contre le VIH/SIDA (en pourcentage)	136
<b>Tableau 3.2. :</b> La contribution du Gouvernement à la lutte contre le VIH/SIDA (en pourcentage)	137
<b>Tableau 3.3. :</b> Les communes ayant inscrit la sensibilisation sur l'existence ou le mode de transmission du VIH dans leurs PDC	152
<b>Tableau 3.4. :</b> Les communes ayant inscrit la sensibilisation sur les aspects culturels et les moyens de prévention du VIH dans leurs PDC	153
<b>Tableau 3.5. :</b> Les communes ayant inscrit la sensibilisation sur les signes cliniques, les CDV et la PEC globale dans leurs PDC	156

<b>Tableau 3.6. :</b> Les communes ayant inscrit des actions spécifiques de lutte contre le VIH/SIDA dans leurs PDC	159
<b>Tableau 3.7.(a). :</b> La synthèse des appréciations des actions de lutte contre le VIH/SIDA	162
<b>Tableau 3.7.(b). :</b> La synthèse des appréciations des actions de lutte contre le VIH/SIDA	163
<b>Tableau 3.7.(c). :</b> La synthèse des appréciations des actions de lutte contre le VIH/SIDA	164
<b>Tableau 3.7.(d). :</b> La synthèse des appréciations des actions de lutte contre le VIH/SIDA	165
<b>Tableau 3.8.(a). :</b> L'appréciation du domaine 1 relatif au cadre institutionnel	166
<b>Tableau 3.8.(b). :</b> L'appréciation du domaine 2 relatif à la prévention de la transmission sexuelle du VIH	167
<b>Tableau 3.8.(c). :</b> L'appréciation du domaine 3 relatif à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	168
<b>Tableau 3.8.(d). :</b> L'appréciation du domaine 4 relatif à la prévention de la transmission du VIH par voie sanguine	168
<b>Tableau 3.8.(e). :</b> L'appréciation du domaine 5 relatif à la promotion de l'utilisation des préservatifs	169
<b>Tableau 3.8.(f). :</b> L'appréciation du domaine 6 relatif à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)	169
<b>Tableau 3.8.(g). :</b> L'appréciation du domaine 7 relatif à la prise en charge des PVVIH	170
<b>Tableau 3.8.(h). :</b> L'appréciation du domaine 8 relatif à la recherche biomédicale et à la surveillance des comportements	171
<b>Tableau 3.8.(i). :</b> L'appréciation globale de la réponse béninoise contre le VIH/SIDA	172

<b>Tableau A.0. :</b> L'échantillon de prélèvement par rapport à la population testée	186
<b>Tableau A.1. :</b> La situation démographique en 2002 des individus âgés de 10 à 45 ans	191
<b>Tableau A.2. :</b> L'échantillon dans les trois communes	191
<b>Tableau A.3. :</b> L'espérance de vie en 2002 par département et selon le genre	193
<b>Tableau A.4. :</b> L'indice d'espérance de vie en 2002	193
<b>Tableau A.5. :</b> L'indice d'instruction en 2004	193
<b>Tableau A.6. :</b> La scolarisation en 2004	193
<b>Tableau A.7. :</b> L'alphabétisation en 2004	194
<b>Tableau A.8. :</b> L'indice du PIB en 2004	194
<b>Tableau A.9. :</b> Le revenu en 2004	194
<b>Tableau A.10. :</b> Les valeurs minimales et maximales pour le calcul de l'IDH	194
<b>Tableau A.11. :</b> Les déterminants de l'utilisation du préservatif	195
<b>Tableau A.12. :</b> L'incidence de la pauvreté par département et par milieu de résidence	197
<b>Tableau A.13. :</b> Les indices de pauvreté selon le genre et le niveau d'instruction du chef de ménage	198





## Préface

Monsieur Kofi A. Annan, Secrétaire Général des Nations Unies, a déclaré, dans le quatrième Rapport mondial du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA que, "*... la pandémie du SIDA est l'un des plus graves problèmes auxquels notre génération est confrontée*". Il a reconnu par la même occasion que "*... le SIDA est une urgence mondiale d'un type nouveau, une menace sans précédent pour le développement humain, qui exige une action et un engagement soutenus et à long terme*".

Déjà, le premier Rapport mondial sur le développement humain, paru en 1990, invitait à apprécier le développement au-delà des agrégats macroéconomiques classiques. En effet, à la place de ces agrégats, le concept du *développement humain durable (DHD)* positionne l'épanouissement des individus comme finalité du développement. En affectant le développement humain, le VIH/SIDA remet en cause un paradigme qui met l'être humain au centre des préoccupations.

Le paradigme du développement humain a été élargi en 1994 à celui du *développement humain durable (DHD)* pour mieux souligner la nécessité de ne pas compromettre les chances des générations futures à travers les choix et les comportements des générations présentes. Il a également inspiré les *objectifs du millénaire pour le développement (OMD)* et devrait, par conséquent, être considéré comme *un autre modèle possible de développement* et un guide pour atteindre les OMD en général et le sixième des OMD en particulier (Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies). Les OMD indiquent les cibles à viser tandis que le DHD explique la problématique et précise les stratégies, méthodes et procédés pour les atteindre. Le DHD est donc le fondement duquel la lutte contre le VIH/SIDA, en tant qu'objectif important des OMD, peut puiser un dynamisme complémentaire et vital, notamment pour mieux préserver la contribution du *capital social* à la lutte contre le VIH/SIDA.

Malgré les efforts importants déployés contre cette pandémie, la communauté scientifique et les décideurs ne parviennent pas toujours à infléchir son évolution dans le monde ni ses conséquences sur le développement humain. Aussi, la présente édition du Rapport national sur le développement humain (RNDH) tente-t-elle de faire ressortir des enseignements essentiels pour mieux appréhender le problème. Elle met en avant des analyses fondées sur la perspective du DHD et susceptibles de mieux éclairer le combat contre le VIH/SIDA.

Soucieux d'assurer les meilleures bases possibles au développement socio-économique, le Gouvernement du Bénin a élevé la lutte contre le SIDA au rang des objectifs prioritaires dans son Programme d'Action du 28 juillet 2001. Ce combat contre le VIH/SIDA entre dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et comprend des actions spécifiques qui sont abordées dans le présent document.

Sans la pandémie du VIH/SIDA, les conditions de vie des populations étaient déjà assez précaires. Leurs possibilités, assez limitées, progressaient de façon tendancielle vers des améliorations relativement perceptibles. Néanmoins, peu d'entre elles avaient la possibilité de vivre longtemps et en bonne santé ; en moyenne, l'espérance de vie est de 59,2 ans<sup>1</sup>. La prévalence du VIH reste au niveau de 2% au Bénin depuis 2001 (elle est de 2,1% en 2005), mais le nombre annuel des infections augmente de façon préoccupante.

Avec le SIDA, il ressort que, des trois principales dimensions du DHD que sont la longévité, l'instruction et le niveau de vie, la plus affectée négativement est la longévité qui aurait dû être de 63,2 ans en 2002 selon les estimations faites, au lieu de 59,2 ans comme l'indique le RGPH3.

Le présent Rapport propose des réponses appropriées à la situation actuelle. Il fait également ressortir que l'utilisation de certains principes du *développement humain durable (DHD)* est nécessaire pour assurer l'efficacité de la réponse stratégique au VIH/SIDA. L'édition 2005 du RNDH n'a pas pour prétention d'aborder tous les aspects de la problématique "*VIH/SIDA et DHD*", mais vise surtout à attirer l'attention nationale sur la menace qui pèse sur le développement humain du Bénin et à impulser la prise de conscience nationale sur la nécessité d'une réponse plus soutenue, appropriée et suffisante face à l'évolution du VIH/SIDA et à celle du développement humain au Bénin.



**Pascal I. Koupaki**

Ministre du Développement,  
de l'Economie et des Finances



**Edith Gasana**

Représentant Résident  
du Programme des Nations Unies  
pour le développement

---

<sup>1</sup> L'espérance de vie des béninois est de 59,2 ans en 2002 selon le RGPH3.

## Remerciements

---

Le Rapport national sur le développement humain (RNDH) du Bénin-édition 2005, a été élaboré avec le concours précieux et la participation active de plusieurs personnes morales ou physiques.

### SUPERVISION TECHNIQUE ET FACILITATION

L'équipe du RNDH, dirigée par Madame **Martine B. Adéloui**, Directrice Nationale du Projet, adresse ses sincères remerciements, particulièrement à Son Excellence Monsieur **Pascal I. Koupaki**, Ministre du Développement, de l'Economie et des Finances (MDEF) et à Madame **Edith Gasana**, Représentant Résident du PNUD au Bénin, qui ont jugé opportun d'assurer le transfert progressif du processus d'élaboration des RNDH et la promotion du concept du DHD à une structure nationale.

L'équipe du projet remercie également Monsieur **Jules Ahodékon**, Secrétaire Général de l'ex-Ministère Chargé de la Planification et du Développement (MCPD) et Madame **Mikiko Sasaki**, Représentant Résident Adjoint du PNUD Bénin, qui n'ont ménagé ni effort, ni temps pour veiller à un heureux aboutissement du Rapport. Qu'ils trouvent ici l'expression de la gratitude de l'équipe.

Elle remercie par ailleurs Messieurs **Rigobert Laourou**, Directeur de Cabinet de l'ex-MECPD, **Moukadamou Allougin**, Directeur de la Coordination des Ressources Extérieures (DCRE), **Mathias Pofagi**, Chef du service des études de stratégies et d'évaluation des performances à la Direction de la Planification Stratégique (DPS), **Louis Kamoyédji**, Responsable de la Cellule NEX et **Corneille Agossou**, Assistant au Représentant Résident du PNUD, qui ont apporté appui, facilitation, soutien technique, encouragements et conseils à l'équipe du RNDH tout au long des investigations. Elle leur en est très reconnaissante.

L'équipe du RNDH fait une mention spéciale de la grande sollicitude, du soutien et de l'éclairage dont elle a amplement et constamment bénéficié auprès de Monsieur **Jacques Agbodji Houensou**, Chargé de programme et Conseiller en développement humain durable (DHD) au PNUD. Sans son suivi quotidien, son engagement personnel et constant, et son égide rassurant, la parution du RNDH 2005 n'aurait pas été possible. Il a supervisé l'élaboration de ce Rapport avec un dévouement remarquable.

L'équipe du Projet n'oublie pas Monsieur **Médard Padonou**, Responsable chargé du suivi-évaluation à la Cellule de suivi-évaluation des projets et programmes du système des Nations Unies à exécution nationale (NEX) qui a accompagné de près l'équipe tout au long de ses activités. Il a été un interlocuteur toujours disponible, notamment dans les moments les plus délicats.

Elle remercie enfin le Médecin Lieutenant-Colonel **Rafiou Lawani**, Responsable de l'unité de lutte contre le VIH/SIDA des Forces Armées Béninoises (FAB), pour sa contribution très appréciable à la rédaction du présent Rapport.

L'équipe n'oublie pas les opératrices et opérateurs de saisie pour leur détermination et esprit de sacrifice, ainsi que les personnes ressources qui les ont encadrés.

Une mention honorable est faite au Réseau Béninois des Associations des PVVIH (RéBAP+) pour sa précieuse contribution à la réalisation de l'enquête «Meilleure connaissance des PVVIH et des malades du SIDA» et à l'élaboration du Rapport.

## **CONTRIBUTIONS**

Plusieurs études de base ont été réalisées sur différents aspects spécifiques de la lutte contre le VIH/SIDA et du développement humain et ont été exploitées et complétées par les membres de l'équipe du projet RNDH.

De même, nombreuses institutions et entités ont généreusement partagé avec l'équipe les résultats de leurs recherches et les informations dont elles disposaient. C'est le cas du Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS), du Programme national de lutte contre le SIDA et les IST (PNLS), du Projet plurisectoriel de lutte contre le SIDA (PPLS), du Ministère de la Santé Publique (MSP), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du projet SIDA3, du Programme commun des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA (ONUSIDA), des Forces armées béninoises (FAB) et du PNUD.

Par ailleurs, il convient de noter que le Rapport national sur le développement humain du Bénin-édition de 2005, a tiré profit des informations statistiques publiées par l'Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE) et d'autres sources telles que les Rapports de l'ONUSIDA, de la Banque mondiale (BM) et du Fonds monétaire international (FMI).

L'équipe de rédaction exprime sa sincère gratitude aux membres :

- de l'Unité d'appui du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies ;
- du Benin HIV AIDS Prevention Program (BHAPP) ;
- du Projet d'appui à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le SIDA (PASNALS) ;
- du Projet d'appui à l'opérationnalisation des objectifs du millénaire pour le développement et du document de stratégie de réduction de la pauvreté (OMD/DSRP) ;

qui lui ont souvent été d'un grand secours dans divers domaines par leurs nombreux conseils.

### COMITE DE LECTURE ET AUTRES LECTEURS

Des lecteurs de divers horizons et sensibilités ont également formulé des remarques et suggestions pertinentes tout au long du processus d'élaboration du rapport. L'équipe du projet RNDH exprime sa gratitude à **Valentine Fagla Mèdégan, Adolphe Kpatchavi, Jonathan Amègningan, Léon Lègba, Victor Trougnin, Osséni Alladji, Louis Kamoyédji, Latifou Soumanou, Médard Padonou, Hospice Sèclondé, Mikiko Sasaki, Corneille Agossou, Agbodji Jacques Houensou, Michel Ahohounkpanzon, Janvier Alofa, Aliou Salifou, Lazare Hoton, Barthélémy Biao, Odile Attanasso, Françoise Alodjogbé, Abel Gbètoénonmon, Mbella Ngongi, Yamina Chakkar, Félix Agbla, Gilbert Mèdjè, Godfried Johnson, Gabriel Dégbègni, Joël Houdégbé, ...**

### ASSISTANCE ADMINISTRATIVE, COMPTABLE ET LOGISTIQUE

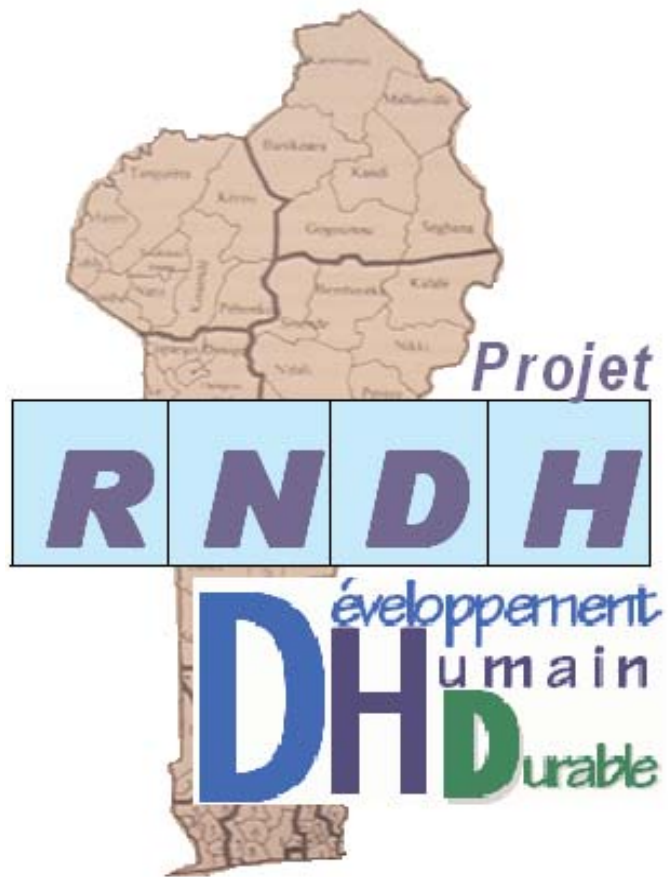
Au niveau du bureau du PNUD, l'assistance administrative nécessaire à l'élaboration du Rapport a été assurée par **Pierre Codjo Seignon et son équipe**.

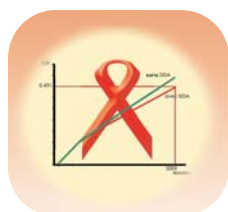
A tous, les membres de l'équipe d'élaboration expriment leurs remerciements.



**Martine B. Adéloui**

*Directrice Nationale  
du Projet RNDH*





## La voix des personnes vivant avec le VIH au Bénin

Le Rapport national sur le développement humain (RNDH), édition 2005, est un créneau idéal pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) d'exprimer leur reconnaissance à toutes les personnes physiques et morales qui aident le Réseau béninois des associations des PVVIH (RéBAP+) dans l'accomplissement de sa mission. Grâce à leur concours, le réseau a pu installer douze associations sur toute l'étendue du territoire national, au cours de l'année 2005. Il a également mis en place des comités départementaux qui gèrent au quotidien les préoccupations des malades de chaque département.

Au cours de l'année 2005, l'action du RéBAP+ a permis à toutes les associations de PVVIH de bénéficier des appuis financiers de la Banque mondiale d'un montant de 36.035.869 FCFA pour leur fonctionnement. Il convient également de porter à la connaissance du public que le RéBAP+ est reconnu sur le plan international, ce qui permet à ses membres d'effectuer des voyages d'échanges d'expériences avec les personnes atteintes par le VIH dans les autres pays du monde. Tous ces acquis ont été effectifs grâce à l'appui technique et financier des partenaires au développement, en l'occurrence, la Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le développement et l'ONUSIDA. Les concours de ces partenaires sont de qualité et nécessaires pour la poursuite des activités du RéBAP+.

Le RéBAP+ souhaite que l'Unité d'appui du Fonds mondial élève davantage le niveau de la participation des PVVIH à la gestion des projets ou activités qu'elle finance. Il souhaite également qu'elle l'appuie financièrement pour son fonctionnement.

Il importe par ailleurs d'affirmer que la personne vivant avec le VIH/SIDA est une personne valide dont la capacité d'entreprise et de créativité n'est nullement émoussée par la maladie. Sur cette base, il est indiqué que les projets afférents au domaine du SIDA

*... la personne vivant avec le VIH/SIDA est une personne valide dont la capacité d'entreprise et de créativité n'est nullement émoussée par la maladie.*

prévoient des postes d'emploi aux PVVIH. De même, il est nécessaire que le rôle des PVVIH dans la lutte contre le VIH/SIDA ne se limite pas aux témoignages à visage découvert, mais s'élargisse à d'autres responsabilités dans la réponse opposée à l'épidémie.

Le RéBAP+ profite de cette occasion pour exprimer toute sa gratitude au Programme mondial pour l'alimentation (PAM) qui a pris en charge, sur le plan nutritionnel, 2400 personnes vivant avec le VIH. Nous pensons que le PAM étendra ses actions, dans un avenir proche, aux orphelins et enfants vulnérables (OEV).



**Comlan Houessou**  
*Président du RéBAP+*





## Vue d'ensemble

# Le VIH/SIDA et le développement humain durable

Les différents rapports national et mondial sur le développement humain abordent les préoccupations prioritaires relatives à toute situation menaçante pour le développement humain durable (DHD) en tenant compte des spécificités des pays concernés. Pour le Bénin, compte tenu des difficultés actuelles du pays, le thème choisi pour l'édition de 2005 est "VIH/SIDA et développement humain durable (DHD)". Si le VIH/SIDA est un problème qui devrait aller au-delà des aspects pathologiques pour s'intégrer dans une approche plus globale de mise en oeuvre du développement humain durable, comment réorienter les interventions pour plus d'efficacité ? Pour répondre à une telle préoccupation, le présent Rapport analyse l'impact que le VIH/SIDA pourrait avoir sur la longévité, l'instruction et les conditions d'existence au Bénin. Il examine l'interdépendance entre le VIH/SIDA et le DHD qui appelle une analyse dans deux sens opposés. Le premier sens consiste à apprécier dans quelle mesure un faible niveau de développement humain peut faciliter l'émergence et l'évolution du VIH/SIDA. Autrement dit, une insuffisance importante des possibilités de l'être humain peut-elle l'exposer davantage à l'infection à VIH ? Le second sens, qui est opposé au premier, permet d'appréhender l'impact que le VIH/SIDA a sur les choix des individus et sur leur épanouissement au sein de leurs communautés.



### I. L'évolution du VIH/SIDA s'explique-t-elle par le niveau de développement humain du pays ou par la qualité de la prise en compte ou non des principes du développement humain ?

Le VIH détruit les systèmes immunitaires des individus, les rendant plus vulnérables à diverses infections, au SIDA et à leurs conséquences socioéconomiques. Au Bénin, sa prévalence, qui était de 0,3% en 1990 a évolué de manière exponentielle jusqu'en 2001 avant de se stabiliser à 2% depuis 2002. En 2005, on estime la prévalence du VIH à 2,1%, contre 2% en 2004. Une telle stabilisation, peut trouver sa justification dans l'évolution du niveau de développement humain ou dans la qualité de la prise en compte de principes spécifiques de l'approche du DHD. Il convient de distinguer "le développement tout court" perçu comme étant la modernisation de l'environnement institutionnel et physique, et "le développement humain durable" qui est une quête volontariste et soutenue de l'épanouissement des individus des générations présentes et futures.

*Il convient de distinguer "le développement tout court" perçu comme étant la modernisation de l'environnement institutionnel et physique, et "le développement humain durable" qui est une quête volontariste et soutenue de l'épanouissement des individus des générations présentes et futures*

**... les infrastructures de communication, qui facilitent le développement et les échanges commerciaux, favorisent également, en leur état actuel (sans mesures suffisantes de prévention et d'information), la circulation et la transmission du VIH**

Pour évaluer les conséquences du niveau de développement humain au Bénin sur la prévalence du VIH, il est possible de comparer, au plan intra-pays, l'indicateur du développement humain (IDH) et la prévalence du VIH au niveau des subdivisions administratives, notamment les départements, les communes ou les villes. Il serait tout à fait plausible de partir de l'hypothèse que les subdivisions ou localités du pays à IDH élevé soient également celles qui ont les prévalences du VIH les plus faibles. Cette analyse serait moins intéressante au niveau des départements qu'à celui des communes, car ces dernières ont un effectif statistiquement plus intéressant. Les communes les plus touchées par le VIH sont également celles qui ont les IDH les plus élevés, notamment Cotonou (IDH = 0,620 ; prévalence du VIH = 2,4%), Porto-Novo (IDH = 0,624 ; prévalence du VIH = 2,7%) et Parakou (IDH = 0,579 ; prévalence du VIH = 6,4%).

Les communes les plus fréquentées par les groupes ou populations mobiles sont plus touchées que les autres et la prévalence du VIH est plus faible à mesure qu'on s'éloigne des grandes voies de circulation routière. Elle est pratiquement nulle à Karimama (0,0%) et à Ouinhi (0,0%), faible à Bantè (0,2%), à Pèrèrè (0,3%) et à Matéri (0,4%), communes qui sont plus éloignées des grands centres urbains où la prévalence du VIH peut dépasser 2%, notamment Natitingou (2,9%), Parakou (6,4%), Aplahoué (4,5%), Dogbo (3,6%), Cotonou (2,4%), Comè (5,2%) et Porto-Novo (2,7%). Ces localités se situent généralement non loin des grands axes routiers et des milieux urbanisés. Tout se passe comme si les infrastructures de communication qui facilitent le développement et les échanges commerciaux, favorisent également, en leur état actuel (sans mesures suffisantes de prévention et d'information), la circulation et la transmission du VIH. Le constat ici est que le VIH/SIDA emprunte aussi les mêmes voies que la modernisation des infrastructures et la dynamisation des échanges socioéconomiques. Cette situation montre la pertinence de la quête d'un type particulier de développement exempt de l'épidémie du VIH/SIDA et d'autres phénomènes indésirables.

La corrélation apparente entre IDH élevé et forte prévalence ne conduit pas à déduire qu'un IDH élevé favorise l'épidémie. Elle aiguise plutôt l'intérêt pour une analyse plus approfondie, notamment au niveau des conséquences du DHD sur l'épidémie du VIH/SIDA. En effet, l'IDH est un indicateur synthétique qui englobe la longévité, l'instruction et le niveau de revenu. Cependant, il serait plus judicieux de voir dans quelle mesure chacune de ces dimensions essentielles du DHD affecte l'évolution du VIH/SIDA.

En ce qui concerne la longévité, qui est mesurée à l'aide de l'espérance de vie à la naissance, il ne semble pas pertinent de rechercher ou de s'attendre à une quelconque conséquence qu'elle pourrait avoir sur le VIH/SIDA. C'est plutôt l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA sur l'espérance de vie qui sera abordé dans la section suivante. Il s'ensuit qu'en termes d'impact ou d'effets du DHD sur l'évolution du VIH/SIDA, il faut s'en tenir aux conséquences de facteurs tels que les niveaux d'instruction et de revenu des populations.

Le niveau d'instruction s'est révélé être un déterminant puissant, susceptible d'influencer le niveau et l'évolution du VIH/SIDA. Les investigations menées

dans le cadre du présent Rapport ont montré aussi bien des éléments d'inquiétude que des aspects positifs dans la relation qui s'établit entre le niveau d'instruction et celui du VIH/SIDA.

S'agissant des éléments préoccupants de cette relation, il a été noté, entre autres, que l'éducation formelle ou non formelle peut entraîner plus de mobilité et d'interaction sociales, notamment au niveau des jeunes. Il apparaît aussi qu'un meilleur niveau d'instruction, pour être anti-VIH, doit nécessairement être accompagné d'informations suffisantes et permanentes sur le VIH/SIDA, ses modes de transmission et les moyens pour éviter l'infection.

En effet, les départements où la prévalence du VIH est inférieure à 1% sont au nombre de cinq. En leur sein, le Borgou a le plus faible indice d'instruction (0,348). Dans les deux départements (Atacora et Donga) où la prévalence est comprise entre 1 et 2%, la Donga affiche à la fois la prévalence la plus forte (1,2%) et l'indice d'instruction le plus élevé (0,398). Parmi les départements ayant une prévalence supérieure à 2%, le Couffo enregistre à la fois la prévalence la plus forte (3,3%) et un des indices d'instruction les plus faibles du pays (0,372). En revanche, on trouve également dans ce groupe le Littoral qui affiche à la fois un des indices d'instruction les plus élevés (0,741) et une des prévalences du VIH les plus fortes (3,2%).

Le lien entre le niveau d'instruction et la prévalence du VIH n'est pas perceptible à partir de ces données, probablement à cause de l'effet différé de l'instruction sur les comportements. Toutefois, les enquêtes de surveillance des comportements ont clairement montré que les personnes les plus instruites sont également les plus réceptives aux messages de sensibilisation, ce qui influence positivement les comportements sexuels.

L'analyse de l'indice d'instruction, selon le genre confirme le fait que l'instruction touche plus les garçons que les filles. Cet indice est partout plus élevé chez les garçons. Par exemple, dans les départements à forte prévalence (supérieure à 2%), le département du Couffo est en bas de classement avec un indice d'instruction de 0,372 et une répartition selon le sexe très défavorable aux filles (0,275) par rapport aux garçons (0,474). L'indice le plus élevé de cette catégorie est celui du Littoral (0,741) réparti à raison de 0,823 pour les garçons et 0,653 pour les filles. Il s'ensuit que les jeunes filles, parce qu'elles sont moins instruites que les garçons, sont également moins réceptives des messages de conscientisation contre le VIH/SIDA. Ainsi, même si les zones où l'instruction est relativement plus élevée correspondent globalement à celles où la prévalence du VIH est plus forte, il apparaît très clairement qu'un bon niveau d'instruction est nécessaire pour mieux faire face à la progression de l'épidémie, notamment au sein des jeunes filles. Cela est confirmé par le constat fait au niveau des professionnelles du sexe qui comptent parmi elles, une part importante d'analphabètes (57%). Ces femmes, notamment les moins instruites, sont également plus exposées à des sollicitations en vue de comportements risqués au regard des offres parfois alléchantes d'une catégorie de clients qui exigent des rapports sexuels non protégés.

En ce qui concerne l'impact du niveau de revenu sur le VIH/SIDA, quelques constats permettent de se faire une bonne idée de la situation. Comme pour le

**... un bon niveau d'instruction est nécessaire pour mieux faire face à la progression de l'épidémie, notamment au sein des jeunes filles**

***Les investigations ont révélé qu'un niveau de revenu plus élevé, mais sans conscientisation suffisante des populations, peut entraîner une prévalence plus élevée du VIH***

***Trois sur cinq filles déscolarisées en apprentissage sont parfois confrontées en fin de la période de formation aux difficultés financières pour faire face aux charges liées aux cérémonies d'obtention du parchemin***

niveau d'instruction, l'impact du niveau de revenu est double avec un effet positif et des conséquences négatives. Les investigations ont révélé qu'un niveau de revenu plus élevé, mais sans conscientisation suffisante des populations, peut entraîner une prévalence plus élevée du VIH. En même temps, un revenu plus élevé permet aux jeunes femmes de résister aux sollicitations risquées et aux décideurs de mieux organiser la lutte contre le VIH/SIDA et de prendre en charge les personnes infectées ou affectées.

En effet, au Bénin, les périodes de récoltes et de commercialisation du coton correspondent à des périodes d'intensification des activités sexuelles en dehors des ménages. Les producteurs de coton qui obtiennent leurs revenus sollicitent les services des professionnelles du sexe. Cela revient à dire que, sans mesures appropriées, notamment l'information et la sensibilisation, l'amélioration du niveau de revenu peut favoriser la propagation du VIH/SIDA. Ce constat surprenant mérite des approfondissements car il va à l'encontre des préjugés.

Mais en réalité, le problème est plus complexe car il faut associer cet état de chose au différentiel de revenu et d'éducation qui existe entre les hommes et les femmes. Autrement dit, l'amélioration des revenus et de l'instruction n'est pas, à elle seule, suffisante pour éviter la propagation du VIH/SIDA, notamment si elle coïncide avec l'existence d'inégalités importantes entre hommes et femmes, tant au plan du revenu qu'à celui de l'éducation. Les indicateurs de développement humain font ressortir que la pauvreté humaine touche près de la moitié de la population béninoise (48,9% pour le Bénin en 2003). Une telle situation, combinée avec des différentiels d'instruction et de revenu entre les hommes et les femmes et entre les différentes localités, est un facteur générateur des comportements à risque. Ainsi, les jeunes filles scolarisées pauvres (3,4%) sont plus fortement tentées par des comportements à risque dans la recherche des frais d'écolage ou d'acquisition de fournitures scolaires. Trois sur cinq filles déscolarisées en apprentissage sont parfois confrontées en fin de la période de formation aux difficultés financières pour faire face aux charges liées aux cérémonies d'obtention du parchemin. Dans la recherche des solutions possibles, les intéressées adoptent des comportements sexuels à risque favorables à la propagation de l'épidémie (deux sur trois d'entre elles n'exigent pas le port de préservatif de leurs partenaires).

En outre, près de la moitié des professionnelles du sexe enquêtées (48%) affirment qu'elles pratiquent la prostitution pour subvenir à leurs propres besoins. Cependant, plus de la moitié (52%) d'entre elles exercent cette activité pour subvenir aux besoins de leurs enfants et parents. La recherche du revenu peut induire des comportements sexuels à risque. Par exemple, une prostituée est appelée à subvenir régulièrement aux besoins de deux autres personnes en plus d'elle-même. De même, environ une prostituée sur quatre (24%) a au moins trois autres personnes à charge.

Ainsi, c'est le développement mal mené qui, en s'accommodant d'inégalités importantes entre les sexes et de séparations trop longues des travailleurs de leurs familles (par exemple les routiers), favorise la propagation de l'épidémie. Or, le développement humain durable exclut les inégalités de genre et les situations qui précarisent le bien-être et l'épanouissement des personnes des pôles de développement, d'où la réduction de la propagation de l'épidémie.



## II. Le VIH/SIDA affecte-t-il le niveau du développement humain du pays ?

Comparé à celui des autres pays subsahariens durement affectés par le VIH/SIDA, l'IDH du Bénin est faible. Selon le Rapport mondial sur le développement humain édition 2005, il se situe à un niveau de 0,431 contre 0,515 pour l'ensemble des pays au sud du Sahara. Ceci s'explique essentiellement par le bas niveau de l'instruction et du revenu des ménages au Bénin. L'analyse des résultats de l'enquête RNDH 2005 montre que le niveau de développement humain est différencié suivant les départements. On y distingue les départements dont les IDH sont supérieurs à 0,5 qui est le niveau des pays à IDH intermédiaire. Le Littoral, qui s'identifie à la commune de Cotonou, a un IDH égal à 0,620. La prévalence du VIH en 2004 y est également plus élevée (3,2%) que la moyenne nationale (2%). Le Littoral est suivi, par ordre décroissant, des départements de l'Ouémé (3,1%) et du Mono (2,4%) avec des IDH respectivement de 0,527 et 0,510.

On distingue également les départements dont les IDH sont supérieurs à la moyenne nationale (0,467) sans atteindre le niveau de 0,5. Il s'agit de la Donga (0,471), de l'Atlantique (0,475) et des Collines (0,497). En comparant ces indicateurs avec ceux de la prévalence du VIH, il en ressort qu'il existe une corrélation positive entre eux mais pas nécessairement une relation de cause à effet. Les Collines ont une prévalence faible (0,3%), le plus bas niveau au Bénin avec un IDH positivement appréciable au regard des performances des autres départements. En revanche, la Donga et l'Atlantique ont connu une prévalence du VIH très différenciée, respectivement 1,2% et 2,6% pour un niveau d'IDH presque semblable.

Enfin, viennent les départements dont les IDH sont inférieurs à la moyenne nationale. Leur situation tire le niveau de développement humain du Bénin vers le bas. Il s'agit de l'Alibori (0,405), de l'Atacora (0,417), du Zou (0,436), du Borgou (0,439), du Plateau (0,445) et du Couffo (0,446). A l'exception du Couffo qui a une prévalence du VIH élevée (3,0%), les autres départements ont une prévalence faible. Le cas du Couffo mérite des investigations plus fines permettant de comprendre ce niveau de prévalence particulièrement élevé dans le groupe des départements dont l'IDH est inférieur à la moyenne nationale.

Ces comparaisons ne permettent pas d'établir que le VIH/SIDA affecte le niveau de développement des départements. Au contraire, elles tendent à faire correspondre les départements à prévalence élevée du VIH à ceux qui ont les IDH les plus élevés. Cela appelle des analyses plus fines à des niveaux moins agrégés et des plans plus individuels.

Les indicateurs de développement humain moins synthétiques que l'IDH sont l'espérance de vie, le taux de scolarisation, le taux d'alphabétisation ou encore le niveau de revenu. L'hypothèse la plus plausible est que le VIH/SIDA affecte négativement tous ces indicateurs spécifiques. Mais, de tous ces indicateurs, le plus affecté semble être l'espérance de vie à la naissance.

**... la Donga et l'Atlantique ont connu une prévalence du VIH très différenciée respectivement 1,2% et 2,6% pour un niveau d'IDH presque semblable**

Cet indicateur est le plus utilisé pour mesurer de façon globale la santé des populations dans les analyses sur le développement humain. Il s'agit donc d'un indicateur bien établi au niveau duquel on note d'ailleurs d'importantes caractéristiques selon le sexe. Pendant plusieurs années, l'espérance de vie des populations béninoises à la naissance, estimé en 2002 à 61,25 ans pour les femmes et à 57,18 ans pour les hommes (INSAE-TBS, 2002), a constamment contribué à classer le Bénin parmi les 20 derniers pays les moins développés dans le monde.

Il faut noter l'importance écrasante de la jeunesse comme une caractéristique importante de la population béninoise puisqu'elle est composée de plus de 50% de personnes ayant moins de 16 ans. Ceux qui ont moins de 55 ans constituent la quasi-totalité de la population. Le VIH/SIDA, qui s'attaque de façon plus sensible à la durée de la vie humaine et qui affecte plus les jeunes et les femmes, aura par conséquent un impact considérable sur l'espérance de vie du Bénin et sur le niveau de son indicateur de développement humain.

Cela devient de plus en plus perceptible dans les statistiques sanitaires puisque l'espérance de vie qui représentait 38,1% de l'IDH en 1999, ne contribue que pour 33,9% en 2002. A cela, il faut ajouter que la probabilité pour les individus de mourir avant l'âge de 40 ans a augmenté considérablement, passant de 29,7 pour la période 1995-2000 à 34,6 pour la période 2000-2005.

Il y a donc une tendance baissière sensible des gains possibles en matière d'espérance de vie des populations béninoises. Autrement dit, l'espérance de vie à la naissance qui, selon l'INSAE, est passé de 54,2 ans en 1992 à 59,2 ans en 2002 aurait pu avoir une évolution plus heureuse si la santé des populations avait été meilleure, surtout si le SIDA n'avait pas fait des victimes.

Même s'il est difficile d'attribuer cette évolution sanitaire à la seule épidémie du VIH/SIDA, il faut reconnaître qu'elle coïncide avec une augmentation de plus en plus grande du nombre d'infections à VIH. En effet, le nombre des infections continue d'augmenter pendant que la prévalence calculée en pourcentage semble se stabiliser. Cela semble indiquer que le nombre des infections augmente d'environ 3% chaque année depuis que la prévalence du VIH s'est stabilisée.

Au plan individuel, la situation apparaît plus évidente. En effet, un individu infecté néglige ou perd l'envie de poursuivre son instruction personnelle puisqu'il estime que son espérance de vie se trouve considérablement réduite. Dans le cas, par exemple, d'un adulte infecté qui avait l'habitude de procéder au renforcement de ses capacités intellectuelles par des formations ou par l'achat des revues spécialisées, il a tendance à investir toutes ses ressources dans les soins médicaux au détriment de l'instruction. Lorsqu'il a des enfants en âge scolaire, il arrive souvent qu'il préfère investir pour sauver ou prolonger sa vie au lieu d'investir dans la scolarisation des enfants. Dans le cas où l'adulte ou le chef de ménage infecté décède, la scolarisation des orphelins et enfants vulnérables devient incertaine même dans les ménages d'accueil. Il est observé dans les zones à forte prévalence du VIH, une réticence des parents proches

***Bien que la prise en charge médicale soit gratuite, les frais des soins relatifs aux maladies opportunistes incombent toujours aux malades***

des personnes mortes du SIDA (2%) à adopter des orphelins et enfants vulnérables (OEV) du fait des dépenses supplémentaires qu'occasionne la prise en charge de ces enfants victimes de l'épidémie. De ces considérations, il ressort que le VIH/SIDA influence négativement l'instruction.

Par ailleurs, la présence d'une personne vivant avec le VIH dans un ménage contribue à amenuiser le niveau de revenu. En 2005, le revenu moyen annuel d'un ménage est de 398.417 FCFA au Bénin et celui d'un ménage dont le chef est une personne infectée par le VIH avoisine 182.571 FCFA. Ce niveau de revenu d'un ménage affecté sert à couvrir tous les besoins du ménage ainsi que les soins du malade sur le plan des médecines moderne et traditionnelle. Bien que la prise en charge médicale soit gratuite, les frais des soins relatifs aux maladies opportunistes incombent toujours aux malades.



### **III. Les résultats des actions de lutte menées jusqu'ici contre le VIH/SIDA sont insuffisants. Les politiques et stratégies de développement socioéconomique et de lutte contre l'épidémie devraient mettre plus l'accent sur les principes du DHD.**

Les efforts déployés jusqu'ici pour lutter contre l'épidémie, sans être négligeables, n'ont pas produit les effets escomptés, car les comportements sexuels à risque n'ont pas sensiblement régressé, faisant de plus en plus de victimes. La nature très expansive du VIH/SIDA nécessite qu'une réponse nationale plus ambitieuse soit apportée à la lutte contre cette épidémie.

La réponse béninoise au VIH/SIDA intègre progressivement la prise en charge nutritionnelle, psycho-sociale et éducative des personnes infectées ou affectées par le VIH. L'intégration des principes du "DHD", permettra de rendre plus autonomes les PVVIH qui bénéficient actuellement d'une prise en charge gratuite, car la perspective du développement humain met en avant la dignité, l'autonomie financière et la créativité des individus. Il ne faut pas perdre de vue que le VIH/SIDA ébranle déjà les capacités, les possibilités et les libertés des personnes infectées. Il faut donc des dispositions nouvelles et franches pour éviter d'aggraver ces conséquences du VIH en déniaut aux victimes du VIH toute capacité d'autonomisation.

Par ailleurs, le Bénin traduit progressivement dans ses politiques le fait que l'épidémie du VIH/SIDA est un problème de développement. Cette préoccupation ressort dans le document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), dans le deuxième programme d'action du Gouvernement (PAG2) 2001, dans quelques plans de développement communaux (PDC) récemment élaborés et même dans le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST). Il s'agit d'un progrès par rapport à une vision récente qui considérait cette maladie incurable uniquement comme un problème de santé. Dans ces documents de référence en matière de politique de développement et de lutte contre le VIH/SIDA, l'accent est de plus en plus mis sur la multisectorialité de la problématique du

*Des évaluations plus régulières de la prévalence du VIH et de ses conséquences sur le développement humain doivent être considérées comme des instruments importants pour assurer un bon suivi et une coordination plus forte, plus cohérente, plus complète et plus efficiente des interventions de lutte contre le VIH/SIDA*

**... l'amélioration du niveau d'instruction, des conditions de vie des populations, de la couverture géographique en programmes locaux et en infrastructures de lutte contre le VIH/SIDA, de la fréquence et du contenu des émissions radiophoniques relatives au VIH/SIDA et de l'implication des communautés à la base dans la prise en charge des PVVIH sont des actions pouvant contenir la propagation du VIH/SIDA**

VIH/SIDA. Cela dénote d'un progrès dans la pensée qui ne considérait que les conséquences du VIH/SIDA sur la force productive du pays. Cette dernière vision est certes pertinente, mais elle reste trop limitative par rapport au concept du développement humain durable (DHD). Au-delà de ces évolutions récentes, la réussite de la réponse du Bénin face au VIH/SIDA dépend, entre autres :

1. du suivi et de la prévention des comportements à risque ;
2. de la capacité des autorités locales et nationales à mobiliser la société civile, le secteur privé, le secteur de l'audiovisuel et de la communication, la chefferie traditionnelle, etc. ;
3. de la priorité accordée aux individus et aux groupes les plus exposés qui doivent être les premiers à bénéficier des subventions et autres facilitations mises en œuvre dans une prise en charge plus intégrative et plus globale de l'infection à VIH ;
4. de la pleine fonctionnalité des institutions en charge de la lutte contre le VIH/SIDA.

Des évaluations plus régulières de la prévalence du VIH et de ses conséquences sur le développement humain doivent être considérées comme des instruments importants pour assurer un bon suivi et une coordination plus forte, plus cohérente, plus complète et plus efficiente des interventions de lutte contre le VIH/SIDA. Elles permettront de mieux juger de la pertinence des stratégies d'incitation au changement de comportements, à un meilleur ciblage des groupes et des localités à risque, à la prise en charge des personnes infectées et affectées et à une acceptation sociale des PVVIH.

De même, le suivi des conséquences du VIH/SIDA sur le développement humain devient également une priorité au fur et à mesure que l'on prend conscience des répercussions de ce fléau sur les capacités des individus et des ménages. Les autorités en charge de la lutte contre le VIH/SIDA doivent être plus attentives à cette situation et prendre en compte :

- la nécessité d'élever substantiellement les niveaux de scolarisation et d'alphabétisation ; car ils favorisent une connaissance accrue et une prise de conscience de l'épidémie du VIH/SIDA ;
- l'équité nécessaire dans le ciblage des jeunes non scolarisés par rapport à ceux qui sont plus instruits, et ce, sur toute l'étendue du territoire, car un changement important des comportements sexuels est impératif au niveau de tous les jeunes, en particulier chez les 15-24 ans ;
- l'utilité pour tous que ce groupe d'âge, qui rassemble l'essentiel des générations promotrices du développement humain du pays dans un avenir proche, contribue en toute connaissance de cause, à arrêter l'épidémie ;
- la nécessité que les unités opérationnelles de lutte contre le VIH/SIDA se concentrent sur ce groupe d'âge et sur la conscientisation large en couverture territoriale et complétude du contenu des thèmes de la communication.



Ainsi, l'amélioration du niveau d'instruction, des conditions de vie des populations, de la couverture géographique en programmes locaux et en infrastructures de lutte contre le VIH/SIDA, de la fréquence et du contenu des émissions radiophoniques relatives au VIH/SIDA et de l'implication des communautés à la base dans la prise en charge des PVVIH sont des actions pouvant contenir la propagation du VIH/SIDA. A cela, il convient d'ajouter l'accent à mettre sur le changement de comportement des PVVIH qui choisissent volontairement de contaminer les populations saines.

De même, le vote des lois protégeant les droits et intérêts des PVVIH et l'application du principe de la portée universelle garantissant la non-exclusion constituent des atouts pour pallier les désagréments dont sont victimes les personnes atteintes.

Au niveau local, l'épidémie du VIH/SIDA devra être considérée par les conseillers communaux comme un problème de développement humain afin de prévoir des stratégies réalisables moyennant l'appui financier et la participation collective des communautés à la base. L'apport des partenaires au développement, pour la mise en place des initiatives de prise en charge, devra être progressivement relayé par les fonds octroyés par la commune en vue de la pérennisation des actions entreprises pour le bien-être des PVVIH.

Dans ce cadre, le Gouvernement devra accroître ses allocations budgétaires en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et alléger les procédures de déblocage des fonds. Par ailleurs, les gestionnaires des fonds alloués par l'Etat devraient prendre des dispositions diligentes pour une utilisation judicieuse desdits fonds.

Face aux difficultés d'accès aux informations statistiques relatives au financement de la lutte contre le VIH/SIDA, il importe de mettre en place un mécanisme de collecte, de traitement et d'analyse des données sur le financement de la lutte contre cette épidémie.

Le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST constitue une référence pour le Bénin en ce sens qu'il est le creuset d'un financement plus organisé de la lutte contre le VIH/SIDA. C'est ce document qui définit les priorités auxquelles souscrivent tous les acteurs de la lutte. Mais si le creuset est créé, les stratégies et principes définis, il reste que les activités soient réellement coordonnées et évaluées. Le Gouvernement devra davantage affirmer son leadership par l'intermédiaire de la structure nationale chargée de la coordination de la lutte contre le SIDA, permettant ainsi à cette dernière de mieux assurer la coordination et le suivi des financements de la réponse nationale contre l'épidémie.

***Le Gouvernement  
devra davantage  
affirmer son  
leadership par  
l'intermédiaire de  
la structure  
nationale chargée  
de la coordination  
de la lutte contre  
le SIDA,  
permettant ainsi à  
cette dernière de  
mieux assurer la  
coordination et le  
suivi des  
financements de  
la réponse  
nationale contre  
l'épidémie***

**Tableau 0.1. :**

L'IDH dans les communes en 2004 et la prévalence du VIH en 2001 pour les communes et en 2003 pour les départements

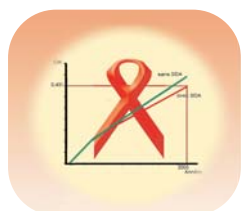
Rang	Départements /communes	IDH	Prévalence du VIH
<b>12è sur 12</b>	<b>ALIBORI</b>	<b>0,405</b>	<b>0,8</b>
55 /77	Banikoara	0,418	
17 /77	Gogounou	0,514	
69 /77	Kandi	0,390	0,4
76 /77	Karimama	0,346	0,0
64 /77	Malanville	0,399	1,7
54 /77	Ségbana	0,422	
<b>11è sur 12</b>	<b>ATACORA</b>	<b>0,417</b>	<b>1,3</b>
74 /77	Boukoubé	0,357	0,7
66 /77	Cobli	0,394	
77 /77	Kérou	0,328	
63 /77	Kouandé	0,401	
58 /77	Matéri	0,413	0,4
33 /77	Natitingou	0,468	2,9
34 /77	Péhunko	0,467	
35 /77	Tanguéta	0,467	
71 /77	Toucounouna	0,375	
<b>5è sur 12</b>	<b>ATLANTIQUE</b>	<b>0,475</b>	<b>2,3</b>
7 /77	Abomey-Calavi	0,539	1,4
30 /77	Allada	0,474	
27 /77	Kpomassè	0,483	
6 /77	Ouidah	0,554	4,3
56 /77	So-Ava	0,415	
60 /77	Toffo	0,408	
42 /77	Tori	0,446	
48 /77	Zè	0,440	0,8
<b>9è sur 12</b>	<b>BORGOU</b>	<b>0,439</b>	<b>2,9</b>
73 /77	Bembèrèkè	0,367	
72 /77	Kalalé	0,374	
40 /77	N'Dali	0,451	1,4
61 /77	Nikki	0,408	
3 /77	Parakou	0,579	6,4
49 /77	Pèrèrè	0,440	0,3
75 /77	Sinendé	0,355	
46 /77	Tchaourou	0,442	
<b>4è sur 12</b>	<b>COLLINES</b>	<b>0,497</b>	<b>1,2</b>
22 /77	Bantè	0,492	0,2
24 /77	Dassa-Zoumè	0,486	1,6
5 /77	Glazoué	0,556	
28 /77	Ouèssè	0,477	
36 /77	Savalou	0,460	1,8
19 /77	Savè	0,506	
<b>7è sur 12</b>	<b>COUFFO</b>	<b>0,446</b>	<b>3,0</b>
53 /77	Aplahoué	0,431	4,5
31 /77	Djakotomey	0,471	
38 /77	Dogbo	0,456	3,6
43 /77	Klouékanmey	0,446	1,8
44 /77	Lalo	0,445	
47 /77	Toviklin	0,440	

Rang	Départements /communes	IDH	Prévalence du VIH
<b>6è sur 12</b>	<b>DONGA</b>	<b>0,471</b>	<b>1,8</b>
21 /77	Bassila	0,493	2,9
59 /77	Copargo	0,409	1,2
32 /77	Djougou	0,471	1,4
18 /77	Ouaké	0,513	
<b>1er sur 12</b>	<b>LITTORAL</b>	<b>0,620</b>	<b>2,4</b>
2 /77	Cotonou	0,620	2,4
<b>3è sur 12</b>	<b>MONO</b>	<b>0,519</b>	<b>2,9</b>
13 /77	Athiémé	0,522	
57 /77	Bopa	0,414	1,3
16 /77	Comé	0,516	5,2
11 /77	Grand-Popo	0,529	
20 /77	Houéyogbé	0,493	1,8
4 /77	Lokossa	0,560	
<b>2è sur 12</b>	<b>OUEME</b>	<b>0,527</b>	<b>1,7</b>
23 /77	Adjarra	0,490	
26 /77	Adjohoun	0,484	0,8
37 /77	Aguégués	0,459	
39 /77	Akpro-Misséréte	0,454	
15 /77	Avrankou	0,518	
12 /77	Bonou	0,528	
9 /77	Dangbo	0,531	1,0
1 /77	Porto-Novo	0,624	2,7
8 /77	Sèmè-Podji	0,538	
<b>8è sur 12</b>	<b>PLATEAU</b>	<b>0,445</b>	<b>1,4</b>
51 /77	Adja-Ouèrè	0,432	2,4
62 /77	Ifangni	0,406	1,5
10 /77	Kétou	0,529	0,7
41 /77	Pobé	0,450	
67 /77	Sakété	0,394	
<b>10è sur 12</b>	<b>ZOU</b>	<b>0,436</b>	<b>0,9</b>
14 /77	Abomey	0,520	1,0
45 /77	Agbangnizoun	0,444	
29 /77	Bohicon	0,477	
25 /77	Covè	0,485	
68 /77	Djidja	0,394	
65 /77	Ouinhi	0,396	0,0
50 /77	Zangnanado	0,439	
70 /77	Za-Kpota	0,379	
52 /77	Zogbodomey	0,431	1,8
---	<b>BENIN</b>	<b>0,467</b>	<b>2,0</b>

N.B. La prévalence du VIH n'est pas encore représentative au niveau des communes en raison de la taille et de la composition de l'échantillon dont elle est tirée. Par conséquent, les prévalences niveau communal, qui figurent sur ce tableau, sont indicatives.

Sources : Résultats enquête RNDH 2005 (pour les IDH), PNL5 2002 (pour les prévalences du VIH).



## Introduction générale

### De la lutte contre le VIH/SIDA à la préservation du potentiel de développement humain durable (DHD)

*Les stratégies actuelles de lutte contre le VIH/SIDA permettent-elles de préserver, à coup sûr, les chances d'aboutissement du processus de développement humain durable au Bénin ? Avec une prévalence du VIH de 2,1%, le plus grand danger tient au risque d'une banalisation de l'épidémie. La démarche du développement humain durable (DHD) pourrait contribuer à la promotion de la créativité dans les initiatives endogènes et à la diffusion de celles qui sont réussies pour venir à bout de l'épidémie.*

**S**ituée en Afrique de l'Ouest et couvrant une superficie de 114.789 km<sup>2</sup>, la République du Bénin est subdivisée en 77 communes, 568 arrondissements et 3.378 villages et quartiers de villes. Elle abrite une population de 6.769.914 personnes dont 70% vivent en zone rurale, 51,25% sont de sexe féminin et 50% ont moins de 16 ans (INSAE, 2002-RGPH3).

Cette population est inégalement répartie sur le territoire. On observe de fortes densités dans le sud, qui s'expliquent par la présence des grandes villes, la proximité de l'océan Atlantique et la qualité des terres plus propices à l'agriculture.

La taille moyenne des ménages est estimée à 5 personnes. L'âge au premier mariage est de 26,4 ans en moyenne pour les hommes contre 19,9 pour les femmes. Le taux d'urbanisation était de 39% en 2002 contre 33% en 1992.

Le Bénin est un pays caractérisé, au plan socioculturel par un pluralisme linguistique et ethnique pacifique avec comme principaux groupes ethniques : les Fons, les Adja, les Yoruba, les Baatonu, les Peulhs et les Yoa. La polygamie y est répandue et concerne 45% des femmes âgées de 15 à 49 ans et 29% des hommes de 15 à 64 ans (INSAE, 2001-EDSB2).

A l'image des approches classiques de lutte contre le VIH/SIDA qui ont fondé leurs interventions sur le traitement des manifestations cliniques de l'épidémie, les visions classiques du développement ont toujours mis plus d'accent sur les agrégats macro-économiques et sur la mise en oeuvre de la théorie économique dominante qu'est le libéralisme.

Par ailleurs, le VIH/SIDA est de plus en plus considéré comme un problème de développement pendant que le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ne cesse d'attirer l'attention du monde sur la qualité de développement qu'il faut rechercher, celle du paradigme du développement humain durable (DHD). Si le VIH/SIDA devient un problème de développement, il

**Encadré 0.1. :**

**Le VIH/SIDA est à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté et du sous-développement humain**

S'étant répandu sur de nombreux pays et sur tous les continents, le VIH/SIDA est passé du statut d'épidémie à celui de pandémie. 25 ans après la découverte des premiers cas de SIDA, cette pandémie n'est plus perçue uniquement comme un défi de santé : elle constitue désormais une grave menace au développement humain durable (DHD). Le VIH/SIDA affecte principalement la population active, mais son impact s'est très vite étendu aux personnes à charge. Il érode les capacités humaines et institutionnelles et menace les possibilités qui s'offrent aux individus, tuant ou invalidant les plus productifs et livrant à eux-mêmes les enfants et les personnes âgées. Plusieurs pays, dont les indicateurs de développement humain progressaient normalement avant l'épidémie, ont vu leur espérance de vie décliner dramatiquement - à moins de 40 ans - dans les régions les plus frappées.

Le VIH/SIDA, tout en étant un facteur de paupérisation des populations, est aussi vu comme étant une conséquence de la pauvreté et du sous-développement humain. En tant que cause et conséquence de la pauvreté et du sous-développement humain, le VIH/SIDA devient un phénomène complexe qui requiert des stratégies multisectorielles à court, à moyen et à long termes.

L'impact du VIH/SIDA sur les capacités humaines et institutionnelles est l'aspect le plus marquant. Il englobe les répercussions sur l'économie, les systèmes de santé, l'éducation et la sécurité alimentaire, tant au plan national qu'à l'échelle des ménages et des individus. La complexité et l'ampleur de cet impact font du VIH/SIDA le plus important obstacle à l'atteinte (d'ici 2015) des *objectifs du millénaire pour le développement (OMD)*, qui visent à éliminer la pauvreté extrême et la faim, à assurer l'éducation, à promouvoir l'égalité des sexes, à améliorer la santé et réduire le fardeau de la maladie, à protéger l'environnement et à renforcer le partenariat mondial.

Malheureusement, les acteurs de la lutte contre cette pandémie ont jusqu'ici échoué à infléchir sa tendance. Cependant et de plus en plus, le monde acquiert de précieuses connaissances sur la prévention de l'infection à VIH et le traitement de la maladie du SIDA.

*Source* : L'équipe de rédaction.

y a lieu de se demander de quel développement il s'agit. Et si le VIH/SIDA est un problème qui va au delà des aspects pathologiques pour s'intégrer dans une approche plus globale de mise en oeuvre du développement humain durable, comment réorienter les interventions pour plus d'efficience ?

Le concept du *développement humain* (sans le mot *durable*) est apparu en 1990 avec la diffusion du premier rapport mondial sur le développement humain édité par le PNUD. Lorsque cette institution internationale entreprend de diffuser le concept du *Développement Humain Durable (DHD)* en 1994, il le présente comme un nouveau modèle de développement qui met l'accent sur l'Homme, notamment sur la consolidation du *capital social*, pris au sens du système complexe de relations institutionnelles et sociales qui existent entre individus dans une société.

#### **Encadré 0.2. :**

#### **Le VIH/SIDA menace le capital humain au niveau des ménages et du pays**

La perte du capital humain liée au VIH/SIDA préoccupe tant les analystes que les autorités publiques, notamment en raison des répercussions importantes qu'elle a sur les plans microéconomique (ménages) et macroéconomique (pays).

Au niveau des ménages, les manifestations du VIH/SIDA prennent la forme du décès de certains membres et celle du détournement des revenus vers des dépenses en soins de santé et en funérailles. Elles se traduisent également au niveau des enfants (en particulier les filles) par l'abandon de l'école au profit du travail rémunéré ou des tâches domestiques. Les enfants sont parfois amenés à prendre soin de proches parents malades ou de leurs frères et sœurs plus jeunes. Ils deviennent vite la proie d'exploitation qui les expose davantage au VIH/SIDA.

Au niveau national, le VIH/SIDA tend à ralentir la croissance économique essentielle pour financer le développement humain et l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Cela compromet non seulement la création d'emplois et la qualité de vie, mais aussi les finances publiques. L'économie nationale est aussi affectée par une baisse de productivité due à la perte de capital humain, en particulier dans des domaines clés comme l'agriculture. La morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA touchent particulièrement les personnes les plus productives de la société (qu'elles soient qualifiées ou non). Il en résulte des coûts considérables imputables à l'absentéisme, aux recrutements, aux remplacements d'employés, aux soins de santé et à la baisse de productivité due à une perte de ressources humaines. L'Organisation internationale du travail (OIT) estime qu'en l'absence soutenue de traitements anti-VIH/sida, "17 des pays les moins avancés (PMA) auront perdu plus de 10 % de leur main-d'œuvre d'ici 2010 ; cinq en auront perdu plus de 20 %." (<http://www.icad-cisd.com>).

Le VIH/SIDA est donc un fléau qui a des conséquences importantes tant pour les individus que pour les pays. Il convient d'y accorder une attention plus soutenue et d'y faire face avec plus de détermination.

*Sources* : Site web: [www.icad-cisd.com](http://www.icad-cisd.com), l'équipe de rédaction.

Depuis les premières éditions des Rapports mondiaux et nationaux sur le développement humain, il est de coutume que toute situation menaçante pour le DHD soit examinée de près en tenant compte des priorités et des spécificités des pays concernés. Pour le Bénin, le thème choisi pour l'édition de 2005 est "VIH/SIDA et développement humain durable (DHD)".

Comme on peut s'y attendre, puisqu'il faut se focaliser davantage sur l'Homme, notamment sur son épanouissement et par conséquent sur l'augmentation des possibilités qui s'offrent à lui, le présent rapport va au-delà de l'impact que le VIH/SIDA pourrait avoir sur la croissance économique, sur le revenu, sur la richesse nationale et sur l'accumulation du capital. Il présente une analyse de l'interdépendance entre le VIH/SIDA et le DHD après une brève présentation du VIH/SIDA, du concept du DHD et de la problématique qui s'instaure entre les deux phénomènes.

Les discours des responsables à divers niveaux de la lutte contre le VIH/SIDA, présentent de plus en plus le VIH/SIDA comme un problème de développement. Mais ces présentations se limitent

### **Encadré 0.3. :**

#### **Les RNDH enrichissent les DSRP et les Rapports sur les OMD**

Plusieurs publications sont régulièrement faites sur le développement et la lutte contre la pauvreté. On peut citer notamment les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) et les Rapports sur les objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le Rapport national sur le développement humain (RNDH) complète ces publications importantes avec un but et des résultats différents.

En effet, le DSRP est un document essentiel de planification stratégique qui constitue une condition préalable à certains programmes de prêts et d'annulation de la dette multilatérale (contractée auprès de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international). Il vise à planifier les actions à moyen terme et à décrire les programmes nationaux de réduction de la pauvreté.

De son côté, les Rapports sur les OMD, en tant qu'outil d'information publique, de mobilisation et de sensibilisation, s'attachent à assurer le suivi pédagogique des progrès accomplis en direction de l'atteinte des OMD.

Les RNDH, quant à eux, poursuivent un objectif différent et présentent des résultats spécifiques. Leur but est de générer le débat et de catalyser l'action en vue du progrès du développement humain. Ils doivent constituer des documents d'analyse politique approfondie, de propriété nationale contenant des messages politiques novateurs. Pour jouer un tel rôle, les RNDH se doivent d'être élaborés au moyen de processus participatifs intégraux qui font intervenir des experts nationaux et des intellectuels de haut niveau. Leur public est constitué des décideurs politiques, des membres d'organisations non gouvernementales, des acteurs du secteur privé et des partenaires au développement.

Ainsi, la poursuite des OMD et la planification des DSRP sont parfaitement cohérentes et complémentaires avec la mission des RNDH qui aboutit à la quantification et à la mesure des progrès accomplis en terme de développement humain.

*Source* : L'équipe de rédaction.

trop souvent à des aspects généraux. Plus rares sont les prises de position qui, comme **celle de Monsieur Kofi Annan, Secrétaire Général des Nations Unies**, dans le quatrième rapport mondial du Programme commun des Nations Unies contre le VIH/SIDA (ONUSIDA), ont dénoncé plus explicitement le VIH/SIDA comme étant **une menace grave contre le développement humain**. Une telle dénonciation représente une avancée notable dans la perception du couple VIH/SIDA et DHD qui appelle une analyse dans deux sens opposés.

Le premier sens de l'investigation consiste à voir dans quelle mesure un faible niveau de développement humain peut faciliter l'émergence et l'évolution du VIH/SIDA. Autrement dit, une insuffisance importante des possibilités des gens peut-elle les exposer davantage à l'infection à VIH ?

Le second sens est opposé au premier, car il s'agit d'y appréhender l'impact qu'a le VIH/SIDA sur les choix des individus et sur leur épanouissement au sein des communautés auxquelles ils appartiennent.

#### Encadré 0.4. :

Le PNUD réfléchit sur l'interdépendance entre le VIH/SIDA et le DHD



**Kofi Annan**  
*Secrétaire Général des Nations Unies*

*“Les Rapports sur le développement humain nous rappellent que notre génération est la première à disposer des ressources et des technologies permettant la réalisation des conditions de vie souhaitables pour tous et de libérer l’humanité entière du besoin”.*

et pourtant...

*“... le VIH/SIDA continue de représenter **une menace grave pour le développement humain**.”*

**... il s'agit pour le présent Rapport, d'une part, d'apprécier les conséquences du VIH/SIDA sur les trois choix ou possibilités prioritaires ... du DHD, et d'autre part, de faire ressortir le gain d'efficacité possible dans la lutte contre le VIH/SIDA en adoptant les principes du DHD**

Pour bien appréhender ces deux grands aspects de la question, il est nécessaire de fournir les éléments clés du cadre analytique du présent rapport, notamment ceux permettant de préciser les contours du VIH/SIDA et du DHD. Après ces deux présentations, il sera procédé à une analyse des liens réciproques de cause à effet entre le niveau de développement humain et celui de la prévalence à VIH au Bénin.

Le DHD est la thèse qui énonce la primauté de l'éthique et la subordination de l'économique, soumettant ainsi la croissance économique au service du développement, au centre duquel se trouve l'épanouissement des hommes. Cet épanouissement n'est pas nécessairement garanti par une forte croissance du PIB. Le développement humain, consiste alors à créer un cadre qui permette aux communautés humaines d'élargir les choix qu'elles peuvent effectuer en vue de vivre des existences qui en valent la peine, à partir du potentiel dont ils disposent tous.

En somme, il s'agit pour le présent Rapport, d'une part, d'apprécier les conséquences du VIH/SIDA sur les trois choix ou possibilités prioritaires reconnus dans l'approche du développement humain durable (DHD), et d'autre part, de faire ressortir le gain d'efficacité possible dans la lutte contre le VIH/SIDA en adoptant les principes du DHD, notamment :

- le principe de la **primauté de l'éthique sur l'économique** qui préconise qu'une dépense de santé doit être effectuée même si le malade ou le bénéficiaire n'est pas "*économiquement intéressant*". Ainsi, suivant ce principe, la santé d'un enfant et d'un vieillard (qui ne produisent rien) est aussi importante que celle d'un travailleur ; de même, les dépenses de santé pour une personne vivant avec le VIH (PVVIH) sont aussi nécessaires que celles d'un paludéen ;
- le principe de **l'équité** qui est l'égalité des chances dans l'accès aux choix susceptibles d'assurer l'épanouissement de chacun ;
- le principe de la **portée universelle** de l'application de l'approche DHD, qui veut dire que tous (aucun individu n'est exclu) doivent en bénéficier ;
- d'autres principes qui occuperont une place importante dans l'analyse comme le **respect du rôle de l'Etat**, vu comme garant de l'intérêt général, ou encore comme la nécessité de



commencer le développement humain par les personnes les moins favorisées, etc. La pandémie du VIH/SIDA, qui est la plus médiatisée des maladies, nécessite une meilleure gestion des ressources allouées par les différents partenaires en raison des préjudices importants qu'elle fait subir au processus du développement humain. Dans plusieurs pays, elle s'allie à la pauvreté et aux inégalités sociales pour accélérer des drames humains, notamment aux plans de la démographie, de la santé, de l'éducation et de la croissance économique.

Cette analyse a l'avantage de fournir un début d'explication quant à la responsabilité des différents acteurs dans la mise en œuvre de la réponse du Bénin au VIH/SIDA et dans l'amélioration ou la détérioration de certains indicateurs de développement humain.

### **Encadré 0.5. :**

#### **Des marges de manoeuvre pour infléchir l'évolution du VIH/SIDA et promouvoir le développement humain au Bénin**

L'édition 2005 du Rapport national sur le développement humain (RNDH) pose un certain nombre de questions qui élargissent le champ de la réflexion déjà bien avancée aux plans épidémiologique et clinique dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Il propose une vision élargie de cette lutte en intégrant cette dernière dans les stratégies de développement centré sur l'épanouissement des personnes, éclairant par la même occasion, l'opinion sur les marges de manoeuvre disponibles pour le Bénin dans le domaine de l'interdépendance entre le VIH/SIDA et le développement humain.

En effet, le Bénin, dont l'indicateur de développement humain (IDH), figure parmi les plus faibles au monde, devrait craindre de ce fait, de ne pas être suffisamment doté des capacités nécessaires pour faire face à la pandémie du VIH/SIDA et de ne pas pouvoir éviter, à terme, une baisse du niveau de son IDH. Mais, force est de constater que, même faible, l'IDH continue d'augmenter et que, des capacités organisationnelles et matérielles se mettent en place progressivement pour freiner la pandémie. Cependant, malgré des gains significatifs en espérance de vie, en éducation et en revenu, près de la moitié des personnes vivant au Bénin souffrent de la pauvreté humaine et nombre d'individus vivant avec le VIH sont privés de dignité et d'affection.

Dans cette perspective, le RNDH 2005 identifie, entre autres diagnostics, un besoin de renforcement au niveau de la structure nationale chargée de la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA. Ce renforcement concerne l'amélioration et l'élargissement de son rôle de coordination **qui devra embrasser également des préoccupations liées aux conditions d'existence de toutes les personnes infectées ou affectées par le VIH**. Cette structure se focalisera davantage sur les facteurs qui déterminent l'accélération du nombre des infections à VIH.

En effet, il est plus courant de constater que la lutte contre le VIH/SIDA s'intéresse aux aspects purement épidémiologiques et cliniques de la maladie en termes de mise à disposition de préservatifs, de médicaments anti-rétroviraux, de centres de dépistage, etc. Il est moins évident de constater le lien entre ces avantages et l'élargissement des libertés, qui permet aux individus, même infectés ou affectés par le virus, de faire de véritables choix pour mener une vie épanouie et productive. Ce Rapport fournit des analyses aboutissant à la nécessité d'élargir les choix de tous, notamment les possibilités de ceux qui ont été rendus plus vulnérables par le VIH. Il montre que des marges de manoeuvre supplémentaires naîtront d'un renforcement substantiel de la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin. Il contribue à les identifier et propose les meilleures conditions de leur mise en oeuvre.

*Source* : L'équipe de rédaction.

L'objectif est de scruter les meilleures possibilités de réponses, y compris à des niveaux décentralisés (les communes notamment), face au VIH/SIDA et aux menaces qu'il peut faire courir au processus de développement humain au Bénin.

Le présent Rapport analysera, entre autres, la situation du VIH/SIDA en rapport avec le DHD au Bénin à partir des données recueillies au niveau des Communes. L'un des principaux objectifs est de caractériser la réponse du Bénin face aux besoins de combattre le VIH/SIDA et de préserver les possibilités du pays à progresser vers un niveau plus élevé de développement humain. Il s'agit également de déceler au Bénin les potentialités en initiatives endogènes efficaces contre le VIH/SIDA et de proposer une stratégie pour la mise en valeur de ces potentialités.

Le Rapport s'articule autour de trois chapitres libellés comme suit :

- l'évolution du VIH/SIDA s'explique-t-elle par le faible niveau de développement humain ?
- le VIH/SIDA influence-t-il le niveau du développement humain ?
- les actions de lutte contre le VIH/SIDA dans la perspective du développement humain.

#### **Encadré 0.6. :**

##### **Les RNDH prônent une responsabilisation accrue des groupes cibles.**

Le Bénin, fort heureusement, n'est pas du nombre des pays les plus durement frappés par le VIH/SIDA. Néanmoins, l'évolution de l'épidémie y est préoccupante puisque le nombre des personnes infectées ne cesse d'augmenter et de se traduire en des conséquences néfastes pour l'évolution du développement humain du pays. Le thème de l'interdépendance entre ce fléau et le développement humain, retenu pour le présent Rapport national sur le développement humain (RNDH), exprime un désir profond du Bénin de prévenir des conséquences trop lourdes sur son niveau du développement humain.

Le RNDH 2005 devient ainsi un instrument pratique d'intégration de la lutte contre le VIH/SIDA dans les stratégies de développement humain durable du Bénin. Il existe déjà de nombreux documents pertinents élaborés par les structures nationales de lutte contre le VIH/SIDA. Le RNDH ne traite pas des mêmes préoccupations que ces documents spécialisés. Il vise plutôt à les compléter dans la perspective du développement humain par des propositions visant à ne plus se limiter à des actions en faveur des groupes cibles (personnes vivant avec le VIH/SIDA, orphelins du SIDA, professionnelles du sexe, etc.), mais plutôt à agir avec eux en recherchant les solutions par lesquelles les individus eux-mêmes ont traditionnellement changé le cours de leur existence collective sans aide extérieure massive.

Les RNDH en général et l'édition de 2005 en particulier constituent "les voix" qui clament la nécessité de : (i) considérer les individus comme des promoteurs potentiels d'expériences réussies tant dans la lutte contre le VIH/SIDA que dans l'amélioration des conditions de vie des gens ; (ii) les responsabiliser par rapport à leurs choix et à leurs propres sorts dans les domaines de la santé, de l'éducation et des conditions de vie. Le RNDH 2005 joue ainsi un rôle capital dans la transmission de ce message tout au long de ses analyses, en considérant les individus comme des agents du changement plutôt que comme des bénéficiaires d'actions exogènes.

*Source* : L'équipe de rédaction.



## Chapitre 1

# L'évolution du VIH/SIDA s'explique-t-elle par le faible niveau du développement humain ?

*Le niveau de développement humain du Bénin est sensiblement plus faible que celui de nombreux pays de la sous-région. Dans le même temps, sa situation en matière d'épidémie du VIH/SIDA, après une expansion rapide de la prévalence du VIH de 1985 à 2001, est restée globalement stable à partir de 2002. Le constat est que la prévalence du VIH est élevée dans les parties du monde où le niveau de développement humain est faible sans qu'il soit possible de déduire que la faiblesse de l'indicateur de développement humain entraîne automatiquement un niveau élevé de prévalence du VIH.*

**L**a situation au Bénin par rapport au VIH/SIDA et au développement humain a été appréhendée à partir de la prévalence du VIH et de l'indicateur synthétique de développement humain (IDH) calculé pour le pays dans son ensemble et pour chaque commune. S'agissant du développement humain durable, son évolution a été mesurée à partir de celui de l'indicateur synthétique de développement humain (IDH) calculé pour l'ensemble du pays et pour chaque commune.

En ce qui concerne le VIH/SIDA, son état et son évolution sont appréciés à travers sa prévalence. Mais, il convient de préciser que ce taux présente des limites méthodologiques<sup>1</sup>, et ne permet donc pas les comparaisons d'une année à l'autre ou entre deux subdivisions territoriales (communes, départements). Ainsi, la situation par rapport au VIH/SIDA sera mesurée sur le plan national et à titre indicatif aux niveaux départemental et communal. Deux sources de données permettent de faire le point de l'épidémie au Bénin : les données et statistiques sanitaires nationales, d'une part, et le diagnostic ou l'état des lieux effectués au niveau des communes, d'autre part.

Le VIH/SIDA, qui échappe encore à la thérapie curative, est susceptible à la fois d'être favorisé par une situation de sous-développement humain et d'engendrer à son tour plus de

<sup>1</sup> Voir le rapport de surveillance épidémiologique, PNLS, 2004.

**Le VIH/SIDA ... est susceptible à la fois d'être favorisé par une situation de sous-développement humain et d'engendrer à son tour plus de dénuement au niveau des personnes atteintes**

**Il est donc clair que le sous-développement humain ne prédispose pas obligatoirement à la propagation de l'épidémie ....**

dénuement au niveau des personnes atteintes en réduisant les conditions leur permettant d'exercer des choix, y compris ceux qui leur étaient déjà accessibles. C'est pourquoi, au-delà des considérations pathologiques de cette pandémie, les interactions entre le VIH/SIDA et le DHD importent davantage. Cela signifie qu'il devient nécessaire de s'intéresser tant aux facteurs sur lesquels le mal pourrait s'appuyer pour se propager plus rapidement, qu'à ses conséquences sur le processus de développement humain.

### **1.1. La problématique des conséquences du sous-développement humain sur la propagation de l'épidémie**



Le Parlement européen et l'Assemblée paritaire ACP-CE, dans leurs résolutions respectives<sup>2</sup> du 14 avril 1986 et du 15 février 1993, avaient déjà souligné la nécessité de mieux prendre en compte les causes et les facteurs favorisant l'extension de l'épidémie, tels que la pauvreté. Mais la pauvreté est multidimensionnelle et conduit à retenir également le statut défavorable des femmes comme facteur de propagation du VIH/SIDA.

#### **1.1.1. Le sous-développement humain et la pauvreté humaine favorisent-ils l'épidémie du VIH/SIDA ?**

Le sous-développement humain est caractérisé d'abord par la pauvreté humaine, même si on peut y ajouter le chômage généralisé, les inégalités hommes-femmes, la destruction de l'environnement naturel et la mauvaise gouvernance économique et sociale.

Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, notamment les habitudes culturelles, les religions et les comportements sexuels. Ainsi, pour être mieux fixé sur le problème du sous-développement humain en tant que terrain favorable à l'expansion du VIH, il faut certainement comparer des pays dont les populations sont semblables dans les domaines de la religion, des cultures et des comportements. Risquons une comparaison, par exemple, entre le Rwanda (IDH en 1985 = 0,401) et le Burundi (IDH en 1985 = 0,385). La prévalence du VIH en 2003 est de 5,1% au Rwanda et de 6,0% au Burundi qui a l'IDH le plus faible des deux. Cette comparaison semble indiquer que le pays dont l'IDH est le plus faible a également la prévalence du VIH la plus élevée.

<sup>2</sup>. Législation communautaire en vigueur (voir Document 397R0550 Règlement (CE) n° 550/97 du Conseil du 24 mars 1997 relatif aux actions dans le domaine du VIH/sida dans les pays en développement Journal officiel n° L 085 du 27/03/1997 p. 0001-0005). (voir aussi le site : [http://admi.net/eur/loi/leg\\_euro/fr\\_397R0550.html](http://admi.net/eur/loi/leg_euro/fr_397R0550.html)).

Mais cette constatation n'est pas vérifiée entre le Bénin et Togo dont les caractéristiques sociales sont pourtant proches. Elle n'est pas vérifiée non plus entre le Bénin et le Nigeria. En effet, le Togo et le Nigeria avaient des niveaux d'IDH plus élevés (respectivement 0,474 et 0,386) que celui du Bénin (0,362) en 1985. Mais la prévalence du VIH au Bénin (1,9%) est plus faible que dans les deux pays (4,1 pour le Togo et 5,1 pour le Nigeria) en 2003. Aujourd'hui encore, ces deux pays conservent des niveaux d'IDH plus élevés que celui du Bénin. Les constats sont les mêmes lorsqu'on reprend les comparaisons avec l'indicateur de pauvreté humaine entre le Rwanda et le Burundi et entre le Bénin et ses deux voisins (Togo et Nigeria) qui apparaissent relativement moins pauvres que le Bénin, mais plus infectés par le VIH.

*... car plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, notamment les habitudes culturelles, les religions et les comportements sexuels*

Cependant, on conçoit aisément que le sous-développement humain favorise l'épidémie du VIH/SIDA. En effet, un coup d'oeil à une carte du monde indiquant la prévalence du VIH fait clairement apparaître ce que nul ne saurait refuser : c'est dans les pays pauvres que l'épidémie sévit le plus durement. La pauvreté humaine apparaît à la fois comme un maillon faible de la résistance des gens contre le VIH/SIDA et constitue l'un des plus puissants moteurs de la propagation du virus et de la maladie du SIDA. Les mécanismes par lesquels elle favorise le VIH/SIDA sont complexes et imbriqués. Il n'est pas rare d'entendre, lors des entretiens avec les professionnelles du sexe oeuvrant dans les quartiers les plus pauvres de Cotonou dire : "Que faire ? au moins, le travail du sexe vaut mieux que mendier". Plusieurs d'entre elles affirment avoir trouvé dans le commerce du sexe le seul moyen d'échapper à la pauvreté.

*... le VIH se propage partout où règne l'injustice sociale, la pauvreté, l'inégalité de genre, les pratiques culturelles pernicieuses, etc.*

Ces professionnelles du sexe font-elles simplement de la pauvreté un "bouc émissaire"? Certainement pas. Il y a lieu de renforcer avec plus de vigueur et de détermination la lutte contre la pauvreté. Les enquêtes menées au Bénin et dans beaucoup d'autres pays prouvent que le VIH se propage partout où règne l'injustice sociale, la pauvreté, l'inégalité de genre, les pratiques culturelles pernicieuses, etc. Ces facteurs de risque sont également des caractéristiques de sous-développement humain, car ils limitent considérablement l'épanouissement des personnes qui en sont victimes. Le VIH/SIDA trouve un terrain favorable au sein des groupes affaiblis, notamment les jeunes désœuvrés, les sans-abris, les exclus de la société.

Cela devient plus évident lorsqu'on compare l'Afrique occidentale, par exemple, avec des pays nettement plus riches (pays européens notamment) où le niveau global d'instruction, les moyens matériels, techniques et les niveaux d'organisation et de mobilisation, qui constituent autant de possibilités accessibles à leurs populations, sont plus importants et rendent la prévention plus efficace. Les ménages y sont évidemment moins vulnérables que ceux de l'Afrique occidentale où se trouve le Bénin.

### 1.1.2. Les femmes, particulièrement les plus jeunes, sont aussi les plus vulnérables à l'épidémie

L'habilitation des femmes est une des grandes préoccupations du concept du DHD. Plusieurs enquêtes, notamment celles du programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), ont montré que les femmes béninoises sont plus touchées par le VIH/SIDA que les hommes (PNLS, 2004). Elles ont également prouvé que les femmes les plus jeunes constituent le groupe le plus vulnérable à l'épidémie au sein des femmes. La différence de prévalence du VIH entre les hommes et les femmes semble être plus préoccupante que celle qui existe entre femmes jeunes et femmes plus âgées. Cette différence peut provenir de différences d'ordre biologique. Mais il semble que les inégalités socioculturelles sont les facteurs les plus déterminants de cette vulnérabilité des femmes au VIH/SIDA. Ces inégalités engendrent une condition féminine qui fragilise les femmes et favorisent leur contamination par le VIH.

*... l'incapacité (des femmes) à refuser des pratiques sexuelles peu sécurisantes pour elles, ... peut provenir de la crainte de la violence du partenaire, d'un manque d'éducation, .. du statut social des femmes*

Les femmes sont généralement incapables de refuser des pratiques sexuelles peu sécurisantes pour elles, notamment en milieu rural. Ce qui peut provenir de la crainte de la violence du partenaire, d'un manque d'éducation, d'un complexe d'infériorité eu égard à leur statut social. Les femmes supportent l'essentiel du fardeau de la maladie même quand celle-ci touche les hommes. En effet, de nombreuses filles sont retirées de l'école pour s'occuper des malades. A cela, il faut ajouter les pratiques traditionnelles qui exposent des femmes au risque d'infection par le VIH. Parmi ces pratiques, on compte le mariage obligatoire de petites filles à des personnes plus vieilles et souvent déjà infectées par le VIH. On y compte également les mutilations génitales féminines, les scarifications, les tatouages et le lévirat. Cette dernière pratique, par exemple, prétend protéger la veuve en lui permettant d'épouser le frère de son mari décédé. Or, il s'agit là d'une autre voie de transmission du VIH/SIDA. Les actions menées contre ces pratiques dangereuses restent bien trop timides, il convient de les revisiter à fond.

Ainsi, même s'il existe (éventuellement) des différences biologiques entre hommes et femmes qui peuvent être à l'origine des disparités observées entre eux en matière d'infection à VIH, il est évident qu'il existe aussi des facteurs sociétaux qui influent sur la santé des hommes et davantage sur celle des femmes. Certes, au plan mondial il a été constaté, qu'au sein des femmes, il existe plusieurs sous-groupes plus vulnérables les uns que les autres, notamment les fillettes, les réfugiées et les déplacées, les femmes handicapées physiques ou mentales, mais, pour tenir compte du contexte béninois, le présent Rapport se propose d'accorder une attention particulière aux besoins et aux droits en matière de santé des femmes en général, des plus jeunes en particulier, des migrantes et des professionnelles du sexe.

## **1.2. La faiblesse du niveau du développement humain en tant que facteur d'aggravation de l'épidémie**

Plus qu'un problème de santé publique, l'épidémie du VIH/SIDA affecte le développement socio-économique et le développement humain durable. Le VIH/SIDA provoque des ravages, détruisant communautés et familles et ruinant toute perspective d'avenir. Il perturbe la production en portant atteinte à la capacité des sociétés à assurer la croissance économique et à planifier l'avenir. Il réduit les revenus et accroît les dépenses des ménages. Les conséquences de cette maladie sont nombreuses et elles influencent singulièrement l'indicateur du développement humain à travers toutes ses composantes.

***Le VIH/SIDA provoque des ravages, détruisant communautés et familles et ruinant toute perspective d'avenir***

### **1.2.1. Le développement humain au Bénin, en Afrique et dans le reste du monde**

Pour apprécier la situation du développement humain du Bénin par rapport à celle d'autres pays d'Afrique et du monde, il sera procédé à la comparaison de la situation globale de l'indicateur de développement humain (IDH), à l'analyse des inégalités entre les blocs de pays et au rapprochement des composantes de l'IDH entre les pays.

#### **1.2.1.1. La situation globale de l'indicateur du développement humain**

Le niveau de développement humain du Bénin est relativement bas et place le Bénin parmi les pays à IDH faible. Il occupe le 162<sup>ème</sup> rang sur 177 pays. Même les pays tels que le Botswana, le Swaziland et le Zimbabwe, qui ont vu leur espérance de vie baisser considérablement du fait des affres de la pandémie du VIH/SIDA, conservent des niveaux d'IDH plus élevés que celui du Bénin en raison de l'avance que ces pays ont enregistrée du point de vue des niveaux d'instruction et de revenu.

Comparé à celui des autres pays subsahariens durement affectés par le VIH/SIDA, l'IDH du Bénin est faible. Il se situe à un niveau de 0,431 contre 0,515 qui représente la moyenne de l'indice des pays au sud du Sahara. L'IDH du Bénin dépasse la moitié de la moyenne mondiale (0,741). Ceci s'explique essentiellement par le bas niveau de l'instruction et du revenu des ménages au Bénin. Toutefois, des progrès ont été réalisés dans les domaines touchant le développement humain depuis le premier Rapport national en la matière. En moyenne, les Béninois sont en meilleure santé, mieux instruits, mais l'incidence de la pauvreté est restée au même niveau qu'en 1996. Les gains en développement humain ont été relativement faibles, mais ils ne doivent pas être sous-estimés. De 1997 à 2003, aucun département du Bénin n'a enregistré un niveau d'IDH en régression. Seulement, les progrès sont très lents.

**Tableau 1.1. :**  
L'indicateur du développement humain et ses composantes en 2003

	<b>IDH</b>	<b>Indice de longévité</b>	<b>Indice d'instruction</b>	<b>Indice du revenu</b>
Bénin	0,431	0,48	0,41	0,40
Botswana	0,565	0,19	0,76	0,75
Burkina	0,317	0,38	0,16	0,41
Niger	0,281	0,32	0,17	0,35
Nigéria	0,453	0,31	0,66	0,39
Swaziland	0,498	0,12	0,73	0,64
Togo	0,512	0,49	0,57	0,47
Zimbabwe	0,505	0,20	0,78	0,53
Afrique subsaharienne	0,515	0,35	0,56	0,63
Monde	0,741	0,70	0,77	0,75

Source: PNUD, RMDH 2005.

### 1.2.1.2. Les inégalités entre les blocs de pays

De l'analyse de l'IDH des blocs de pays, il ressort que les pays au sud du Sahara ont une espérance de vie et un niveau d'instruction faibles comparativement aux pays de l'Europe de l'Ouest (OCDE), de l'Europe centrale et de l'Europe de l'Est.



La faible espérance de vie est l'une des conséquences du VIH/SIDA. En revanche, le faible niveau d'instruction, reflète la politique de l'éducation mise en œuvre dans les pays subsahariens qui ne perçoivent pas suffisamment l'importance d'un renforcement des capacités humaines pour une promotion de la croissance économique soutenue et un développement humain durable.

**Tableau 1.2. :**

L'évolution de l'indicateur du développement humain et la prévalence du VIH dans le monde en 2003

	Prévalence du VIH	IDH	Indice de longévité	Indice d'instruction	Indice de revenu
<b>Pays en développement</b>	1,3 [1,1-1,4]	0,694	0,67	0,72	0,70
<b>Europe de l'Ouest-OCDE</b>	0,4 [0,2-0,5]	0,892	0,88	0,95	0,85
<b>Europe centrale, de l'Est</b>	0,7 [0,4-1,0]	0,802	0,72	0,94	0,75
<b>Afrique subsaharienne</b>	7,3 [6,8-8,2]	0,515	0,35	0,56	0,63
<b>Monde</b>	1,1 [1,0-1,3]	0,741	0,70	0,77	0,75

*Source:* PNUD, RMDH 2005.

### 1.2.1.3. La comparaison des composantes de l'indicateur du développement humain de quelques pays

L'indicateur du développement humain est appréhendé sur la base du niveau de l'espérance de vie, de l'instruction et du revenu de la population. Une analyse comparative de ces composantes mettra en relief les domaines nécessitant des efforts supplémentaires de la part du Gouvernement et des partenaires au développement pour l'amélioration du bien-être de la population.

#### - L'espérance de vie

La durée moyenne de vie d'une population est mesurée par l'espérance de vie. Elle varie d'un pays à un autre en fonction de l'application des progrès de la médecine, des conditions sociosanitaires, de la mortalité infantile, etc. De nos jours, la guerre et la pandémie du VIH/SIDA contribuent, de façon drastique, à la réduction de cette espérance de vie surtout dans les pays en voie de développement au Sud du Sahara.

**En 2004, l'indice de revenu du Bénin est de 0,40. Ce niveau de revenu n'est pas suffisant pour améliorer les conditions de vie de la population et lui permettre de se prendre en charge en cas d'infection par le VIH**

Le niveau de l'indice de l'espérance de vie des pays subsahariens (0,35) est faible par rapport à celui du Bénin (0,48). L'indice de longévité du Bénin est plus du double de la moyenne de celui des pays victimes des ravages de l'épidémie du VIH/SIDA tels que le Botswana, le Swaziland et le Zimbabwe (tableau 1.1), mais se situe largement en dessous de celui de l'ensemble des pays de la planète (0,70).

#### **- L'instruction**

L'indice du niveau d'instruction qui prend en compte l'éducation formelle et l'alphabétisation des jeunes et des adultes non scolarisés, est élevé dans les pays victimes des affres de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique australe par rapport au niveau moyen de l'ensemble des pays au sud du Sahara. Cet indice d'instruction est de 0,76 et de 0,78 respectivement pour le Botswana et le Zimbabwe alors qu'il n'est que de 0,56 pour l'ensemble des pays en Afrique subsaharienne. Comparé à celui de l'ensemble des pays, le niveau d'instruction actuel du Botswana et du Zimbabwe semble être du même ordre de grandeur et se rapproche de la moyenne mondiale qui est de 0,77 (tableau 1.1).

Le Bénin, avec un niveau d'instruction de 0,41, affiche un indice représentant presque la moitié de celui du Zimbabwe. Il convient de signaler qu'il est indispensable pour la prospérité future des familles et des communautés, de permettre aux jeunes, et en particulier aux filles, de fréquenter l'école et de poursuivre leur scolarité jusqu'à son terme. Pour ce faire, nombre d'efforts restent à fournir par le Gouvernement et les partenaires au développement en vue d'accroître les infrastructures scolaires et d'appuyer les cantines scolaires au Bénin.

#### **- Le revenu**

Le revenu qui représente les ressources disponibles d'un ménage ou d'un individu, est réparti inégalement selon les caractéristiques des ménages ou des individus et les sources de revenu. L'inégale répartition du revenu est également observée entre les continents. En Afrique, un pays durement affecté par les ravages du VIH/SIDA comme le Botswana dispose d'un niveau de revenu (0,75) quasiment égal à celui de l'ensemble des pays (0,75). Les pays de l'OCDE, fortement industrialisés, ont dépassé le niveau moyen mondial de revenu et leur indice tourne autour de 0,85 (tableau 1.2).

En 2004, l'indice de revenu du Bénin est de 0,40. Ce niveau de revenu n'est pas suffisant pour améliorer les conditions de vie de la population et lui permettre de se prendre en charge en cas d'infection par le VIH.

## 1.2.2. La situation et l'évolution de l'indicateur du développement humain au Bénin

Au Bénin, l'indicateur du développement humain évolue à la hausse d'une année à une autre. Il est passé de 0,39 en 1996 à 0,467 en 2004 comme l'indique le tableau 1.3. Toutefois, on observe des disparités d'un département à un autre et entre les hommes et les femmes. On distingue également les départements et les communes dont les IDH sont supérieurs à la moyenne nationale (0,467) sans atteindre le niveau de 0,5. Il s'agit de la Donga (0,471), de l'Atlantique (0,475) et des Collines (0,497). De la comparaison de ces indicateurs avec ceux de la prévalence du VIH, il ressort qu'il existe une corrélation positive entre eux mais pas nécessairement une relation de cause à effet. Les Collines ont une prévalence faible (0,3%), le plus bas niveau au Bénin avec un IDH positivement appréciable au regard des performances des autres départements. En revanche, la Donga et l'Atlantique ont connu une prévalence du VIH très différenciée respectivement 1,2% et 2,6% pour un niveau d'IDH presque semblable.

**Tableau 1.3. :**  
L'évolution de l'indicateur de développement humain au Bénin

Année	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
IDH	0,39	0,41	0,41	0,42	0,43	0,44	0,459	0,463	0,467

*Source* : INSAE, 2004 ; Résultats Enquête RNDH 2005 (pour l'année 2004).

### 1.2.2.1. Le développement humain au niveau départemental

L'analyse des résultats de l'enquête RNDH 2005 montre qu'au Bénin, le niveau de développement est différencié suivant les départements.

On y distingue les départements dont les IDH sont supérieurs à 0,5 qui est le niveau des pays à IDH intermédiaire. Le Littoral, qui s'identifie à la commune de Cotonou, a un IDH égal à 0,620. La prévalence du VIH en 2004 y est également plus élevée (3,2%) que la moyenne nationale (2%). Le Littoral est suivi, par ordre décroissant, des départements de l'Ouémé (3,1%) et du Mono (2,4%) avec des IDH respectivement de 0,527 et 0,510.

... l'analyse de l'indicateur de développement humain selon le sexe fait ressortir des inégalités profondes entre les départements ...

Enfin, viennent les départements dont les IDH sont inférieurs à la moyenne nationale. Leur situation tire le niveau de développement humain du Bénin vers le bas. Il s'agit de l'Alibori (0,405), de l'Atacora (0,417), du Zou (0,436), du Borgou (0,439), du Plateau (0,445) et du Couffo (0,446). A l'exception du Couffo, qui a une prévalence du VIH élevée (3,3%), les autres départements ont une prévalence faible.

### 1.2.2.2. Les inégalités de genre

Une comparaison de la prévalence n'est pas possible du fait de la méthodologie utilisée pour l'obtention des indicateurs de prévalence du VIH (l'unité d'observation est la femme gestante). Cependant, l'analyse de l'indicateur de développement humain selon le sexe fait ressortir des inégalités profondes entre les départements. Dans chaque département, le niveau d'IDH pour les hommes est toujours supérieur à celui des femmes.

L'ampleur des écarts entre l'IDH des hommes et celui des femmes en 2004 met en exergue deux groupes de départements, ceux à écarts réduits entre hommes et femmes et les autres. L'écart va du simple (Littoral=4,4%) au quadruple (Couffo=19,8%).

**Tableau 1.4. :**  
Les écarts entre l'IDH des hommes et l'IDH des femmes en 2004

Départements (pays)	en %
ALIBORI	3,9
LITTORAL	4,4
COLLINES	10,0
BORGOU	10,1
<b>(BÉNIN)</b>	<b>10,5</b>
ATLANTIQUE	11,0
ZOU	11,0
ATACORA	11,7
OUÉMÉ	12,3
DONGA	12,7
PLATEAU	13,7
MONO	15,2
COUFFO	19,8

*Source :* Données de l'enquête RNDH 2005.

Les départements dont l'écart d'IDH entre hommes et femmes est faible se trouvent être ceux de l'extrême sud (Littoral) et de l'extrême nord (Alibori). Rien ne permet d'expliquer ce constat. Une étude approfondie sur les composantes de l'IDH devrait éclairer sur les déterminants de la longévité et les caractéristiques des activités économiques exercées dans ces deux (2) départements qui pourraient justifier cet écart plus réduit entre les IDH des hommes et ceux des femmes au regard des statistiques (voir tableau 1.4). L'écart le plus prononcé d'IDH en matière de genre (19,8%) est observé dans le Couffo. Cet écart est dû au faible niveau d'instruction des femmes par rapport aux hommes dans le département (0,474 pour les hommes contre 0,275 pour les femmes). Ce qui a un impact

sensible sur le niveau de revenu. Cette inégalité de genre dans le Couffo se remarque également dans les autres départements. En général, de toutes les composantes de l'IDH, seule l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes (tableau 1.5).

**Tableau 1.5. :**  
Le développement humain suivant le sexe par département en 2004

	Indice de l'espérance de vie			Indice d'instruction			Indice du revenu		
	Ens.	Masc.	Fém.	Ens.	Masc.	Fém.	Ens.	Masc.	Fém.
<b>BENIN</b>	<b>0,569</b>	<b>0,554</b>	<b>0,580</b>	<b>0,431</b>	<b>0,494</b>	<b>0,359</b>	<b>0,401</b>	<b>0,407</b>	<b>0,364</b>
ALIBORI	0,524	0,502	0,534	0,352	0,394	0,301	0,337	0,337	0,348
ATACORA	0,539	0,526	0,522	0,339	0,377	0,284	0,373	0,377	0,325
ATLANTIQUE	0,591	0,572	0,616	0,463	0,527	0,389	0,371	0,381	0,312
BORGOU	0,571	0,562	0,577	0,348	0,378	0,312	0,397	0,400	0,317
COLLINES	0,586	0,580	0,600	0,493	0,554	0,434	0,411	0,423	0,368
COUFFO	0,547	0,534	0,530	0,372	0,474	0,275	0,421	0,433	0,348
DONGA	0,588	0,599	0,592	0,398	0,459	0,319	0,427	0,427	0,385
LITTORAL	0,571	0,533	0,605	0,741	0,823	0,653	0,547	0,544	0,558
MONO	0,581	0,578	0,571	0,578	0,676	0,475	0,397	0,403	0,362
OUEME	0,568	0,545	0,583	0,551	0,642	0,444	0,461	0,469	0,426
PLATEAU	0,560	0,535	0,574	0,396	0,458	0,322	0,379	0,390	0,298
ZOU	0,577	0,551	0,604	0,419	0,490	0,347	0,313	0,326	0,267

*Sources* : Enquête RNDH 2005, INSAE, 2002-RGPH 2002.

### 1.2.2.3. Les composantes de l'indicateur du développement humain

Une analyse des composantes de l'IDH permet de cibler les domaines dans lesquels le Gouvernement et la communauté des partenaires au développement devront s'investir pour la promotion d'une croissance économique soutenue et pour la contribution, de façon significative, à la fourniture des services sociaux concourant à une amélioration des conditions de vie, voire, le bien-être de la population.

#### - L'espérance de vie

L'indice de l'espérance de vie moyenne au Bénin est de 0,569 selon les résultats de l'Enquête RNDH édition 2005 (tableau 1.5). Cet indice moyen subdivise les départements en deux (2) groupes distincts.

Le premier groupe est constitué de huit départements où l'indice de l'espérance de vie est supérieur à l'indice moyen. Les populations de l'Atlantique jouissent de l'indice de l'espérance de vie le plus élevé (0,591). Elles sont suivies par celles de la Donga et des Collines dont les indices d'espérance de vie sont respectivement de 0,588 et 0,586. La population de l'Ouémé affiche un indice de l'espérance de vie presque égal à la moyenne nationale (0,568).

Le second groupe comprend les quatre autres départements où l'indice de l'espérance de vie se situe en deçà de la moyenne nationale. Il s'établit de façon décroissante comme suit : Plateau (0,560), Couffo (0,547), Atacora (0,539) et Alibori (0,524).

Parmi les départements où on observe une prévalence faible, celui qui a l'indice de l'espérance de vie le plus élevé est le département des Collines (0,586). Il est à noter que l'Alibori, qui a également une prévalence faible (0,3%), affiche l'indice de l'espérance de vie le plus faible de son groupe et au niveau national (0,524). Dans les départements où la prévalence oscille entre 1 et 2%, la Donga a, à la fois, l'indice de l'espérance de vie le plus élevé (0,588) et la prévalence la plus forte (1,2%) (tableau 1.6).

**Tableau 1.6. :**  
L'indice de l'espérance de vie et la prévalence du VIH en 2004

	Prévalence du VIH	Indice de l'espérance de vie		
		Ensemble	Masculin	Féminin
<b>BENIN</b>	<b>2,0</b>	<b>0,569</b>	<b>0,554</b>	<b>0,580</b>
ALIBORI	0,3	0,524	0,502	0,534
ATACORA	1,1	0,539	0,526	0,522
ATLANTIQUE	2,6	0,591	0,572	0,616
BORGOU	0,4	0,571	0,562	0,577
COLLINES	0,3	0,586	0,580	0,600
COUFFO	3,3	0,547	0,534	0,530
DONGA	1,2	0,588	0,599	0,592
LITTORAL	3,2	0,571	0,533	0,605
MONO	2,4	0,581	0,578	0,571
OUEME	3,1	0,568	0,545	0,583
PLATEAU	0,8	0,560	0,535	0,574
ZOU	0,8	0,577	0,551	0,604

Source : Enquête RNDH 2005, PNLIS 2005.

S'agissant des autres départements où la prévalence est supérieure à 2%, le département ayant l'indice de l'espérance de vie le plus élevé est l'Atlantique (0,591) avec une prévalence de 2,6%. Le Couffo est celui qui affiche l'indice de l'espérance de vie le plus faible (0,547) et la prévalence la plus forte (3,3%). Des études plus approfondies, notamment, l'analyse de l'évolution temporelle de la prévalence permettront, d'élucider les liens entre la prévalence du VIH et l'espérance de vie.

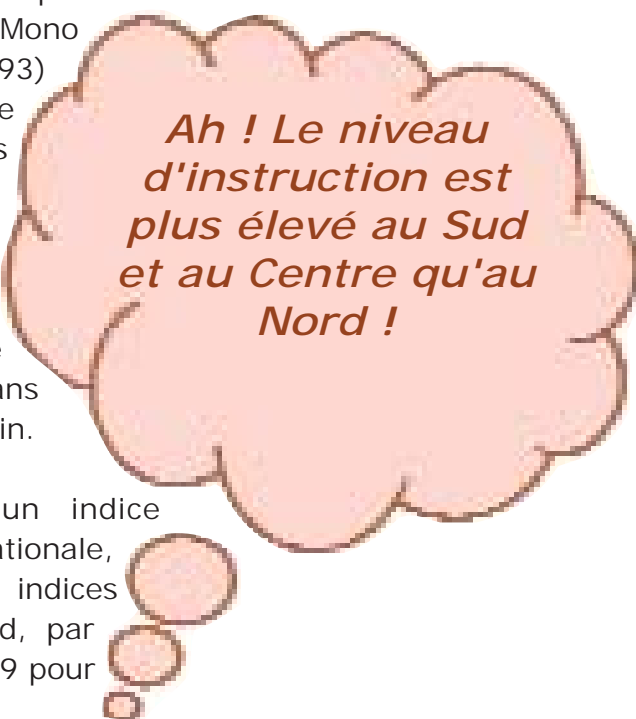
**Le Couffo est celui qui affiche l'indice de l'espérance de vie le plus faible (0,547) et la prévalence la plus forte (3,3%)**

Selon la répartition par sexe, les données recueillies indiquent que sur le plan national, l'indice de l'espérance de vie est plus élevé chez les femmes (0,580) que chez les hommes (0,554). L'analyse de cet indice par rapport à la prévalence du VIH révèle que :

- dans les départements à faible prévalence (inférieure à 1%), l'indice de l'espérance de vie est plus élevé chez les femmes (0,534 pour l'Alibori et 0,604 pour le Zou) que chez les hommes (0,502 pour l'Alibori et 0,580 pour les Collines), ce qui confirme la tendance nationale qui affiche une moyenne élevée chez les femmes (0,580) par rapport aux hommes (0,554) ;
- dans ce groupe, le département du Zou vient en tête avec un indice d'espérance de vie des femmes de 0,604, nettement supérieur à la moyenne nationale (0,569), alors que l'Alibori en bas de classement affiche un indice de 0,534 chez les femmes, ce qui dépasse largement celui des hommes de ce département, qui est par ailleurs le plus faible au plan national ;
- l'Atacora et la Donga, qui enregistrent une prévalence comprise entre 1 et 2 %, présentent une situation plus favorable aux hommes du point de vue de l'indice de l'espérance de vie. Cet indice pour les hommes est de 0,599 dans la Donga et de 0,526 dans l'Atacora contre respectivement 0,592 et 0,522 pour les femmes ;
- dans les départements à forte prévalence (supérieure à 2%), les femmes enregistrent dans la plupart des cas (3 départements sur 5) un indice supérieur aux hommes du point de vue de l'espérance de vie. Cette avancée est plus perceptible dans le département du Borgou où l'indice d'espérance de vie des femmes est le plus élevé (0,616) et dépasse largement celui des hommes (0,572) ainsi que la moyenne nationale.

## - Le niveau d'instruction

La plupart des départements du Sud et du Centre ont un indice d'instruction supérieur à l'indice moyen national d'instruction qui est de 0,431 en 2004 (tableau 1.7). Sur huit départements du Centre et du Sud, cinq ont un indice d'instruction qui se décline comme suit : Littoral (0,741), Mono (0,578), Ouémé (0,551), Collines (0,493) et Atlantique (0,463). Il convient de relever que la libéralisation des secteurs sociaux notamment celui de l'éducation a favorisé l'implantation des établissements primaire, secondaire et universitaire, plus au Sud qu'au Nord. Ces opportunités expliqueraient cette amélioration du niveau d'instruction dans les régions du Sud et du Centre du Bénin.



*Ah ! Le niveau d'instruction est plus élevé au Sud et au Centre qu'au Nord !*

Parmi les départements qui ont un indice d'instruction inférieur à la moyenne nationale, ceux du Sud et du Centre ont des indices légèrement supérieurs à ceux du Nord, par exemple, le Zou avec 0,419 contre 0,339 pour l'Atacora.

Les départements où la prévalence est inférieure à 1% sont au nombre de cinq. En leur sein, le Borgou a le plus faible indice d'instruction (0,348) alors que les Collines affichent l'indice le plus élevé (0,493), lequel est supérieur à la moyenne nationale (0,431).

Dans les deux départements (Atacora et Donga) où la prévalence est comprise entre 1 et 2%, la Donga affiche à la fois la prévalence la plus forte (1,2%) et l'indice d'instruction le plus élevé (0,398).

Parmi les cinq départements ayant une prévalence supérieure à 2%, le Couffo enregistre à la fois la prévalence la plus forte (3,3%) et l'indice d'instruction le plus faible (0,372). En revanche, le Littoral, qui affiche un indice d'instruction élevé (0,741), enregistre également une prévalence du





VIH élevée (3,2%). Le lien entre le niveau d'instruction et la prévalence du VIH nécessite une analyse plus fine. Toutefois, les plus instruits sont plus réceptifs aux messages de sensibilisation, ce qui influencera les comportements sexuels. L'analyse de l'indice d'instruction, selon le genre, présente les trois cas de figure ci-dessous, lesquels confirment la situation du pays où l'instruction touche plus les garçons que les filles. Par conséquent, cet indice est partout plus élevé chez les garçons. Les nuances rapportées ici concernent beaucoup plus les écarts observés d'une catégorie à une autre par rapport à la séroprévalence :

- dans les départements à faible prévalence (inférieure à 1%), l'indice d'instruction est compris entre 0,301 et 0,434 chez les filles contre 0,378 et 0,554 chez les garçons. Ce qui ne semble pas confirmer la tendance généralement attendue où la faible prévalence devrait être associée à un niveau d'instruction élevé ;
- dans l'Atacora et la Donga où la prévalence du VIH est située entre 1 et 2%, la situation semble plus alarmante avec un indice d'instruction beaucoup plus bas chez les filles (0,284 pour l'Atacora et 0,319 pour la Donga). Ces indices sont parmi les plus bas du pays. Pour les garçons, cet indice qui se situe au bas de l'échelle est cependant nettement plus élevé (0,377 pour l'Atacora et 0,459 pour la Donga) que chez les filles ;
- parmi les départements à forte prévalence (supérieure à 2%), le département du Couffo est en bas de classement avec un indice d'instruction de 0,372 et une répartition selon le sexe très défavorable aux filles (0,275) par rapport aux garçons (0,474).

**Tableau 1.7. :**  
L'indice d'instruction en 2004

	Prévalence VIH	Indice d'instruction		
		Ensemble	Masculin	Féminin
<b>BENIN</b>	<b>2,0</b>	<b>0,431</b>	<b>0,494</b>	<b>0,359</b>
ALIBORI	0,3	0,352	0,394	0,301
ATACORA	1,1	0,339	0,377	0,284
ATLANTIQUE	2,6	0,463	0,527	0,389
BORGOU	0,4	0,348	0,378	0,312
COLLINES	0,3	0,493	0,554	0,434
COUFFO	3,3	0,372	0,474	0,275
DONGA	1,2	0,398	0,459	0,319
LITTORAL	3,2	0,741	0,823	0,653
MONO	2,4	0,578	0,676	0,475
OUEME	3,1	0,551	0,642	0,444
PLATEAU	0,8	0,396	0,458	0,322
ZOU	0,8	0,419	0,490	0,347

*Source* : Enquête RNDH 2005 et PNL 2004.

L'indice le plus élevé de cette catégorie est celui du Littoral (0,741) réparti à raison de 0,823 pour les garçons et 0,653 pour les filles.

- Le revenu

*Félicitations, j'ai vu ton nom sur la liste des nouveaux bacheliers du Lycée. Pourquoi pleures-tu, c'est l'émotion ou quoi?*



Au Bénin, le revenu est inégalement réparti selon les caractéristiques des ménages et leurs sources de revenu. En 2004, le revenu moyen annuel d'un ménage au niveau national est estimé à 398.417 FCFA (Enquête RNDH, 2005). Pendant que la principale source de revenu des ménages urbains est constituée des salaires et des revenus non agricoles, en milieu rural, les ressources tirées de l'agriculture représentent la composante la plus importante. Dans cette rubrique, il sera analysé deux groupes de revenus : ceux des ménages dont le chef est supposé sain et ceux des ménages ayant pour chef, une personne vivant avec le VIH.

- **Les revenus des ménages par département**

Les ménages du département du Littoral ont un revenu moyen annuel de 959.470 FCFA contre 236.008 FCFA dans le département du Zou où les femmes ont le plus bas niveau de revenu moyen annuel, soit 179.047 FCFA (tableau 1.8). Dans l'ensemble, le sexe du chef de ménage est un facteur discriminant du niveau de revenu. Les hommes, chefs de ménages, ont un revenu supérieur à celui des femmes sauf dans les départements de l'Alibori et du Littoral. Le niveau du revenu moyen annuel des femmes dans le Littoral est de 1.023.563 FCFA contre 942.846 FCFA pour les hommes. Ce qui pourrait s'expliquer par la forte prépondérance des femmes dans le commerce.

Dans les régions du Nord, le revenu est plus faible et provient essentiellement de l'agriculture. Or, la qualité des sols arables n'est pas des meilleures, surtout dans l'Atacora et la Donga, du fait des chaînes de montagnes. Le rendement à l'hectare y est faible. De même, dans le Couffo, l'agriculture n'est pas florissante en raison de l'infertilité des sols cultivables. Dans tous ces départements où l'infertilité des sols ne favorise pas l'agriculture, les activités non agricoles ne sont pas très développées à l'exception de quelques pôles d'attraction comme les communes de Djougou au Nord et d'Aplahoué au Sud où les transactions commerciales sont importantes et pourvoyeuses de revenus.

*Le sexe est un facteur discriminant du niveau de revenu. Les hommes ont un revenu supérieur partout sauf dans l'Alibori et le Littoral.*



La libéralisation du secteur financier ayant entraîné la multiplicité des institutions de microfinance a contribué à assurer un appui financier aux activités génératrices de revenus qui sont l'apanage des femmes. La plupart d'entre elles ont bénéficié de cette opportunité sur toute l'étendue du territoire national et surtout dans les villes.

Le niveau de revenu et la pauvreté au Bénin montrent que l'incidence de la pauvreté est plus prononcée dans les départements du Nord (Atacora, Donga, Alibori et Borgou) ainsi que dans le Couffo et le Plateau (tableau 1.9). Dans ces départements, plus de la moitié de la population souffre de la pauvreté humaine. Ce résultat peut s'expliquer par le faible niveau d'instruction et le faible accès à l'eau potable.

**Tableau 1.8. :**  
**Le revenu selon le genre en 2004**

	Prévalence du VIH	Revenu en FCFA en 2004		
		Ensemble	Masculin	Féminin
BENIN	2,0	398.417	413.032	320.678
ALIBORI	0,3	273.049	272.728	290.721
ATACORA	1,1	337.294	345.539	253.585
ATLANTIQUE	2,6	332.902	353.712	234.972
BORGOU	0,4	389.981	397.901	242.183
COLLINES	0,3	423.538	456.753	327.845
COUFFO	3,3	449.929	482.565	291.512
DONGA	1,2	467.116	468.025	363.647
LITTORAL	3,2	959.470	942.846	1.023.563
MONO	2,4	390.765	405.128	316.566
OUEME	3,1	570.924	599.074	462.943
PLATEAU	0,8	350.499	374.793	215.495
ZOU	0,8	236.008	255.684	179.047

*Source* : PNL5 2004 (pour les prévalences du VIH). Les revenus sont calculés à partir des données de l'enquête RNDH 2005.

### **Les revenus des ménages dont le chef est une personne vivant avec le VIH/SIDA**

Les revenus moyens annuels des ménages ayant comme chef une PVVIH sont inférieurs à ceux des ménages supposés sains de presque de moitié (tableau 1.10). Les sources de revenu des PVVIH sont constituées de produits agricoles surtout en milieu rural, des dons en numéraires et en nature provenant des parents, des alliés, des amis et des enfants majeurs. Les dons en nature prennent la forme des plats préparés et des vivres reçus, en l'occurrence, par le biais de la prise en charge nutritionnelle des associations et organisations non gouvernementales. La part la plus importante des

dons en nature reçus, de façon régulière, provient des structures morales de prise en charge. L'aide financière, la vente de détails, les prestations de service (coiffure, couture et la conduite des véhicules) et les jobs constituent l'essentiel des sources des numéraires des PVVIH. L'exercice de ces activités n'est facile que lorsque la population ignore leur séropositivité<sup>3</sup>.

**Tableau 1.9. :**  
Le revenu et l'incidence de pauvreté en 2004

	Revenu en FCFA 2004			IPH 2004
	Ensemble	Masculin	Féminin	
BENIN	398.417	413.032	320.678	49,7
ALIBORI	273.049	272.728	290.721	66,5
ATACORA	337.294	345.539	253.585	61,7
ATLANTIQUE	332.902	353.712	234.972	43,4
BORGOU	389.981	397.901	242.183	55,8
COLLINES	423.538	456.753	327.845	48,0
COUFFO	449.929	482.565	291.512	55,5
DONGA	467.116	468.025	363.647	61,7
LITTORAL	959.470	942.846	1.023.563	21,3
MONO	390.765	405.128	316.566	45,7
OUEME	570.924	599.094	462.943	44,9
PLATEAU	350.499	374.793	215.495	52,5
ZOU	236.008	255.684	179.047	47,7

*Source* : Calculs faits à partir des données de l'enquête RNDH 2005.

Il convient de noter que les PVVIH n'effectuent que des dépenses pour la plupart incompressibles. Il s'agit des dépenses alimentaires et de transport. Il n'est pas rare de constater que les PVVIH

**Tableau 1.10. :**  
Les revenus et les dépenses moyens annuels des ménages des PVVIH et des non-PVVIH (en francs CFA)

	Revenus moyens annuels des ménages non-PVVIH	Revenus moyens annuels des ménages PVVIH <sup>4</sup>	Dépenses moyennes annuelles des ménages PVVIH
Homme	413.032	217.869	210.739
Femme	320.678	166.629	162.454
Ensemble	398.417	183.894	182.571

*Source*: Résultats de l'enquête RNDH 2005.

<sup>3</sup> Etat d'une personne qui est VIH positive.

<sup>4</sup> Personne vivant avec le VIH (PVVIH).

prennent un seul repas par jour. Les enfants de moins de 15 ans, ayant un revenu sont ceux qui n'ont pas bénéficié d'un ménage d'accueil du fait de la stigmatisation. Il s'agit souvent des personnes fournissant des services domestiques rémunérés par des gratifications et des repas. L'indice de revenu au plan national est de 0,407 pour les hommes et de 0,364 pour les femmes. Selon les cas de figure analysés, les situations suivantes se présentent :

- dans les départements à faible prévalence (inférieure à 1%), à l'exception du département de l'Alibori où les femmes enregistrent un indice supérieur (0,348) à celui des hommes (0,337), l'écart entre les deux sexes est partout ailleurs relativement plus important au détriment des femmes.
- dans l'Atacora et la Donga où la prévalence est comprise entre 1 et 2%, l'indice de revenu est toujours plus élevé chez les femmes (0,377 pour les femmes contre 0,325 pour les hommes dans l'Atacora et 0,427 pour les femmes contre 0,385 les hommes dans la Donga). De plus, la situation des femmes de ces départements est meilleure à celle des autres départements ayant une faible prévalence (cas du Zou où l'indice des femmes est de 0,267 et du Plateau où l'indice des femmes est de 0,298) ;
- dans les départements à forte prévalence (supérieure à 2%), seul le Littoral affiche un indice de revenu plus élevé chez les femmes (0,558) que chez les hommes (0,544). On relève que l'indice de revenu chez les femmes du Littoral dépasse largement la moyenne nationale chez les hommes (0,407) et la moyenne nationale tous sexes confondus (0,401).

Le niveau de revenu des ménages PVVIH est différencié par le groupe d'âge du chef de ménage (tableau 1.11). Les PVVIH ayant plus de 46 ans d'âge ont le niveau de revenu le plus élevé

**Tableau 1.11. :**  
La répartition des revenus (en FCFA) des ménages des PVVIH selon les groupes d'âge

Classes d'âge	Revenus moyens annuels des ménages PVVIH	Revenus annuels par tête
Moins de 15 ans	81.945	27.315
15 - 24 ans	218.393	72.798
25 - 45 ans	174.933	58.311
46 ans et plus	230.487	76.829
Ensemble	183.894	61.298

*Source* : Résultats de l'enquête RNDH 2005.

(230.487 FCFA). Selon les résultats de l'enquête RNDH 2005, ce niveau de revenu provient des transferts des enfants majeurs des PVVIH et du nombre important des personnes qu'ils connaissent. Les chefs de ménages malades du SIDA dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans ont un niveau de revenu de 218.393 FCFA. Ce revenu est constitué de la rémunération des petits jobs, des aides financières et des plats préparés valorisés au prix du marché.

- **Le cas des professionnelles du sexe (PS) et leurs clients**

Selon les résultats de l'enquête de surveillance des comportements à risque au Bénin (INSAE, 2004-ESCB) organisée en novembre 2004, la prévalence de l'infection à VIH au sein des professionnelles du sexe (PS) est estimée en 2004 à 27,9% avec des variations régionales notables comme le montre le tableau 1.12. Cette prévalence est deux fois plus faible que celle de l'enquête organisée en 1999 (55%). Quel que soit le département, au moins 20% des PS enquêtées sont infectées par le VIH. Concernant les clients des PS, la prévalence du VIH pour la même enquête est de 4,3%. Elle varie de 1,7% à 6,9% selon les départements. Selon les résultats de la même enquête, dans les départements de l'Ouémé/Plateau et de l'Atlantique/Littoral, trois PS sur dix sont infectées par le VIH.

**Tableau 1.12. :**  
La prévalence estimée chez les PS selon les anciens départements en 2004

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

*Source* : PNLs, 2004.

### 1.2.3. L'indicateur du développement humain et la société au Bénin

En dehors des composantes de l'IDH analysées plus haut, d'autres possibilités complémentaires existent dans le cadre du processus DHD. On peut citer certaines parmi les plus importantes, à savoir : pouvoir exercer tous ses droits, pouvoir exprimer sa créativité, pouvoir jouir de libertés politiques, etc. Dans le cadre du présent Rapport, il importe de se pencher sur tous les aspects importants du DHD qui sont directement touchés par l'épidémie du VIH/SIDA. Il s'agit notamment : (i) de la discrimination et l'exclusion des personnes vivant avec le VIH/SIDA et (ii) de la stigmatisation.


#### 1.2.3.1. La discrimination et l'exclusion

Les enjeux autour de la discrimination et de l'exclusion liées au VIH/SIDA s'articulent autour de plusieurs préjugés. Ceux-ci dépendent de la perception que la communauté attache à cette infection.

##### - La discrimination

Certaines personnes, environ 15% de la population, perçoivent le VIH/SIDA comme une sanction surnaturelle, d'autres (82%) estiment qu'elle est une conséquence de l'immoralité. Dans l'un ou dans l'autre cas, la personne atteinte est considérée comme une victime de son comportement répréhensible et la société développe, envers elle, un sentiment de désapprobation et d'ostracisme.

Au Bénin, la séropositivité est gérée de façon prudente, parfois fataliste. Elle engendre fréquemment la discrimination qui se résume en des actes de désaffection, de désapprobation de la personne atteinte. Des actes blâmables posés envers les personnes atteintes constituent des données de réflexion et des sujets d'anxiété pour celles-ci. D'un autre côté, la discrimination génère une opposition à la diffusion de l'information sur le risque de transmission du VIH/SIDA par les personnes atteintes. Or,



*Le SIDA n'est ni une sanction surnaturelle, ni une transgression des lois de la nature ou celles établies par les ancêtres.*



ces dernières sont des témoignages vivants et des preuves tangibles pour la persuasion des sceptiques. La réticence ou la non-participation des personnes atteintes à la sensibilisation pour une prise de conscience effective de l'existence de la maladie est perçue comme une négation de la prévention. La discrimination réduit, de ce fait, les capacités de la prévention à limiter l'extension de la maladie. Elle est un obstacle qui empêche des personnes supposées saines de connaître leur statut sérologique. La discrimination envers les personnes séropositives se manifeste sous plusieurs formes.

La conception selon laquelle le VIH/SIDA est une sanction des forces surnaturelles, suite à une transgression des lois de la nature ou celles établies par les ancêtres, fait école surtout en milieu rural. La personne séropositive est identifiée comme un damné sur lequel s'abat une malédiction. Considérée comme *persona non grata*, la personne atteinte peut devenir la proie des pratiquants véreux de la science divinatoire lorsqu'elle est en quête d'une guérison surnaturelle. Il convient de souligner que 72% de la population rurale ont recours aux guérisseurs traditionnels en cas de maladie. D'autres guérisseurs considèrent le patient vivant avec le VIH/SIDA comme une personne à sauver des conséquences du non-respect des normes sociales. Face à l'incapacité de guérir la maladie par les méthodes traditionnelles, certains tradipraticiens finissent par orienter le malade vers les formations sanitaires. La discrimination a également pour substrat la crainte de la contagion.

Le VIH/SIDA est encore considéré comme une maladie contagieuse par 91% de personnes. Ces dernières évitent tout contact avec les personnes atteintes. Ce faisant, elles font souffrir les PVVIH surtout si ce comportement émane des proches parents et des amis. Par ailleurs, volontairement et par résignation, les personnes atteintes entretiennent cette crainte ne sachant pas que cette maladie n'est pas contagieuse. Elles s'auto-excluent en se tenant de leur propre gré à l'écart, de peur de contaminer leurs proches.

Le rejet ou l'abandon d'une personne atteinte est parfois motivé par ce qu'il convient d'appeler «la trappe de la pauvreté en médecine». Il s'agit des cas où les familles pauvres affectées (2,3%) se trouvent souvent confrontées au dilemme suivant : traiter une maladie ou assister de façon passive un malade jusqu'à la mort afin de subvenir aux besoins de la progéniture. Cette position rationnelle d'assister de façon passive



un malade condamné à mourir, n'est pas vécue sans une extrême douleur pour la famille. Dans ces conditions de précarité, le devoir de solidarité trouve ses limites.

La méconnaissance des modes de transmission du VIH et la crainte absolue de contracter la maladie demeurent les déterminants de l'exclusion. Elle se manifeste au triple plan familial, social et professionnel.

### *\* Au plan familial*

En raison de l'instabilité ou de la détérioration des relations, 57% des personnes s'abstiennent d'informer leurs proches parents et les personnes importantes de leur entourage de leur séropositivité (encadré 1.1). En effet, les personnes atteintes ont plus besoin de proches parents, susceptibles de prendre soin d'eux en période de traitement des maladies opportunistes et autres. Par exemple, une femme séropositive a été congédiée parce que son mari n'a plus les moyens de prendre en charge ses soins médicaux.

#### **Encadré 1.1. :**

##### **Le témoignage d'un séropositif exclu de la famille par sa mère**

Il est marié et père d'une fille. Contraint de quitter la maison familiale pour aller vivre dans une autre ville du pays loin de plus de 700 km, il raconte :

«Après avoir pris la décision de venir mourir au pays, je suis entré en famille avec ma femme et ma fille venant tous d'un pays voisin. Au lendemain de mon arrivée, j'ai informé ma mère de ma séropositivité ainsi que de celle de mon épouse. Heureusement, ma fille n'est pas atteinte. Ma mère est la personne qui m'est la plus chère et à qui je n'ai jamais cessé d'apporter mon soutien tant matériel que financier. Le troisième jour de l'annonce de mon statut sérologique à ma mère, grande fut ma surprise, quand elle s'est levée à l'aube et s'est mise à crier au milieu de la concession en appelant mon nom pour m'intimer l'ordre de quitter la maison pour ne pas contaminer le reste de la famille. J'ai demandé l'intervention de mon jeune frère pour apaiser les inquiétudes de notre mère mais en vain. Ce jeune frère souhaitait également mon départ de la maison. Humilié et ne voulant plus vivre plus longtemps une telle disgrâce, j'ai décidé de partir de la maison familiale».

*Source* : Témoignage recueilli et rapporté par l'équipe de rédaction.

### *\* Au plan social*

La pensée qui assimile le VIH/SIDA à la mort reste encore vivace dans l'esprit de la population malgré les "résurrections" inimaginables des PVVIH après un traitement à base d'ARV. La faible connaissance et la crainte de la maladie empêchent une frange importante de la population (30%) de mesurer le progrès réalisé par la médecine dans le domaine à cause de l'issue supposée fatale de cette maladie.

Certaines civilisations évacuent la résidence ou le village après l'enregistrement d'un décès au sein de la famille. La mort précoce est corrélée à la malédiction. Par conséquent le VIH/SIDA s'apparente à la malédiction. Les personnes atteintes du VIH/SIDA se trouvent rejetées par la société. Dans certains cas, elles sont réticentes à parler de leur séropositivité avec les conseillers des centres de prise en charge de peur d'être montrées du doigt dans la rue, en tant que personnes vivant avec le VIH.

Nonobstant la création des associations des personnes vivant avec le VIH, les personnes atteintes souffriront cruellement du rejet et de l'abandon au moment où elles ont le plus besoin de la solidarité communautaire. C'est dans ce creuset qu'elles se soutiennent mutuellement soit en partageant la résidence avec celles qui sont renvoyées de leur domicile, soit en venant financièrement en aide aux plus démunies d'entre elles.



Dans certains cas, les membres de l'association se constituent en famille pour demander la main d'une femme séropositive, pour célébrer un mariage ou le baptême d'un nouveau né.

### *\* Au plan professionnel*

*... le long du corridor Abidjan-Lagos, la prévalence du VIH en février 2005 est de 8,4% pour l'ensemble des groupes cibles*

Parmi les personnes vivant avec le VIH, 16,2% de cas de rupture de contrat professionnel ont été enregistrés malgré l'interdiction des licenciements pour raison de séropositivité (Résultats de l'enquête RNDH sur les PVVIH). Certes, les raisons évoquées pour justifier l'arrêt de travail des personnes atteintes n'ont jamais trait à leur état de santé défaillant. Mais en réalité, le contexte dans lequel interviennent ces licenciements porte à croire que la séropositivité des intéressés est à la base de leur éjection du cadre de travail.

Le cas des routiers peut être considéré comme illustrant un aspect de l'impact du développement sur l'évolution du VIH/SIDA dans le monde du travail, notamment le long des axes routiers les plus développés du pays.

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

Le long de l'axe Lagos-Abidjan, plusieurs de ces populations à risque ont bénéficié du Projet Régional Commun de Prévention et de Prise en charge des IST/VIH/SIDA. En collaboration avec les ONG et associations communautaires, le projet a formé plus de 1.100 pairs éducateurs dont 182 camionneurs, 38 membres des corps habillés et 139 professionnelles du sexe. Du 10 novembre au 07 décembre 2004, une caravane de sensibilisation dénommée «*la caravane pour la vie*» a été organisée le long de cet axe. Le nombre de préservatifs vendus a augmenté rapidement depuis le début du projet où moins de 10% de sites potentiels vendaient des condoms. En effet 2.917.806 préservatifs ont été distribués en 2005 contre 972.237 en 2003. Les centres de dépistage volontaires (CDV) sont passés de 3 au démarrage du projet à 11 en 2005.

Sur les sites du corridor Lagos-Abidjan, 2.775 cas d'IST ont été traités, 118 personnes sous ARV dont 103 au Bénin. Le projet a répertorié 770 orphelins et enfants vulnérables (OEV). Parmi ces

OEV, 356 bénéficient d'un soutien alimentaire et 135 sont scolarisés. Le long des autres axes notamment Cotonou-Niamey et Cotonou-Ouagadougou, il n'existe pas encore un projet spécifique semblable à celui de l'axe Lagos-Abidjan. Toutefois certains projets comme SIDA3 et Benin HIV Aids Prevention Program (BHAPP) ont développé d'importantes actions sur les portions nationales de ces axes au profit des groupes à risque. Ainsi, au cours de la période 2004-2005, 2.692 pairs éducateurs ont été formés. Un programme de communication de proximité a été développé dans le Borgou à travers les services à base communautaire offerts par 62 relais communautaires formés.

### 1.2.3.2. La stigmatisation

Au Bénin, à l'instar d'autres pays touchés par l'infection, la séropositivité est toujours vécue comme un drame, un tabou, une honte dans de nombreuses familles et sociétés. L'ampleur de la maladie est attachée à la désignation de certains groupes-tels que les femmes, les professionnelles du sexe, les serveuses dans les bars et les maquis, les routiers-comme des «groupes à risque», ce qui a entraîné la stigmatisation de ces groupes et de ces personnes. Comme le déclarait Goffman (1975), *«la notion de stigmaté implique moins l'existence d'un ensemble d'individus concrets séparables en deux colonnes, les stigmatisés et les normaux, que l'action d'un processus social omniprésent qui amène chacun à tenir les deux rôles, au moins sous certains rapports et dans certaines phases de la vie. Le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes, mais des points de vue. Ces points de vue sont socialement produits lors des contacts mixtes, en vue des normes insatisfaites qui influent sur la rencontre»*.

C'est pour cette raison que les personnes supposées saines et les personnes atteintes évitent au maximum d'entrer en contact ou de parler de la maladie, de peur d'adopter des attitudes réservées ou d'exprimer des opinions susceptibles d'indisposer les personnes infectées et affectées. Pour pallier la difficulté éprouvée par une personne atteinte d'annoncer sa sérologie aux proches parents qui sont supposés être les personnes de dernier recours en cas de détresse, le Gouvernement a installé des points de dépistage volontaire et de prise en charge.

**... la séropositivité est toujours vécue comme un drame, un tabou, une honte dans de nombreuses familles et sociétés**

*... rares sont les familles (4,1%) qui connaissent la sérologie de leurs membres*

De par leurs interventions, ces structures permettent d'éviter toute situation qui engendrerait l'effroi et la désolation à l'annonce du résultat positif, pour aider la personne atteinte à accepter et à assumer sa séropositivité.

En outre, une personne atteinte se doit d'informer ses proches parents. Mais, rares sont les familles (4,1%) qui connaissent la sérologie de leurs membres. Les personnes infectées désirent réellement partager leur sérologie mais la peur d'être la risée des proches et de cristalliser les tensions familiales, les retient. La stigmatisation des séropositifs apparaît comme un sceau de disqualification de l'individu au sein de sa communauté.

De tous les groupes touchés par la maladie, les professionnelles du sexe, sont les plus stigmatisées. Cependant, à ce jour, aucune chaîne de solidarité n'existe encore pour accompagner ce groupe social dans la gestion des conséquences du VIH/SIDA. Aujourd'hui, elles sont entièrement prises en charge par le Projet SIDA3.

La diversité des formes que prennent la discrimination et la stigmatisation ainsi que les logiques qui les entretiennent appellent une multiplicité de réponses. Une partie d'entre elles relève d'une approche de santé publique : l'information sur les modes de transmission et l'accès aux modes de prévention réduiraient la crainte de la contamination. La généralisation de l'accès au traitement permettra, entre autres, de renouer des relations thérapeutiques satisfaisantes. L'accès aux traitements et leur gratuité pour le plus grand nombre de personnes permettront aux familles d'éviter le cercle vicieux de la pauvreté. D'autres réponses relèvent d'une approche juridique : le Parlement a voté des lois protégeant les droits des personnes atteintes de SIDA et victimes de discrimination.

### 1.2.3.3. Le SIDA et le droit

Le droit peut se révéler utile à la fois pour protéger les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) contre la discrimination et la stigmatisation, mais également pour protéger les personnes séronégatives contre la volonté criminelle de certaines PVVIH à se venger de la société en devenant des vecteurs de contamination.

S'agissant de la protection juridique des PVVIH, le Bénin s'ouvre à la pleine reconnaissance de leurs droits et de ceux des malades du Sida, comme des citoyens à part entière. A cet effet, le Parlement a voté la loi n° 2005-31 du 18 août 2005 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin. Cette loi, qui est en instance de promulgation, dispose que « *toute personne atteinte d'une infection sexuellement transmissible (IST) ou vivant avec le VIH, doit jouir, sans discrimination, de ses droits civils, politiques et sociaux (logement, éducation, emploi, santé, protection sociale, etc.)* » (Article 1er).

Face aux attitudes, comportements, déclarations et actions répréhensibles dont sont victimes les PVVIH dans divers secteurs socioprofessionnels, le législateur pose ainsi les bases juridiques pour la mise en place d'un système de régulation et d'intégration dont la finalité est d'agir sur les mentalités et la conscience collective. En effet, la non-reconnaissance du droit des PVVIH par l'opinion publique tend à faire de leur prise en charge psychosociale, une prérogative du Gouvernement et des partenaires au développement.

La lutte contre le VIH/SIDA, en plus d'être transdisciplinaire, participative, communautaire, etc., devrait promouvoir des lois sur les aspects suivants :

- le droit des PVVIH à l'information et au traitement sur toute l'étendue du territoire, dans les structures et formations sanitaires spécialisées ; le traitement qui couvre les conseils, l'appui psychosocial, nutritionnel, médical et matériel, devra être fourni par la famille, l'Etat et ses structures déconcentrées et décentralisées, la société civile, les communautés et tout individu en position d'apporter assistance tout en respectant la dignité de la personne humaine ;
- le droit des enfants mineurs des personnes décédées des suites du SIDA ; ces enfants devront bénéficier de la part des familles et de la communauté, de l'assistance et du secours dans les domaines nutritionnel, sanitaire et éducationnel, et de protection contre la stigmatisation ;

***Le droit peut se révéler utile à la fois pour protéger les PVVIH contre la discrimination et la stigmatisation, mais également pour protéger les personnes séronégatives contre la volonté criminelle de certaines PVVIH à se venger de la société en devenant des vecteurs de contamination***

**...les dispositions légales, en plus de protéger les PVVIH en général, devraient prévoir,**

**...le droit des femmes à exiger le port du préservatif en cas de doute sur le statut sérologique de leur(s) partenaire(s)**

**...des sanctions sévères contre les PVVIH mal intentionnées qui contaminent délibérément d'autres personnes**

- le droit des personnes vivant avec le VIH en milieu de travail dans les secteurs public, semi-public et privé ; il s'agit de garantir des emplois aux PVVIH et de lutter contre les abus et la discrimination visant ces personnes. En effet, le droit du travail devrait s'appliquer sans aucune restriction ni particularité pour les PVVIH. En revanche, tous les employeurs devraient contribuer à promouvoir une vie décente aux orphelins et enfants vulnérables du SIDA dans les familles d'accueil ;
- l'éthique médicale pour donner confiance aux patients et pour assurer un suivi médical.

Le non-respect des droits des PVVIH expose les mis en cause à des peines (amendes et emprisonnements), mais le caractère répressif de la loi devra être considéré avant tout comme un élément essentiel dans la sensibilisation de l'opinion publique. Cet état de droit est en outre une régulation pour promouvoir des comportements sans risque et responsables dans les familles des personnes infectées.

Par ailleurs, il n'est pas rare de rencontrer des PVVIH qui entreprennent de se venger de la société en contaminant délibérément des personnes séronégatives au moyen de rapports sexuels non protégés. En effet, l'enquête sur les PVVIH a permis de constater un seul cas de personne infectée par une PVVIH qui est sous traitement ARV et deux cas de PVVIH qui transmettent le VIH en réaction à la frustration occasionnée par les défaillances de la prise en charge au niveau des structures sanitaires. Par conséquent, les dispositions légales, en plus de protéger les PVVIH en général, devraient prévoir, entre autres :

- des sanctions sévères contre les PVVIH mal intentionnées qui contaminent délibérément d'autres personnes. Les peines encourues devraient aller jusqu'à l'emprisonnement et à la mise en quarantaine ;
- le droit des femmes à exiger le port du préservatif en cas de doute sur le statut sérologique de leur(s) partenaire(s). Une personne mariée dont le partenaire a des comportements sexuels à risque en dehors du ménage devrait avoir le droit d'exiger le port du préservatif à l'intérieur du ménage.



#### 1.2.4. L'insuffisance du développement humain et le VIH/SIDA au Bénin

Toutes les dimensions du développement humain influent sensiblement sur le comportement des individus, en l'occurrence, l'instruction. L'insuffisance de l'instruction est un facteur qui favorise la propagation de l'épidémie. Mais la connaissance peut être transmise à travers des canaux autres que formels et pourraient, comme l'instruction, influencer positivement les comportements sexuels.

Les groupes sociaux à haut risque tels que les jeunes filles déscolarisées, les professionnelles du sexe et les routiers rassemblent majoritairement des personnes dont le niveau d'instruction est inférieur au niveau secondaire et ayant une faible éducation sociale dans le domaine du VIH/SIDA, ce qui ne leur permet pas d'apprécier la gravité des comportements à risque. La prévalence du VIH au sein de ces groupes sociaux est élevée comparativement à la prévalence nationale de la maladie (2% en 2004).

Les membres de ces groupes à haut risque sont ceux qui représentent les vecteurs de transmission de la maladie au sein de la population et l'infection continuera à se propager si rien n'est fait à leur endroit. La source principale d'infection par le VIH étant la voie sexuelle, il s'avère nécessaire que des actions appropriées de communication pour un changement de comportement soient renforcées en direction de ces groupes spécifiques.

La pauvreté étant l'un des facteurs de la prostitution, il est heureux de constater qu'il y a une faible proportion de professionnelles du sexe (PS) au Bénin (environ 0,13% de la population dont 10% de béninoises) où l'incidence de la pauvreté monétaire avoisine 30% et celle de la pauvreté d'existence s'établit à 48,4% (INSAE 2004). En dépit de cette faible proportion de PS, ce groupe est à haut risque surtout lorsque la prostitution est clandestine.

*Les groupes sociaux à haut risque ... rassemblent majoritairement des personnes dont le niveau d'instruction est inférieur au niveau secondaire*

### 1.3. Les dimensions du développement humain influant sur le VIH/SIDA

Le bilan de la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA permet d'identifier les contraintes et les atouts majeurs du Bénin en matière de lutte contre le VIH/SIDA et de développement humain.

#### 1.3.1. Les contraintes à la lutte contre le VIH/SIDA et au développement humain

*... On ne devrait pas lister toutes les stratégies possibles, il faut identifier celles qui nous permettent de contourner les grandes contraintes*

*... et de nous appuyer sur nos atouts majeurs !*

Quatre grandes contraintes apparaissent au terme de l'analyse de la situation et de l'évolution du VIH/SIDA en rapport avec le processus de développement humain dans le pays. Elles portent sur un fort déficit d'instruction, de graves insuffisances en matière de couverture géographique des activités et des infrastructures, la pauvreté ambiante et les migrations.

##### 1.3.1.1. Un fort déficit en matière d'instruction



Le niveau d'instruction est un facteur important dans la connaissance du VIH/SIDA et dans l'attitude vis-à-vis des personnes infectées. L'enquête de surveillance des comportements à risque a révélé en 2005 que 84,6% des garçons et 83% des filles de 15-24 ans savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut être séropositive. En revanche, seulement 72% des adolescents et 67,4% des adolescentes non scolarisés en sont informés.

Par ailleurs, en 2001, 71% des professionnelles du sexe qui ont un niveau d'études secondaires connaissaient mieux le VIH/SIDA que celles qui sont illettrées et celles qui n'ont été scolarisées que jusqu'au niveau de l'école primaire (62% seulement de ces deux dernières catégories maîtrisaient la question).

De même, dans la catégorie des camionneurs, le niveau d'instruction est déterminant. Plus ils sont instruits, plus ils savent

discerner les bonnes et les mauvaises informations sur le VIH/SIDA. En effet, 77% des routiers de niveau secondaire maîtrisent ces questions contre 53% des routiers de niveau primaire. Comme on peut le constater, l'écart entre les deux groupes est relativement important (24%).

On se rend bien compte que l'instruction joue un rôle déterminant dans l'accès à la bonne information sur le VIH/SIDA. Cela montre combien sont importants des éléments comme la scolarisation des enfants et l'alphabétisation des adultes au sein de la population en général.

Malheureusement, les statistiques béninoises sur la scolarisation et l'alphabétisation sont assez préoccupantes, voire alarmantes. En effet, en 2003, 53,6% des hommes et 77,4% des femmes souffrent d'analphabétisme au Bénin pendant que le taux brut de scolarisation combiné (du primaire au supérieur) ne dépasse guère 55% en 2003.

*... Chez les camionneurs, les PS et les jeunes, les personnes les plus instruites sont ceux qui connaissent mieux le VIH/SIDA et peuvent s'en méfier...*

Pourtant, les entretiens avec les groupes cibles montrent que les populations sont conscientes du rôle que joue l'éducation dans le développement. En règle générale, le problème de l'insuffisance de scolarisation des enfants ne réside pas seulement dans le manque de volonté des parents, mais aussi dans le coût élevé de la scolarisation, l'insuffisance de la couverture en infrastructures scolaires et l'insuffisance de personnel enseignant qualifié.

*... Cela veut dire que plus le développement humain est élevé plus les gens savent comment se protéger contre le VIH/SIDA ...*

On observe toutefois des disparités importantes entre les villes et les zones rurales. Dans ces dernières, les niveaux de scolarisation des enfants sont particulièrement bas. Ceci est probablement dû au fait que les populations rurales sont très attachées à l'apport du travail des enfants et qu'il faut raisonner ici en termes de coût d'opportunité. L'activité agricole, grande consommatrice de main-d'œuvre familiale, structure une grande partie du monde rural, notamment les zones de production du coton.

Ainsi, en zone rurale, la contribution des enfants à la production agricole prend le dessus sur leur scolarisation. Dans le même temps, les organisations paysannes canalisent une partie substantielle des ressources vers l'éducation. Une stratégie en faveur du développement humain devrait tirer leçon de ces constats et viser la diffusion d'initiatives concluantes en la matière.



En effet, les communautés villageoises instruites sont plus prédisposées à : (i) une meilleure connaissance du VIH/SIDA, de ses modes de transmission et des moyens de prévention ; et (ii) un développement humain endogène. Une instruction plus élevée est également une des conditions majeures pour rendre plus aisée la victoire sur plusieurs autres maladies.

A long terme, une bonne qualité de l'éducation contribue à des changements socioculturels tels que l'habilitation des femmes. Ces dernières accéderont ainsi à plus de pouvoir, négocieront mieux leur sexualité et participeront davantage aux prises de décisions économiques et politiques. Autrement dit, l'éducation, en augmentant le pouvoir des femmes, permettra la réduction de leur vulnérabilité au VIH/SIDA.

De plus, l'éducation ne réduira pas uniquement la vulnérabilité des femmes, mais également celle de toutes les catégories exposées au risque d'infection par le VIH. Ainsi, les populations rurales sont plus exposées que celles des villes, en raison, entre autres, de la différence de niveau d'instruction. On peut donc ralentir l'évolution de l'épidémie en élevant le niveau d'instruction des populations. Il s'agit malheureusement d'un facteur qui n'agira que sur le long terme. Mais il faut l'exploiter à fond dès à présent.

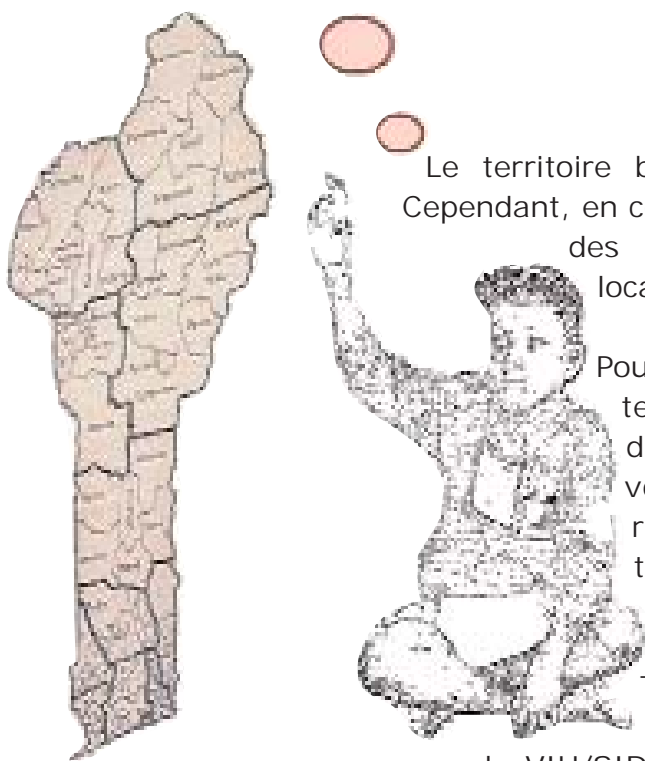
*Ca alors ! Serions-nous incapables de couvrir un pays de superficie aussi petite ? On le fait pourtant pour la sécurité transfusionnelle.*

### 1.3.1.2. De graves déficiences en matière de couverture géographique des activités et des infrastructures

Le territoire béninois s'étend seulement sur 114.789 km<sup>2</sup>. Cependant, en ce qui concerne la couverture des interventions et des investissements, on note une disparité d'une localité à une autre.

Pour mieux appréhender la question de la couverture territoriale, et montrer qu'il est possible d'embrasser tout le territoire béninois lorsque la volonté existe, on peut citer l'exemple relativement réussi de la prévention de la transmission du VIH/SIDA par le sang transfusé.

Les postes de transfusion sanguine qui utilisent les tests rapides ne couvrent pas tout le pays. Tout le sang collecté à travers le territoire national est cependant soigneusement contrôlé pour le VIH/SIDA, les hépatites et la syphilis. Cette activité de



contrôle de la sécurité transfusionnelle est pratiquement la seule dont la couverture territoriale soit satisfaisante.

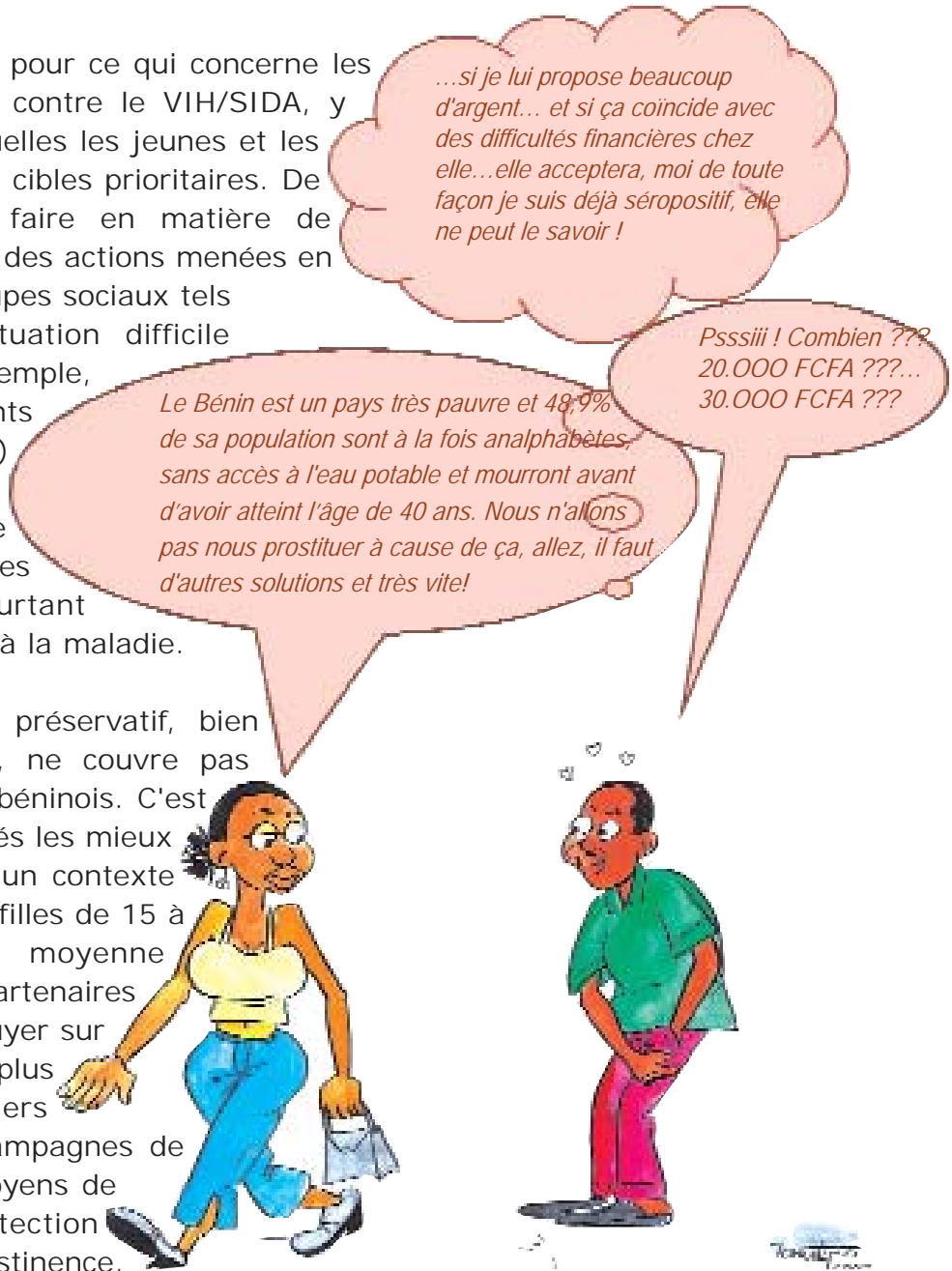
Il n'en est pas de même pour ce qui concerne les autres activités de lutte contre le VIH/SIDA, y compris celles pour lesquelles les jeunes et les femmes ont constitué les cibles prioritaires. De gros efforts restent à faire en matière de couverture géographique des actions menées en direction de certains groupes sociaux tels que les enfants en situation difficile (enfants placés par exemple, enfants de la rue, enfants travailleurs et apprentis) qui n'ont pas été jusqu'ici atteints sur toute l'étendue du territoire. Ces enfants constituent pourtant une cible très vulnérable à la maladie.

*...si je lui propose beaucoup d'argent... et si ça coïncide avec des difficultés financières chez elle...elle acceptera, moi de toute façon je suis déjà séropositif, elle ne peut le savoir !*

*Psssiiii ! Combien ???  
20.000 FCFA ???...  
30.000 FCFA ???*

*Le Bénin est un pays très pauvre et 48,9% de sa population sont à la fois analphabètes, sans accès à l'eau potable et mourront avant d'avoir atteint l'âge de 40 ans. Nous n'allons pas nous prostituer à cause de ça, allez, il faut d'autres solutions et très vite!*

Même la promotion du préservatif, bien qu'en nette progression, ne couvre pas entièrement le territoire béninois. C'est pourtant l'une des activités les mieux menées à ce jour. Dans un contexte où les jeunes garçons et filles de 15 à 19 ans ont en moyenne respectivement 3 et 2 partenaires sexuels, il urge de s'appuyer sur la disposition de plus en plus marquée des leaders religieux à tolérer les campagnes de sensibilisation sur les moyens de prévention et de protection contre le VIH/SIDA (abstinence, fidélité ou utilisation du préservatif) dans le cadre d'un processus participatif et consensuel.



### 1.3.1.3. La pauvreté ambiante

La pauvreté vue sous son aspect monétaire (le manque de revenu suffisant) ou sous sa forme plus globale (mesurée par l'indicateur de pauvreté humaine), aussi bien que l'inégalité en termes de ressources et de capacités, rendent les populations vulnérables à

l'infection par le VIH. Les personnes qui s'adonnent à la prostitution sont majoritairement des jeunes. Les femmes sont les plus touchées en partie à cause de leurs difficultés d'accès à des activités génératrices de revenus autres que le petit commerce et le service dans les bars. De ce fait, elles sont pauvres ou vulnérables à la pauvreté et donc plus exposées à l'épidémie du VIH/SIDA. Plus de la moitié des professionnelles du sexe (PS) justifient leurs activités par la nécessité de subvenir aux besoins de leurs enfants et de leurs parents.

*Il importe aussi d'élargir, dans les meilleurs délais, les possibilités d'épanouissement en terme d'activités économiques qui procurent plus de revenus*

Il faut noter cependant que les béninoises ne sont pas les plus nombreuses parmi les PS. Elles n'y représentent que 10% bien que la pauvreté soit répandue et persistante au Bénin. En effet, rappelons que 30% des béninois souffrent de la pauvreté monétaire et 48,9% de la pauvreté dite humaine en 2002 (RGPH3). Plus d'efforts devraient être faits pour créer les conditions permettant aux individus de sortir de la pauvreté.

Les stratégies de communication pour le changement de comportement devraient permettre de comprendre que la prostitution n'est pas la solution contre la pauvreté. Bien au contraire, elle entraîne le risque très élevé d'infection au VIH et plus de pauvreté. Au départ, la prostitution apparaît comme une solution de facilité. Mais, les personnes qui s'y adonnent se rendent vite compte que la prostitution n'est pas aussi facile qu'elles l'imaginaient. A côté des facilités pécuniaires qu'elle procure, elle plonge ses victimes dans une insécurité permanente. En effet, les professionnelles du sexe côtoient, malgré elles, les individus les plus violents, les plus dangereux, les délinquants et les bandits, qui, lorsqu'ils ne les agressent pas, les impliquent dans diverses activités illégales.

C'est pourquoi, il serait utile d'ajouter ces avertissements aux messages de conscientisation visant à encourager les béninoises dans leur résistance à la prostitution. Il importe aussi d'élargir, dans les meilleurs délais, les possibilités d'épanouissement en terme d'activités économiques qui procurent plus de revenus.

L'impact du SIDA se traduit par la perte de plusieurs des possibilités qu'elles détiennent, notamment la longévité, la possibilité de financer la scolarité de leur progéniture et de gagner plus d'argent.

#### 1.3.1.4. Les mouvements de populations

Parmi les cibles les plus touchées par le VIH/SIDA on compte les catégories spécifiques pour lesquelles les déplacements fréquents ou les migrations sont courants, notamment les transporteurs, les professionnelles du sexe, mais également les populations en quête de terres plus fertiles ou d'activités plus rémunératrices. En dehors des déplacements des transporteurs, on peut distinguer deux autres types de déplacements : les migrations internes et externes. Dans les deux cas, la migration dépend de considérations rationnelles portant sur le gain en nouvelles possibilités dans les domaines de l'emploi, du revenu, des bénéfices et des coûts, considérations à la fois financières et stratégiques.

Les migrations internes (rurales et interurbaines) dépendent des différentiels de possibilités d'avoir un meilleur emploi et un meilleur niveau de vie escompté par les migrants. Cela revient à dire aussi que le différentiel de développement humain entre les villes et les zones rurales et entre les villes principales et secondaires est un facteur de mobilité des populations. Les habitants des zones à IDH faible tendent à se déplacer vers les zones à IDH plus élevé. Il est à noter que c'est le différentiel et non le niveau de développement humain qui est en cause. Il devient alors nécessaire d'accorder une grande importance aux déséquilibres villes/campagnes et villes principales/villes secondaires. Sans une telle remise en question et une politique conséquente, les migrations continueront car elles sont entretenues par les inégalités entre les revenus réels escomptés en ville et le produit réel agricole ou rural.



*Chers frères du pays voisin, soyez les bienvenus chez nous. Pour rendre votre passage ici agréable et sans risque, nous vous accueillons avec des K-potes gratuites qui vous permettront de contribuer à barrer la route au VIH/SIDA.*

C'est ce qui explique l'exode des jeunes ruraux qui désertent les villages pour affluer vers les centres urbains (Cotonou, Porto-Novo, Parakou, Abomey), à la recherche d'un emploi salarié. Les villages se vident ainsi des jeunes travailleurs et les villes regorgent de ces jeunes ruraux qui ne trouvent pas de travail et deviennent des sans-emploi.

Il existe également des exemples de migrations interurbaines des petites villes vers les principaux centres économiques du pays, notamment vers Cotonou, Porto-Novo, Parakou, Abomey, Djougou.

Cette forme de migration concerne surtout les artisans tels que les mécaniciens, les tailleurs, les cordonniers et les jeunes ouvriers en quête d'emploi (chauffeurs, maçons).

Mais les différentiels qui motivent les migrations ne se limitent pas aux inégalités entre les villes et les campagnes. Ils concernent également les différentiels de rendement agricole. C'est le cas pour les migrations rurales de l'Atacora vers le Borgou et le Zou-Nord (où les jeunes sont en quête de nouvelles terres). Les mêmes types de migrations s'observent des campagnes du Mono et de l'Atlantique vers les périmètres d'aménagement (INSAE-TBS, 2004)<sup>6</sup>.

Prenons l'exemple de la commune de Kalalé (dans le département du Borgou). L'examen de son plan de développement montre que cette commune connaît des migrations de populations. A la recherche d'emploi, de diplômes et pour des raisons de commerce, les ressortissants de la commune se déplacent vers d'autres telles que Nikki, Parakou, Kandi et Tchaourou et même vers d'autres pays comme le Nigeria. Il faut signaler les déplacements saisonniers (transhumance) des éleveurs peulhs vers les communes de Tchaourou et de Ouèssè. Ces migrations, même si elles ont des avantages tels que l'acquisition de certains biens de luxe, provoquent le dépeuplement de la commune et la baisse de la production agricole.

Par ailleurs, des immigrants (dont 71% sont des hommes) venant des communes limitrophes (Ségbana, Nikki) et d'autres pays comme le



<sup>6</sup> MCPD, 2004, Tableau de bord social édition 2004, Cotonou.



Nigeria, le Burkina Faso, le Niger et le Togo arrivent dans la commune en quête de terres agricoles et pour des raisons de commerce ; ce qui fait de la commune une zone d'attraction. Ce phénomène, bien qu'ayant des avantages comme le développement du commerce, est l'une des causes de diverses maladies, de l'insécurité, du vol et d'une surexploitation des terres cultivables.

Le tableau de bord social (INSAE-TBS, 2005) du Bénin, édition 2005, identifie deux formes de migrations externes :

- les migrations saisonnières qui intéressent les jeunes ruraux allant vers le Ghana, la Côte d'Ivoire (de moins en moins) et surtout, vers le Nigeria. Ces jeunes migrants vont séjourner dans les plantations de cacao pour les cueillettes surtout entre le mois d'octobre de chaque année et celui de mars de l'année suivante ; ils sont également manoeuvres dans les villes ;
- la deuxième forme assez importante, concerne les ouvriers, les intellectuels et hommes d'affaires qui vont s'installer en Côte d'Ivoire (de moins en moins), au Nigeria, au Gabon, au Togo, sans oublier les migrants vers l'Europe (surtout la France).

Selon le même document, la démocratisation du régime politique, la stabilité retrouvée et l'accroissement des difficultés économiques des autres pays de la sous-région sont des facteurs qui ont favorisé le retour des béninois au pays et l'investissement au cours des dernières années. En devenant des pôles d'attraction pour des populations en quête de mieux-être et de liberté, les zones à IDH relativement élevé, deviennent, par la même occasion des centres de concentration du VIH/SIDA. Il ne faut donc pas négliger les zones à IDH faible dans les interventions visant la conscientisation des populations, car c'est de ces zones que partent ceux qui vont grossir les zones déjà très peuplées.

*En devenant des pôles d'attraction pour des populations en quête de mieux-être et de liberté, les zones à IDH relativement élevé, deviennent, par la même occasion des centres de concentration du VIH/SIDA*

### **1.3.2. Les atouts pour la lutte contre le VIH/SIDA**

Dans le domaine de la prévention, le Bénin dispose d'atouts majeurs. Ainsi, il compte aujourd'hui des dizaines de médias de proximité, plusieurs centaines d'organisations paysannes ainsi que des initiatives concluantes qui intègrent bien une lutte efficace contre le VIH/SIDA et la promotion du développement humain.

### 1.3.2.1. Le cadre institutionnel décentralisé jusqu'au niveau village

La décentralisation des structures du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) constitue aujourd'hui un atout. L'année 2005 a été une année d'opérationnalisation de ces structures installées dans tous les départements, les communes, les arrondissements et les villages. Les initiatives de lutte contre le VIH/SIDA mises en oeuvre par les organisations communautaires et de la société civile s'inscrivent de plus en plus dans ce cadre institutionnel mis en place.

*vois-tu ? Le Bénin dispose d'un nombre non négligeable d'atouts inexploités dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il faut absolument les exploiter pour sauver plus de gens !*

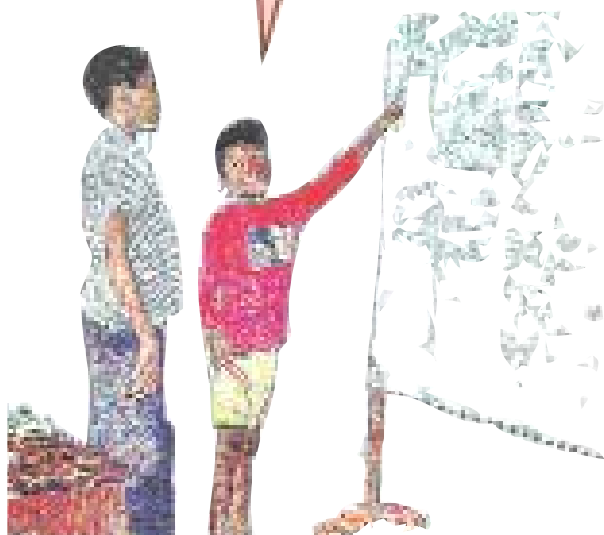
Pour une meilleure organisation des interventions, il importe que les structures décentralisées de coordination soient renforcées.

Des 324 structures identifiées, 317 interviennent dans la prévention, 75 dans la prise en charge des IST et 72 dans la prise en charge des PVVIH. Le constat est que la prévention domine les interventions des structures et notamment la sensibilisation de masse.

En ce qui concerne la prise en charge des PVVIH, elle a démarré avec le plan à moyen terme de deuxième génération par le traitement des infections opportunistes. La mise à disposition des antirétroviraux (ARV) a été effective à partir de février 2002 avec l'appui des partenaires.

### 1.3.2.2. Un mouvement communautaire dynamique

Le Gouvernement a pris très tôt la mesure de la menace que représente le VIH/SIDA pour la population béninoise. Avec l'appui du Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA (PPLS), les mouvements associatifs sont engagés dans une forte mobilisation contre l'épidémie. Ainsi, plus de 2.000 associations communautaires réparties sur toute l'étendue du territoire national, ont été appuyées dans plusieurs domaines (planification et mise en exécution des communications pour un changement de comportement (CCC) orientées sur des groupes vulnérables).



D'autres structures comme SIDA3, CARITAS, BHAPP, Plan Bénin, Sédékon et CRS s'inscrivent dans cette dynamique de mise à l'échelle des interventions ciblées (prévention et prise en charge). Dans cet élan, il convient de mentionner l'émergence des associations de PVVIH ainsi que de leur réseau.

Les associations de PVVIH ont été créées, pour l'essentiel, en vue de faciliter la prise en charge des personnes infectées et la défense de leurs droits fondamentaux. Cependant, ni les associations de PVVIH, ni les Comités Communaux de Lutte contre le SIDA (CCLS) ne peuvent jouer un rôle primordial si ces regroupements ne disposent de ressources suffisantes provenant de la gestion des activités économiques habituelles de leurs membres. C'est pourquoi, il est nécessaire d'établir une collaboration étroite entre ces structures et les organisations paysannes qui disposent de ressources propres, notamment les groupements villageois et les groupements de femmes.

Ces groupements féminins, fortement représentés au sein des organisations paysannes, contribuent à la diversification de la production de biens et services dans la mesure où ils ne concernent pas souvent le coton. Les groupements de femmes s'organisent en effet autour de projets productifs et/ou d'épargne.

Toutes ces organisations devraient constituer des partenaires privilégiés pour les structures de lutte contre le VIH/SIDA, les ONG, ainsi que pour les transporteurs de produits agricoles.

La richesse et l'expérience du mouvement associatif qui est un atout pour le développement de l'agriculture, pourraient apporter une contribution significative à la lutte contre le VIH/SIDA. Ce mouvement peut assurément constituer un relais important dans une perspective d'intégration de la stratégie de la lutte contre le VIH/SIDA et le développement humain.

Il faut toutefois compter avec les risques d'ingérence des politiciens, le manque de renouvellement des équipes dirigeantes de



ces organisations paysannes, l'application de façade de la démarche participative, la formation insuffisante des responsables et la confusion entraînée par la libéralisation de la filière cotonnière.

Les groupements féminins échappent mieux à ces insuffisances et ont, en règle générale, adopté des modes de fonctionnement réellement collectifs. Leur développement récent constitue un atout indéniable sur lequel la lutte contre le VIH/SIDA et les processus de développement humain devront résolument s'appuyer.

### 1.3.2.3. Un cadre administratif décentralisé

*Je suis certain que les organisations paysannes ne sont pas suffisamment bien impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA, y compris dans son financement.*

L'analyse de la réponse du Bénin face au VIH/SIDA et au besoin de développement humain fait ressortir trois raisons pour lesquelles la décentralisation devrait être considérée comme un atout majeur.

Il y a :

- tout d'abord, l'insuffisante prise en compte des spécificités régionales et locales dans les différentes stratégies de prévention de l'épidémie du VIH/SIDA et de prise en charge des personnes infectées ou affectées ;
- ensuite, le manque d'emprise des programmes et projets nationaux sur l'ensemble du territoire national, ce qui conduit à des actions parcellaires mal réparties dans le temps et dans l'espace ;
- enfin, la persistance, voire l'aggravation des disparités locales dans la prévalence du VIH et aussi dans l'accès aux soins et aux conseils appropriés.

Le cadre décentralisé que vit le Bénin pourrait répondre à cette situation préoccupante. La promotion de l'approche globale dans la lutte contre le VIH/SIDA à la base et l'amélioration de l'efficacité de l'administration sanitaire ne constituent pas une finalité en soi. Elles participent de l'amélioration de la conduite de la lutte contre le VIH/SIDA et doivent permettre une meilleure gestion des ressources pour la



prévention de l'épidémie ainsi que le bien-être individuel et collectif des PVVIH et des populations en général.

Rappelons que la décentralisation a été une recommandation de la Conférence Nationale des forces vives de février 1990. Elle visait à libérer, à tous les niveaux, les initiatives et les énergies pour la gestion démocratique et transparente des affaires publiques. La décentralisation est donc à ce titre un système conforme à l'esprit du développement humain. Elle organise les structures administratives de l'Etat, qui accordent des pouvoirs de décision et de gestion à des organes autonomes, régionaux ou locaux (collectivités locales).

*Pour les élus locaux et les populations, la décentralisation signifiait le pouvoir aux fils de la commune. Aujourd'hui, les fils du terroir devraient trouver les meilleurs moyens endogènes de se protéger contre le VIH/SIDA.*

La décentralisation politique, c'est-à-dire le transfert effectif du pouvoir décisionnel à partir du niveau central vers un niveau local de prise en charge des PVVIH et de prévention de la maladie, intègre, en principe, une dimension "*décentralisation du financement*", dans la mesure où les autorités locales devraient aussi s'approprier la capacité de mobilisation de ressources.

Il est certain que la décentralisation ne sera pas une panacée qui va générer automatiquement l'efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA et le développement au niveau des communes. La lutte contre le VIH/SIDA et le développement local ne seront possibles qu'à condition que les populations et les autorités locales aient une même compréhension des enjeux et des implications de la décentralisation.

Malheureusement, la décentralisation est diversement comprise par les différents acteurs de la vie sociale et économique. Elle apparaît comme un phénomène à plusieurs facettes et chaque acteur l'interprète en fonction de ses intérêts.

Pour les partis politiques, la décentralisation reste une opération de "zonage politique" à travers laquelle chaque formation politique doit prouver ou confirmer son ancrage territorial par la conquête et le contrôle administratif des différentes localités.

Mais pour la plupart des ONG, la décentralisation ouvre de nouvelles perspectives d'activités, car il s'agira de se substituer à l'administration centrale pour assurer les intermédiations, les maîtrises d'œuvre et les maîtrises d'ouvrage déléguées auprès des nouvelles collectivités locales.

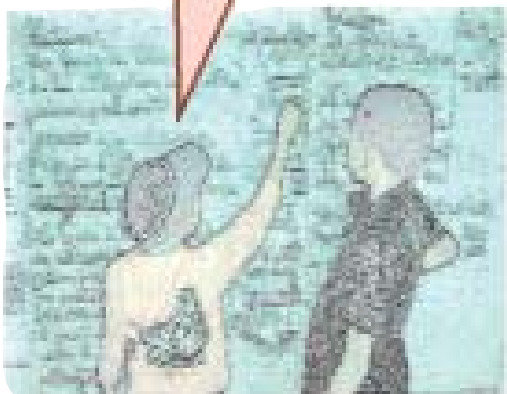


Cette diversité de perceptions des différents acteurs sur la décentralisation peut être source de discordes et entraver la lutte contre le VIH/SIDA et la promotion du développement local.

#### 1.3.2.4 L'existence de médias de proximité.

Si la presse écrite présente beaucoup de limites par rapport aux besoins inhérents à la lutte contre le VIH/SIDA, il n'en est pas de même des médias audiovisuels, notamment les radios locales. En effet, 57% des routiers, 56% des professionnelles du sexe et près de la moitié des jeunes adolescents (49%) écoutent les émissions radiophoniques tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

*Tu vois, si nous diffusons par radio une expérience communautaire réussie dans un rayon de 50 kilomètres, 157.000 personnes l'entendront dans l'Alibori et 894.900 personnes dans le Zou.*



En ce qui concerne le monde radiophonique, les choses se présentent de façon plutôt encourageante dans un contexte où on estimait déjà en 1997, à plus de 670.000 le nombre de personnes disposant d'un poste radio. Il faut noter également qu'au Bénin plus de 64% des ménages possèdent un poste radio et que le taux de couverture radiophonique du territoire béninois était de 60% en 2002.

En effet, jusqu'en 1994, le paysage audio du Bénin était composé de la radio nationale émettant de Cotonou et de la station régionale de Parakou créée en 1983. Sous l'impulsion de l'Agence intergouvernementale de la Francophonie, six radios rurales locales ont été installées dans des zones enclavées du pays en 1994 et 1996.

Le vote, en juillet 1997, de la loi sur la libéralisation de l'espace audiovisuel a permis la multiplication des stations radios. La Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication (HAAC) a autorisé l'implantation de plusieurs radios commerciales ou non commerciales.

Presque toutes les radios de proximité émettent dans les langues de leurs zones de couverture afin d'atteindre une population majoritairement analphabète. « Cette option pour les langues nationales fait leur succès en ville comme à la campagne. Les radios de proximité sont aujourd'hui les plus suivies par la population. L'audience d'une chaîne musicale comme Radio Star de Cotonou s'est

accrue grâce à l'émission en fon "Assiénon", Radio Tokpa de Cotonou est connue par son émission phare "Waasého"; sur radio Capp-Fm<sup>7</sup>, c'est l'émission en langue goun, "Etèhoutou", qui soulève l'enthousiasme populaire. » (Adjovi, 2001)<sup>8</sup>.

En dehors des grandes villes, on note également depuis la libéralisation du paysage audiovisuel, un foisonnement de radios rurales locales, communautaires ou associatives qui, du fait qu'elles émettent en général dans les langues parlées dans les localités où elles sont implantées, bénéficient d'une large audience auprès des populations.

Pour la presse écrite, les choses se présentent différemment. En effet, en dehors du quotidien d'Etat "La Nation" qui existe depuis 1969, il existe plus d'une quinzaine de quotidiens et plus d'une vingtaine de périodiques privés paraissant plus ou moins régulièrement avec des tirages faibles. Il n'existe pas encore de presse écrite privée capable de distribuer les journaux sur l'ensemble du territoire national. En outre, la presse écrite souffre d'être en perpétuelle permutation. Les journaux apparaissent et disparaissent au gré des événements de la vie politique nationale.

Le PPLS a signé avec toutes les radios communautaires des contrats permettant aux organisations communautaires et aux structures décentralisées de diffuser les messages sur le VIH/SIDA.

En 2002, le taux de couverture télévisuelle au Bénin était de 40%. Mais le matériel dont dispose la télévision publique est encore insuffisant. Il n'y a pas assez de caméras pour que toutes les équipes de reportage soient simultanément sur le terrain. Avec la libéralisation des ondes en 1997, le Bénin a vu la création d'autres chaînes privées présentant presque les mêmes limites en couverture territoriale.

*... il y a le manque d'emprise des programmes et projets nationaux sur l'ensemble du territoire national, ce qui conduit à des actions parcellaires mal réparties dans le temps et dans l'espace...  
Ne peut-on pas arrimer les activités de lutte contre le VIH/SIDA avec la décentralisation administrative ?*



<sup>7</sup> Actuellement, c'est l'émission "Ho djra wéma lè" qui est la plus écoutée par les auditeurs de cette radio.

<sup>8</sup> Cf. Étude sur les médias au Bénin 1988-2000. Observatoire de la déontologie et de l'éthique dans les médias (Odem), avec l'appui de la fondation Friedrich Ebert, avril 2001.

## 1.4. Conclusion partielle

Il ressort globalement que les pays ayant un IDH faible n'ont pas nécessairement des prévalences à VIH les plus élevées.

Dans ces pays, le VIH/SIDA se développe au sein des groupes affaiblis et des exclus de la société. Pour pallier cette progression au Bénin, des efforts doivent être consentis par le Gouvernement et les partenaires au développement pour réhausser les conditions de vie des plus démunis au moyen de l'approche DHD en améliorant les capacités des personnes infectées ou affectées dans le domaine de l'instruction et de l'emploi.

*Il faut être capable d'innover! Aujourd'hui la prise en charge des PVVIH est aussi un moyen de prévention car il encourage les gens à se faire dépister. Mais le résultat serait meilleur si l'IDH des PVVIH est plus élevé. Il faut promouvoir la réussite économique et sociale des PVVIH pour que le SIDA ne soit plus synonyme de "MORT".*

Pour ce faire, il est souhaitable que les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA et du développement s'inspirent des actions réussies qu'on peut identifier tant au Bénin que dans les pays africains plus durement frappés par la pandémie. Ces actions devront prioritairement être menées à l'endroit des groupes spécifiques, notamment les femmes, les jeunes déscolarisés, les professionnelles du sexe et les routiers. Par ailleurs, il importe que les dispositions légales, en plus de protéger les PVVIH en général, soient prises pour que le droit des femmes à exiger le port du préservatif en cas de doute sur le statut sérologique de leur(s) partenaire(s) devienne effectif au Bénin.











## Chapitre 2

# Le VIH/SIDA influence-t-il le niveau du développement humain ?

*Malgré la stabilisation de la prévalence du VIH au Bénin, le nombre de personnes infectées continue d'augmenter, ce qui va à l'encontre du sixième objectif du millénaire pour le développement (OMD). Le SIDA continue d'être responsable de plusieurs milliers de décès chaque année, aggravant une charge de morbidité déjà lourde. Ces infections et ces pertes en vies humaines affectent considérablement une frange trop importante de la population béninoise en réduisant considérablement ses possibilités et en accentuant son dénuement.*

**L**e virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'affecte pas uniquement les capacités de l'organisme humain à se défendre contre les maladies en causant la maladie du SIDA, il peut anéantir des régions entières et ruiner les progrès difficilement obtenus en matière de développement humain. A l'échelle nationale, il détruit également les aptitudes du pays à maintenir son progrès tendancier vers le développement humain.

Au Bénin, le premier cas de SIDA a été signalé en 1985. Moins de 20 ans plus tard (en 2003, 2004 et 2005), environ 2,1% de la population béninoise sont porteurs du VIH qui cause le SIDA. L'IDH du Bénin était de 0,351 en 1985. Il s'est élevé à 0,431 en 2003, mais pourrait revenir à un niveau plus faible avant 2015, à l'instar de pays aujourd'hui infectés à plus de 30%, qui, tels le Botswana, étaient aussi à une prévalence de 2% en 1990, à un moment donné de leur existence. Bien que non encore perceptible au Bénin, le cas de ces pays a montré que l'épidémie du VIH/SIDA affecte très sensiblement le niveau de développement humain.

Il s'agit de s'en convaincre dès à présent et de montrer qu'une politique conséquente de développement humain peut considérablement atténuer la propagation du VIH/SIDA. A cet effet, la première section du présent chapitre tentera une esquisse d'évaluation de l'impact du VIH/SIDA sur le niveau du développement humain au Bénin. La section suivante affinera la connaissance des conséquences de l'épidémie au niveau des populations les plus affectées.

## 2.1. L'évolution de l'indicateur du développement humain avec et sans SIDA



L'analyse de l'interdépendance entre le VIH/SIDA et le développement humain, montre bien que le Bénin, dont l'IDH continue de croître, bien que plus lentement, et dont la prévalence du VIH est restée relativement faible, n'est pas à l'abri d'une remise en cause plus marquée de son processus de développement humain.

*Il apparaît que des trois principales dimensions du développement humain, la plus affectée, négativement par le VIH/SIDA, est la longévité*

### 2.1.1. L'impact global de l'épidémie du VIH/SIDA sur les dimensions essentielles du développement humain

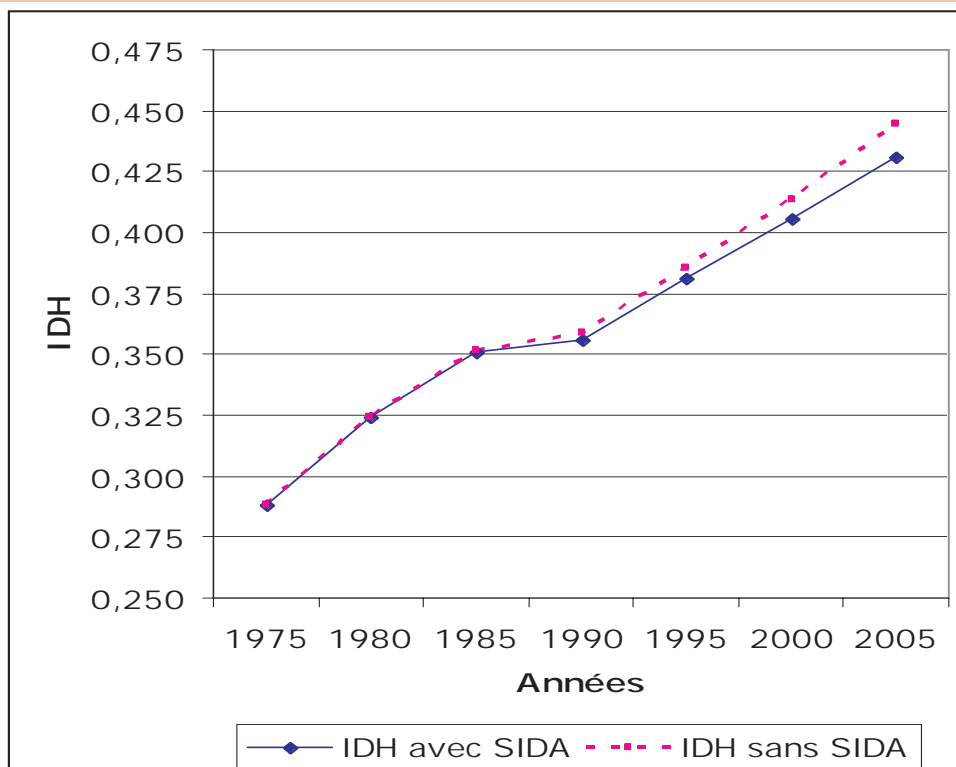
Pour s'en apercevoir, la situation et l'évolution du VIH/SIDA ont été analysées par rapport à celles du développement humain considéré comme étant le processus d'élargissement de la gamme des possibilités d'épanouissement des individus. A côté de la prévalence du VIH qui sert de mesure de l'épidémie et qui fournit le pourcentage de personnes infectées par le VIH, il a été examiné le niveau et l'évolution de l'indicateur de développement humain (IDH). Ce dernier indique de façon approximative les progrès accomplis dans la marche du pays vers le bien-être en général. Ce bien-être est induit par des changements économiques et sociaux qui sont perceptibles tant au niveau de l'espérance de vie, du niveau d'instruction que du revenu réel des individus. La principale question à se poser est de savoir si le niveau actuel de l'IDH du Bénin a été affecté par l'épidémie du VIH/SIDA. Autrement dit, sans l'épidémie du VIH/SIDA, l'IDH du Bénin aurait-il été plus élevé ?

Il apparaît que des trois principales dimensions du développement humain, la plus affectée, négativement par le VIH/SIDA, est la longévité. Les conséquences du VIH/SIDA sur l'espérance de vie au Bénin peuvent être appréhendées par la mesure de cette dernière avec et sans SIDA. Cependant, d'autres grandeurs permettent de se faire une idée.

Ainsi, de 1990 à 1997, le Bénin a été caractérisé par un contexte socio-sanitaire marqué par une augmentation très rapide des cas de SIDA. Le nombre de cas notifiés semble être en baisse à partir de 1998 (723 cas) pour diminuer de moitié en 2002 (338 cas). Cependant, déjà en 2000, 159.000 personnes étaient contaminées par le VIH, et depuis lors, 52 personnes environ continuent d'être infectées chaque jour. 80% d'entre elles ont entre 15 et 49 ans.

La réflexion menée dans le cadre du présent Rapport sur le développement humain permet aujourd'hui de comprendre une telle évolution. Les risques encourus par rapport au développement humain, notamment par rapport à l'espérance de vie, au sort des orphelins du SIDA et des femmes peuvent également être mieux appréhendés.

**Graphique 2.1. :**  
Evolution de l'IDH en présence de la réponse béninoise avec et sans VIH/SIDA



Source: PNUD, 2004 et 2005-RMDH.

Le niveau relativement bas de la prévalence globale du VIH au Bénin présente, de ce fait, un risque, celui d'amener les béninois et leurs partenaires au développement à considérer que la situation de l'épidémie dans le pays ne mérite pas qu'on s'y attarde trop. Cette situation peut également occulter les disparités importantes qui existent entre les prévalences du VIH au niveau des communes et entre différents groupes sociaux. C'est là une des raisons pour lesquelles il est à craindre que le Bénin se retrouve sur la même voie qui a conduit à terme le Botswana à une prévalence du VIH de plus de 30% de la population. Sur le plan national, on constate la stabilité de la prévalence pondérée entre 2001 et 2004. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative en fonction du milieu de résidence entre 2003 et 2004.

***La prévalence du VIH en milieu urbain est de 2,8% en 2004 contre 2,4% en 2003.***

***En milieu rural, ... (elle) est de 1,6% en 2004 contre 1,3% en 2003. Pour ce milieu, on constate plutôt une aggravation sensible de la prévalence du VIH entre 2003 et 2004***

En effet, la prévalence du VIH en milieu urbain est de 2,8% en 2004 contre 2,4% en 2003. Elle y est plus précisément de 2,6% dans les sept anciens sites urbains connus depuis 1990. On y observe une stabilisation de la prévalence de l'infection à VIH à un niveau fluctuant entre 2 et 4%.

En milieu rural, la prévalence du VIH est de 1,6% en 2004 contre 1,3% en 2003. Pour ce milieu, on constate plutôt une aggravation sensible de la prévalence du VIH entre 2003 et 2004.

Pour toutes ces raisons, le VIH/SIDA a réduit de façon sensible le niveau de développement humain du Bénin à partir de 1990 comme on peut le constater sur le graphique 2.1. De l'analyse de ce dernier, il ressort qu'avec le VIH/SIDA et avec tout le dispositif mis en place pour le combattre, l'impact du VIH/SIDA sur le développement humain a été relativement important. Bien entendu, sans la mise en oeuvre du cadre stratégique de lutte contre l'épidémie, ses conséquences auraient été plus grandes. Mais l'évolution de l'IDH avec le SIDA et avec le dispositif de lutte fait ressortir que la réponse du Bénin face au VIH/SIDA n'est pas encore suffisante en quantité et en qualité.

Ces dernières années, notamment en 2002 et en 2003, l'IDH du Bénin s'est établi respectivement à 0,421 puis à 0,431 selon le rapport mondial sur le développement humain (RMDH)-éditions de 2004 et de 2005. Ces niveaux sont bas et placent le Bénin au 161<sup>ème</sup> rang en 2004 et au 162<sup>ème</sup> en 2005, parmi les pays à IDH faible. Même les pays tels que le Botswana, le Swaziland et le Zimbabwe qui ont été longtemps rongés par la pandémie du VIH/SIDA, conservent des niveaux d'IDH plus élevés (respectivement 0,565 (131<sup>ème</sup>), 0,498 (147<sup>ème</sup>), 0,505 (145<sup>ème</sup>)) que celui du Bénin.

La comparaison avec ces trois pays d'Afrique australe est intéressante au regard des conséquences du VIH/SIDA qui y ont été enregistrées. En raison des effets du VIH/SIDA, l'espérance de vie dans ces trois pays a baissé considérablement jusqu'à un tiers de l'espérance de vie du Bénin. Ces pays restent devant le Bénin en raison de leurs bons niveaux d'instruction et de revenu.

Un constat majeur ressort de cette analyse. Sans le VIH/SIDA et d'autres facteurs difficiles à cerner sans une analyse plus fine, on estime que l'espérance de vie au Bénin aurait suivi l'évolution prévue par l'Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE). Pour ce dernier, l'espérance de vie moyenne pour le Bénin aurait pu atteindre 63,9 ans en 2004 et 64,4 ans en 2005. Malheureusement, ces niveaux n'ont pas été atteints puisque

l'espérance de vie du Bénin s'établit à 59,2 ans en 2002 (INSAE, 2003). A partir des données du RGPH3, les estimations indiquent qu'elle a été de 60,2 ans en 2004 et de 60,7 ans en 2005. Le SIDA a-t-il été le facteur déterminant ayant empêché le Bénin d'atteindre une espérance de vie de 63,2 en 2002 faisant perdre ainsi 15 points à l'IDH ? Même s'il est évident que le VIH/SIDA réduit l'espérance de vie de la population, il est difficile de mesurer avec précision sa contribution à la faiblesse relative de l'espérance de vie moyenne au Bénin. Dans tous les cas, l'IDH du Bénin aurait été de 0,482 au lieu de 0,467 en 2004 si la tendance dégagée des statistiques de l'INSAE se maintenait. Cela aurait rapproché le Bénin des pays à IDH moyen, c'est-à-dire compris entre 0,500 et 0,799.

La période au cours de laquelle le traitement par les ARV n'était pas accessible à la majorité des personnes infectées aurait été très meurtrière et mérite que des études plus fines y soient consacrées. Les conséquences du VIH/SIDA se manifestent de façon certaine mais plus difficilement mesurable au niveau des autres dimensions de l'IDH (éducation et revenu) en raison du manque de statistiques fiables sur les conditions d'existence des personnes infectées.

### **2.1.2. L'impact de l'épidémie du VIH/SIDA sur les autres dimensions du développement humain**

Dans le cadre du présent rapport, il importe de se pencher sur tous les aspects importants du DHD qui sont directement affectés par l'épidémie du VIH/SIDA. Il s'agit notamment : (i) des populations elles-mêmes, notamment les couches vulnérables telles que celles des jeunes et des femmes ; (ii) du fonctionnement des secteurs sociaux tels que la santé et l'éducation ; (iii) du bien-être, de l'emploi et de l'économie.

#### **2.1.2.1. L'impact démographique du VIH/SIDA**

A partir d'une prévalence élevée au sein des populations, il y aura un impact sur des facteurs démographiques tels que l'espérance de vie, la structure d'âge de la population, les taux de mariage, la mortalité, la fécondité et la migration. Mais, de tous ces facteurs, l'un des plus affectés semble être l'espérance de vie à la naissance. Cet indicateur qui mesure la longévité des populations est le plus utilisé pour mesurer de façon globale la santé publique dans les analyses sur le développement humain. Il s'agit donc d'un indicateur bien établi au niveau duquel on note d'ailleurs d'importantes caractéristiques selon le sexe. Pendant plusieurs années, l'espérance de vie des populations

*... l'espérance de vie moyenne pour le Bénin aurait pu atteindre 63,9 ans en 2004 et 64,4 ans en 2005. ... ces niveaux n'ont pas été atteints puisque l'espérance de vie du Bénin s'établit à 59,2 ans en 2002*

béninoises à la naissance, estimée en 2002 à 61,25 ans pour les femmes et à 57,18 ans pour les hommes, a constamment contribué à classer le Bénin parmi les 20 derniers pays les moins développés dans le monde. Il faut noter l'importance écrasante de la jeunesse comme une caractéristique importante de la population béninoise puisqu'elle est composée de plus de 50% de personnes ayant moins de 16 ans. Ceux qui ont moins de 55 ans constituent la quasi-totalité de la population.

Le VIH/SIDA, qui s'attaque de façon plus sensible à la durée de la vie humaine et qui affecte plus les jeunes et les femmes, aura par conséquent un impact considérable sur l'espérance de vie du Bénin et sur le niveau de son indicateur de développement humain. Cela devient de plus en plus perceptible dans les statistiques sanitaires puisque l'espérance de vie qui représentait 38,1% de l'IDH en 1999, ne contribue que pour 33,9% en 2002. A cela, il faut ajouter que la probabilité pour les individus de mourir avant l'âge de 40 ans a augmenté considérablement, passant de 29,7 pour la période 1995-2000 à 34,6 pour la période 2000-2005. Il y a donc une tendance baissière sensible des gains possibles en matière d'espérance de vie des populations béninoises. Autrement dit, l'espérance de vie à la naissance qui, selon l'INSAE, est passée de 54,2 ans en 1992 à 59,2 ans en 2002 aurait pu avoir une évolution plus heureuse si la santé des populations avait été meilleure, surtout si le SIDA n'avait pas fait des victimes. Même s'il est difficile d'attribuer cette évolution sanitaire à la seule épidémie du VIH/SIDA, il faut reconnaître qu'elle coïncide avec une augmentation de plus en plus grande du nombre d'infections à VIH. En effet, le nombre des infections continue d'augmenter pendant que la prévalence calculée en pourcentage semble se stabiliser. Cela semble indiquer que le nombre des infections augmentent d'environ 3% chaque année depuis que la prévalence du VIH s'est stabilisée.

A ce sujet, l'expérience du Bénin dont la prévalence se situe entre 2 et 4,1%, est, pour le moment, relativement plus faible qu'en Afrique du Sud, en Namibie, au Botswana et au Burkina Faso. Dans ces pays, la prévalence du VIH oscille entre 7% (Burkina Faso) et 36% (Botswana) selon l'ONUSIDA. L'intérêt d'examiner la situation de ces pays permet au Bénin de se rendre compte de ce qui arriverait si on laissait l'épidémie évoluer vers l'aggravation.

Au Botswana en revanche, l'espérance de vie à la naissance a diminué en passant de 65,3 ans en 1991 à 46,2 ans en 2000. Cette situation a pour conséquence une augmentation très rapide de la population orpheline. Selon les estimations du RNDH du Botswana – édition 2000, 20% des enfants de ce pays seront orphelins d'ici 2010. Que dire des taux de fécondité qui diminuent de façon vertigineuse, en Afrique du Sud par exemple et qui peuvent, à terme, affecter le taux de croissance de la population ?

*L'impact psychologique de la maladie ne ressort pas suffisamment dans les différents rapports élaborés sur le VIH/SIDA. Il en est de même de son impact sur les différentes dimensions du développement humain*



### **2.1.2.2. L'impact psychologique du SIDA est peu pris en compte**

Les différents Rapports nationaux sur le développement humain élaborés dans le monde sur la question du VIH/SIDA (celui de la Namibie—édition 2000 par exemple) n'évoquent que très brièvement les craintes et la grande détresse qu'éprouvent les personnes vivant avec le VIH. L'impact psychologique de la maladie ne ressort pas suffisamment dans les différents rapports élaborés sur le VIH/SIDA. Il en est de même de son impact sur les différentes dimensions du développement humain. Il convient donc d'approfondir l'étude de l'impact sur le moral des individus affectés, qui aboutit à une incapacité psychologique. C'est pourquoi le présent Rapport sur le développement humain du Bénin se penche sur cette question qui devient essentielle lorsqu'on considère la contribution des PVVIH à la construction nationale.

### **2.1.2.3. L'impact du SIDA sur le fonctionnement des services de santé**

Le SIDA menace également le fonctionnement du secteur de la santé qui connaît ainsi une augmentation de la demande de lits d'hôpitaux et de personnels qualifiés comme on le relève déjà dans certains RNDH. De ce fait, la demande de services de santé publique augmente, ainsi que le nombre des admissions à l'hôpital dues au SIDA. Le personnel sanitaire est également affecté par le virus, causant ainsi une diminution du personnel soignant. C'est le cas au Burkina Faso où on note déjà un impact négatif perceptible du virus sur le secteur de la santé. Le SIDA fait donc perdre des "bras valides" dans toute la population active, y compris au sein du personnel sanitaire.

### **2.1.2.4. L'impact du SIDA sur le fonctionnement des services d'éducation**

Il est évident que le virus a des conséquences néfastes étendues sur l'éducation, notamment sur les enseignements et les rendements scolaires et universitaires. L'impact sur l'enseignement se manifeste par la perte de professeurs à cause du VIH/SIDA. Ces enseignants ne peuvent donner le meilleur d'eux-mêmes en terme de qualité de l'enseignement. Par ailleurs, l'impact du VIH/SIDA sur le rendement des élèves et des étudiants se manifeste de plus en plus. Ces derniers, malades et démoralisés, ne peuvent améliorer leurs

*... l'impact du VIH/SIDA sur le rendement des élèves et des étudiants se manifeste de plus en plus. Ces derniers, malades et démoralisés, ne peuvent améliorer leurs performances et même se laissent aller à des résultats plutôt médiocres*

**Tableau 2.1. :**  
Les indicateurs du BSS-Bénin 2001 & 2005 – ensemble Benin

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

Source : PNLIS, 2005.

performances et même se laissent aller à des résultats plutôt médiocres. Les inscriptions scolaires diminuent du fait de la pandémie puisque les taux de fécondité sont en baisse. A tous ces impacts néfastes s'ajoute la crainte des parents à inscrire leurs enfants dans les établissements où les enseignants sont de notoriété atteints par le VIH.

Par ailleurs, un nombre croissant "d'orphelins du SIDA" constituera à terme, une charge financière difficilement supportable pour l'Etat. Il importe donc d'analyser l'impact potentiel du virus sur l'éducation afin de pouvoir formuler les meilleures recommandations.

Les données du "Behaviour Surveillance Survey (BSS)" 2004 (tableau 2.1) permettent d'apprécier les tendances évolutives des comportements, notamment chez les jeunes. Ainsi, la proportion de jeunes pouvant citer au moins trois moyens corrects de prévention d'infection à VIH connaît une évolution positive en milieu scolaire alors qu'elle est restée stationnaire et faible chez les jeunes non scolarisés. Cette tendance s'observe aussi bien en milieu rural qu'urbain. Ce niveau est globalement faible pour l'ensemble des jeunes.

Sur le plan du comportement sexuel, la proportion des jeunes actifs sexuels des douze derniers mois qui ont utilisé le préservatif lors du plus récent rapport sexuel avec un partenaire commercial ou non est stationnaire chez les jeunes scolarisés et a tendance à s'améliorer chez les jeunes non scolarisés. L'âge médian au premier rapport sexuel est resté stationnaire dans tous les groupes et se situe entre 16,5 ans et 17,2 ans.

#### **2.1.2.5. L'impact du SIDA sur le monde du travail et sur la croissance économique**

Les entreprises et autres lieux de travail deviennent de plus en plus les lieux privilégiés pour sensibiliser les travailleurs sur l'épidémie et sur la meilleure manière de soutenir les personnes vivant avec le virus. Les employeurs sont devenus plus sensibles au VIH/SIDA. Ils en sont victimes à plusieurs titres : d'abord, ils peuvent être infectés par le virus ; ensuite, ils sont affectés par la perte de plusieurs ouvriers, par la baisse de la productivité du travail en raison des congés de maladie accordés à davantage d'employés, ainsi que par les absences répétées d'ouvriers pour assister à des enterrements de plus en plus nombreux ou pour s'occuper des personnes malades.

Etant donné que la population active est de plus en plus atteinte par l'épidémie et que les entreprises ressentent déjà très sensiblement ses conséquences, on devrait logiquement s'attendre à une baisse de la croissance économique. Une étude macro-

***Les employeurs sont devenus plus sensibles au VIH/SIDA. Ils en sont victimes à plusieurs titres : d'abord, ils peuvent être infectés par le virus ; ensuite, ils sont affectés par la perte de plusieurs ouvriers, par la baisse de la productivité du travail...***

économique sur les effets de l'épidémie devrait permettre de mesurer la perte en terme de croissance économique qui résulterait de l'évolution de l'épidémie du SIDA. Plus il prend de l'ampleur, plus ce mal entraînera des manques croissants de main-d'oeuvre qualifiée et provoquera des dommages financiers croissants dans le secteur privé en raison des augmentations de coûts de formation de nouveaux personnels.

**...la pauvreté rend une population vulnérable au SIDA au moyen des facteurs tels que l'analphabétisme, le manque d'accès aux soins de santé et aux médicaments, et les migrations à la recherche du travail**

#### 2.1.2.6. L'impact du VIH/SIDA sur la pauvreté

La pauvreté favorise l'évolution de l'épidémie et en retour, l'épidémie aggrave la pauvreté, c'est ce qui explique qu'on observe généralement une corrélation un taux élevé de pauvreté (habituellement exprimé en termes de pauvreté de revenu) et une prévalence élevée du VIH.

L'impact du SIDA sur les ménages ne diffère pas sensiblement suivant les zones géographiques ou les groupes socioéconomiques auxquels ils appartiennent : il s'agit souvent de perte de revenu due à la mort du chef de ménage, ou à la nécessité de s'occuper des malades (souvent, ce sont les femmes qui s'en occupent, abandonnant ainsi leurs activités habituelles). Ces situations épuisent rapidement les revenus des ménages dont les ressources sont détournées de l'éducation et des activités productives pour être utilisées dans l'achat de médicaments et de soins de santé. C'est ainsi que la pauvreté et le VIH/SIDA se renforcent réciproquement.

De façon plus transversale, le SIDA aggrave la pauvreté humaine et l'exclusion sociale sur lesquelles il a des effets particulièrement amplificateurs, notamment au niveau des individus, des ménages et des groupes sociaux déjà vulnérables et dont la préoccupation principale est la survie. Il est rare que les Rapports nationaux sur le développement humain qui ont analysé la question du SIDA, exploitent à fond le concept de pauvreté humaine. Cela se comprend si l'on examine les différentes méthodes employées pour identifier les pauvres. Mais ils reconnaissent que les concepts de développement humain et de pauvreté humaine vont au-delà de celui du revenu.

Le RNDH—édition 2000 du Cambodge, par exemple, analyse les mécanismes par lesquels la pauvreté et le SIDA s'aggravent mutuellement. Il en ressort que la pauvreté rend une population vulnérable au SIDA au moyen des facteurs tels que l'analphabétisme, le manque d'accès aux soins de santé et aux médicaments, et les migrations à la recherche du travail. De son côté, le SIDA augmente la pauvreté en détournant les maigres revenus qui étaient prévus pour l'alimentation et l'investissement productif, pour les réorienter vers des dépenses en soins de santé et en médicaments.

## 2.2. Les comportements sexuels et l'exposition à l'infection par le VIH

Une enquête réalisée dans les zones à forte prévalence du VIH a été menée auprès de 1.370 individus qui ont répondu favorablement sur un échantillon de 2.000 personnes (voir annexe A.3) au niveau des trois communes les plus touchées par le VIH/SIDA, à savoir : Parakou, Comé et Aplahoué (selon les résultats de l'enquête de validation de l'année 2002). 67% de ces individus sont scolarisés et se retrouvent dans toutes les religions tandis que 33% n'ont aucun niveau d'instruction. La moyenne d'âge est de 26 ans. Parmi ces individus, 50% sont mariés et 47% sont célibataires.

### 2.2.1. Les groupes cibles

L'enquête sur les comportements sexuels est essentielle dans le présent Rapport, d'une part, en raison du fait que le principal mode de transmission est la voie hétérosexuelle et en raison aussi du fait qu'il est établi par plusieurs études que les comportements sexuels à risque induisent une forte exposition à l'infection par le VIH, d'autre part.

L'exposition à l'infection par le VIH est mise en évidence par l'appartenance de l'individu à l'un ou à l'autre des deux groupes à risque : le groupe des personnes n'ayant jamais entendu parler du SIDA (désigné par groupe A) et celui des personnes ayant entendu parler du SIDA mais qui ne connaissent pas les véritables modes de transmission de type sexuel (plusieurs partenaires, la fréquentation des professionnelles du sexe (PS), la non-utilisation du condom), ni les moyens efficaces de prévention de type sexuel (abstinence, fidélité, réduction du nombre de partenaires, le fait d'éviter les PS et l'utilisation des condoms lors des rapports sexuels risqués), (désigné par groupe B). Cette classification est réalisée a posteriori au regard des données collectées.

Deux autres groupes sont à considérer : il s'agit des groupes C et D. Le groupe C rassemble des personnes ayant une bonne connaissance du SIDA, de ses modes de transmission de type sexuel et des moyens de protection de type sexuel, mais n'ayant pas cité l'utilisation du condom comme moyen de protection. Le groupe D comprend des personnes ayant une bonne connaissance

*... (les) trois communes les plus touchées par le VIH/SIDA, (sont) Parakou, Comé et Aplahoué (selon les résultats de l'enquête de validation de l'année 2002)*

du SIDA, de ses modes de transmission de type sexuel et ayant cité l'utilisation du condom comme moyen de protection.

La classification des personnes enquêtées permet de constater qu'une personne sur quatre (soit 25%) appartient à un groupe à haut risque à Aplahoué contre 17% à Comé et 8% à Parakou.

La commune d'Aplahoué présente, en proportion, plus de personnes exposées (appartenant aux groupes A et B) comparativement aux deux autres communes. Dans l'ensemble des trois villes, la connaissance du VIH/SIDA est très avancée comme l'illustre le tableau 2.2 (conséquence des interventions).

**Tableau 2.2. :**  
La répartition des enquêtés selon le groupe cible

	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Groupe D	Ensemble
Parakou	1,4	8,2	17,6	72,8	100,0
Aplahoué	3,1	24,9	13,1	58,8	100,0
Comé	1,4	17,3	26,3	55,1	100,0
Ensemble	1,9	15,3	18,7	64,2	100,0

*Source* : Résultats enquête RNDH, 2005.

Quelques nuances significatives apparaissent dans la répartition des enquêtés suivant le sexe. En effet, dans les trois communes, les femmes sont relativement plus représentées dans le groupe B (groupe à risque) que les hommes. La différence est plus importante dans Aplahoué que dans les deux autres communes. L'exposition au risque d'infection à VIH s'exerce de façon différentielle selon le groupe d'âge et le sexe.

**Tableau 2.3. :**  
La répartition des enquêtés selon le groupe cible et le sexe

Sexe	Communes	Classification des groupes cibles				Total
		Groupe A	Groupe B	Groupe C	Groupe D	
Masculin	Parakou	0,9	5,6	14,1	79,4	100,0
	Aplahoué	3,3	24,3	12,4	60,0	100,0
	Comé	1,5	16,7	24,2	57,6	100,0
Féminin	Parakou	1,8	14,0	16,3	67,9	100,0
	Aplahoué	2,0	10,9	21,4	65,8	100,0
	Comé	2,9	25,7	14,0	57,3	100,0
	Ensemble	1,2	18,0	28,7	52,1	100,0

*Source* : Résultats enquête RNDH 2005.

Globalement le niveau d'exposition des groupes d'âge 10-29 ans, est légèrement supérieur à celui des 30-45 ans. Par ailleurs, la structure de la composition des groupes cibles, suivant le groupe d'âge, permet de mettre en relief les aspects différentiels du risque d'infection comme l'illustre le tableau 2.4.

De l'analyse du tableau 2.5, il ressort que la proportion des jeunes de 13-19 ans appartenant au groupe B (personnes ayant entendu parler du SIDA mais qui ne connaissent pas les véritables modes de transmission de type sexuel) est plus de deux fois supérieure à celle observée au niveau des personnes de 20-29 ans et dans le même ordre de différence que celle obtenue au niveau des 30-45 ans.

En effet, bien qu'ayant entendu parler du VIH/SIDA, 30% de

**Tableau 2.4. :**  
La répartition des enquêtés selon le groupe cible, le groupe d'âge et la ville

Groupe d'âge / Communes		Classification des groupes cibles				Total
		Groupe A	Groupe B	Groupe C	Groupe D	
10-29 ans	Parakou	1,9	9,6	13,3	75,2	100,0
	Aplahoué	4,3	21,7	13,1	60,9	100,0
	Comé	1,7	19,5	25,8	53,0	100,0
	Ensemble	2,5	15,5	16,6	65,5	100,0
30-45 ans	Parakou	0,5	5,3	26,3	67,9	100,0
	Aplahoué	1,4	30,1	13,0	55,5	100,0
	Comé	0,8	13,2	27,1	58,9	100,0
	Ensemble	0,8	14,9	22,5	61,8	100,0

*Source* : Résultats enquête RNDH 2005.

jeunes de 13-19 ans ignorent qu'il se transmet par la voie sexuelle ; ce qui pose un réel problème de prévention, d'autant que l'âge médian au premier rapport sexuel est compris dans cette tranche d'âge. Il est de 17,3 ans pour les femmes de 25 à 49 ans et de 18,8 ans pour les hommes de 25 à 64 ans (EDSB2, 2001). Cette situation appelle également pour cette catégorie des actions préventives du point de vue de la communication pour le changement de comportement. Cette catégorie se compose en général, d'élèves, d'apprentis et d'actifs agricoles.

La situation d'exposition par groupe d'âge présente des nuances non négligeables selon les milieux (urbain ou rural) au niveau des 3 communes. Le niveau d'exposition des jeunes de 13-19 ans va du simple au double dans le groupe B en passant de 20% en milieu rural à 40% en milieu urbain (tableau 2.6). C'est uniquement dans

cette tranche d'âge que le risque est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Cette situation, a priori, paradoxale dans ces trois communes à fort niveau d'infection au VIH/SIDA, appelle à réfléchir à de nouvelles stratégies, surtout que les premiers rapports sexuels interviennent dans cette tranche d'âge. La question d'insertion des programmes de prévention dans les

**Tableau 2.5. :**  
La répartition des enquêtés selon le groupe cible et le groupe d'âge

Groupe	13-19 ans	20-29 ans	30-45 ans	Ensemble
A	0,0	3,0	0,5	1,3
B	30,0	12,7	12,4	13,0
C	10,0	17,3	22,6	20,4
D	60,0	67,0	64,5	65,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

*Source* : Résultats enquête RNDH, 2005.

curricula se pose avec une acuité nouvelle, du moment où cette tranche d'âge se présente comme le groupe à haut risque, par rapport aux autres groupes d'âge.

**Tableau 2.6. :**  
La répartition des enquêtés selon le groupe cible, le groupe d'âge et le milieu de résidence

Groupe	13-19 ans		20-29 ans		30-45 ans		Ensemble	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
A	0,0	0,0	2,0	3,7	0,5	0,4	0,9	1,6
B	40,0	20,0	11,8	13,3	5,3	19,1	8,5	17,1
C	20,0	0,0	20-29 ans		30-45 ans		Ensemble	
D	40,0	80,0	68,6	65,9	69,8	59,6	68,5	62,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Source* : Résultats enquête RNDH, 2005.

### 2.2.2. L'activité sexuelle

Sur les 1.370 individus enquêtés, 692 (50,5%) ont déjà une activité sexuelle, c'est-à-dire qu'ils ont déjà eu au moins une fois un rapport sexuel. A Aplahoué 45% des personnes de 10-29 ans sont déjà en activité sexuelle contre 23% à Comé et 24% à Parakou. En ce qui concerne la population âgée de 12 à 18 ans, 75% appartiennent au



groupe A des personnes n'ayant jamais entendu parler du SIDA dans la commune de Comé contre 27,3% à Aplahoué et 37,5% à Parakou.

L'analyse de la population en activité sexuelle, en liaison avec le groupe cible auquel elle appartient, indique le poids de la population à risque au niveau des trois sites.

Le nombre moyen de rapports sexuels varie entre 1 et 3 par semaine suivant les communes, avec une moindre activité sexuelle chez les 10-29 ans comparativement aux 30-45 ans, en raison de la prédominance des célibataires au sein des 10-29 ans.

Il ressort de l'analyse des données que, dans la commune d'Aplahoué, 21 personnes sur 100 appartiennent aux groupes A ou B au titre des personnes en activité sexuelle. Les personnes non encore en activité présentent un niveau d'exposition élevé (38%), ce qui est tout de même préoccupant, car en fait, la prévention est fortement utile pour cette catégorie non encore exposée aux rapports sexuels.

### **2.2.3. L'âge aux premiers rapports sexuels et à la première union**

Dans toute société, le début de la sexualité marque une étape décisive dans le développement physique et psychologique des individus. La sexualité précoce représente un facteur de risques potentiels pour les jeunes et adolescents (grossesse non désirée, avortement, mortalité infantile et IST/SIDA). L'âge aux premiers rapports sexuels et l'âge à la première union sont deux facteurs essentiels du début de la vie féconde. Alors que le premier marque le début de l'exposition au risque de grossesse et d'infection aux IST et au VIH, le second marque le début de la procréation au sein des couples.

L'âge moyen aux premiers rapports sexuels varie entre 17 et 18 ans sur les trois sites. L'âge modal<sup>9</sup> de 15 ans à Comé indique une forte concentration des rapports sexuels autour de 15 ans dans cette commune. L'âge médian<sup>10</sup> varie de 17 à 18 ans, ce qui correspond à la tendance nationale, selon les résultats de l'enquête démographique

*La sexualité précoce représente un facteur de risques potentiels pour les jeunes et les adolescents.*

*L'âge moyen aux premiers rapports sexuels varie entre 17 et 18 ans*

---

<sup>9</sup> L'âge qui regroupe le plus grand nombre d'observations.

<sup>10</sup> L'âge qui se trouve au milieu lorsqu'on classe les âges par ordre croissant.

et de santé (EDS, 2001). Les âges moyen, modal et médian ont été utilisés ensemble pour mieux apprécier la qualité des données collectées.

Cependant, il faut observer que la proportion des enquêtés ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est de 11% à Comé contre 9% à Parakou et 4% à Aplahoué. Comé semble donc affecté par la précocité des relations sexuelles alors qu'à Aplahoué, elles sont plus tardives.

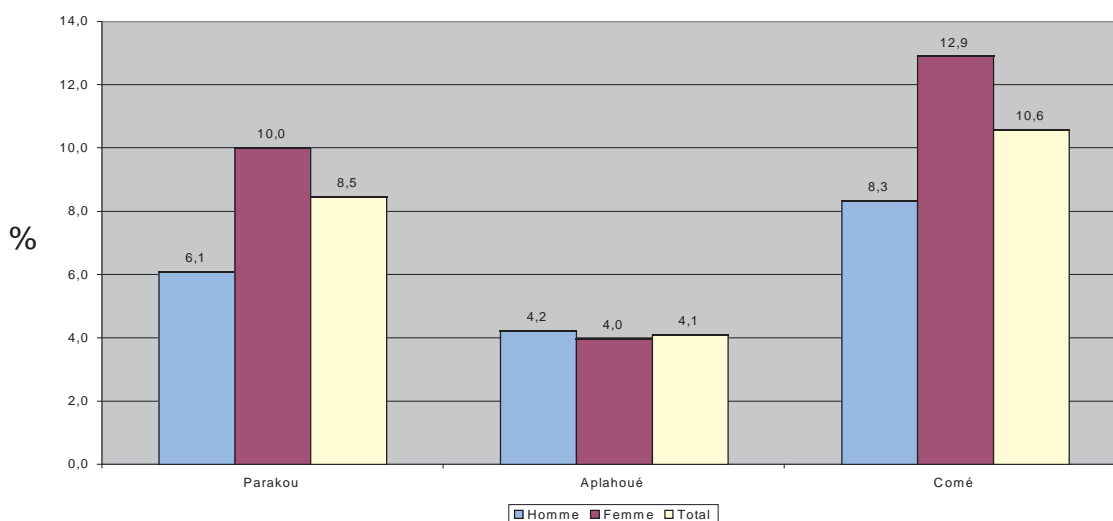
La première union intervient entre 21 et 22 ans sur les trois sites. Cependant, à Aplahoué, l'union coïncide pratiquement avec les premiers rapports sexuels.

**Tableau 2.7. :**  
L'âge aux premiers rapports sexuels

	Parakou	Aplahoué	Comé
	<b>Ensemble</b>		
Moyenne	18,6	19,4	17,5
Médiane	18,0	18,5	17,0
Mode	18,0	18,0	15,0
	<b>Hommes</b>		
Moyenne	19,5	19,9	17,5
Médiane	19,0	19,0	17,0
Mode	18,0	18,0	15,0
	<b>Femmes</b>		
Moyenne	18,0	18,9	17,4
Médiane	18,0	18,0	18,0
Mode	19,0	18,0	19,0

*Source* : Résultats enquête RNDH 2005.

**Graphique 2.2. :**  
Les proportions d'individus ayant leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans



*Source* : Réalisé à partir des données de l'enquête RNDH 2005.

#### 2.2.4. Les attitudes et les pratiques de prévention

Les moyens prévus par la stratégie nationale sont l'abstinence sexuelle, l'utilisation du condom et la limitation du nombre de partenaires. Dans le cadre de cette rubrique liée aux moyens utilisés, l'accent sera mis de préférence sur l'utilisation du condom en raison du fait que ce mode de protection est plus indiqué pour les personnes ayant des partenaires sexuels en dehors du mariage.

### 2.2.4.1. L'utilisation du préservatif avant la vie en couple

L'analyse du niveau d'utilisation du préservatif avant la vie en couple indique qu'il reste encore des efforts à faire (tableau 2.8). En moyenne, dans l'ensemble des trois communes, c'est 30% qui utilisent le préservatif de façon régulière avant le mariage ou la vie en couple. La situation est préoccupante à Parakou où seulement 6% des enquêtés ont déclaré avoir utilisé le préservatif. Dans l'ensemble, l'utilisation est très prononcée au niveau des personnes âgées de 10-29 ans.

**Tableau 2.8. :**  
La répartition par commune et groupe d'âge suivant l'utilisation du condom avant le mariage

Commune	Groupe d'âge	Modalités	Pourcentage
Parakou	10-29 ans	Oui	7,1
		occasionnellement	1,0
		non	91,8
		Total	100,0
	30-45 ans	oui	6,3
		occasionnellement	4,7
		non	88,4
		pas encore marié, mais l'utilise toujours	0,5
		Total	100,0
Aplahoué	10-29 ans	oui	39,6
		occasionnellement	8,5
		non	51,9
		pas encore marié, mais l'utilise toujours	0,0
		Total	100,0
	30-45 ans	oui	18,1
		occasionnellement	6,5
		non	75,4
		pas encore marié, mais l'utilise toujours	0,0
Total		100,0	
Comé	10-29 ans	oui	24,2
		occasionnellement	7,6
		non	66,7
		pas encore marié, mais l'utilise toujours	1,5
		Total	100,0
	30-45 ans	oui	20,6
		occasionnellement	7,1
		non	72,2
		pas encore marié, mais l'utilise toujours	0,0
Total		100,0	

Source : Résultats de l'enquête RNDH 2005.

### 2.2.4.2. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel

Selon les résultats de l'enquête RNDH 2005, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel s'observe davantage chez les jeunes de 10-29 ans. En effet, à Aplahoué, 25% des personnes interrogées affirment l'avoir utilisé lors du dernier rapport, contre 17% à Parakou et 20% à Comé. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel est étroitement liée au type de partenaire sollicité à cette occasion.

Le taux d'utilisation du préservatif croît avec le caractère temporaire et occasionnel de la relation, avec le besoin de protection contre les IST ou contre la survenance de grossesses.



### 2.2.4.3. Les déterminants de l'utilisation du préservatif dans une zone à forte prévalence

Pour mettre en évidence les facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation du préservatif chez un individu dans une zone à forte prévalence, un modèle de régression logistique a été estimé (voir tableau A.11 en annexe) en considérant l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel comme variable dépendante. Les variables explicatives peuvent être classées en quatre catégories :

- localisation (commune, milieu de résidence) ;
- caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, religion, situation matrimoniale, occupation) ;
- exposition aux médias (radio et télévision) ;
- comportements (nombre moyen de rapports sexuels par semaine).

Pour mener cette analyse, l'enquête s'est intéressée aux individus ayant une activité sexuelle, les enquêtés n'ayant pas encore une activité sexuelle n'étant pas indiqués pour apprécier les déterminants de l'utilisation du préservatif. Les résultats de l'enquête font ressortir les faits marquants ci-après :

- parmi les personnes qui utilisent le préservatif, les fidèles des religions monothéistes sont les plus nombreux, 83,2% (dont 48,2% de chrétiens et 34,9% de musulmans) contre 16,8% des adeptes des religions traditionnelles ;

- les femmes sont plus enclines à exiger l'utilisation du préservatif que leurs homologues du sexe masculin. Cependant, les résultats du modèle montrent qu'elles ont 0,25 fois moins de chance de l'utiliser que les hommes ;
- l'accès aux informations et aux autres programmes des médias, la situation matrimoniale et la catégorie d'âges (10-29 ans et 30-45 ans) n'influencent pas de façon significative l'utilisation du préservatif.

*... les femmes sont plus enclines à exiger l'utilisation du préservatif que leurs homologues du sexe masculin*

#### **2.2.4.4. L'attitude vis-à-vis du test de dépistage du VIH**

La réalisation du test de dépistage constitue un exercice utile qui permet de connaître son état sérologique et en même temps de prendre conscience du risque d'infection. En moyenne, 10% des individus ont réalisé des tests de dépistage dans l'ensemble des trois villes. A Parakou et à Comé, on compte plus de femmes (en proportion) à avoir effectué un test de dépistage certainement à l'occasion des consultations prénatales.

Si au moment de l'enquête, la proportion d'individus testés était inférieure à 20%, il existe dans le futur, à en croire les déclarations des enquêtés, une demande avoisinant 30% de la population de 10-45 ans.

Il est à noter que les centres de dépistage sont inconnus de plus de 60% des demandeurs potentiels dans les trois communes. Un battage médiatique d'envergure et des actions énergiques de communication s'avèrent indispensables.

#### **2.2.5. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA**

Une enquête a été réalisée auprès des PVVIH pour avoir une meilleure connaissance de leur situation et de leurs priorités par rapport au développement humain.

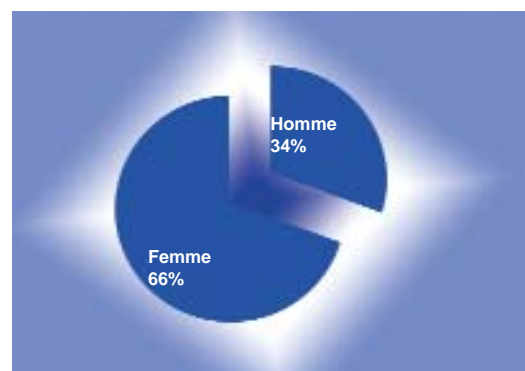
L'enquête réalisée ne révèle pas une situation désespérante des PVVIH. Elles ont pu en majorité transcender leur situation et espèrent vivre autant que les personnes non infectées. Toutes les actions à mener dans le cadre de la lutte contre cette épidémie devront accorder une attention particulière aux groupes spécifiques. Les politiques sociales doivent aller au-delà des motifs de santé publique et s'atteler à alléger leurs conditions d'existence, en même temps que les stratégies de réduction de la pauvreté.

*L'enquête réalisée ne révèle pas une situation désespérante des PVVIH. Elles ont pu en majorité transcender leur situation et espèrent vivre autant que les personnes non infectées*

### 2.2.5.1. La situation démographique des PVVIH

L'analyse de la structure de l'échantillon<sup>11</sup> retenu pour apprécier la situation des PVVIH et des malades du SIDA révèle une prépondérance des femmes (1 homme pour 2 femmes). Les femmes préfèrent la fidélité aux autres mesures de protection (77%), elles ont moins de partenaires (51% ont au plus un partenaire) et utilisent très peu le préservatif (seulement 7% l'utilisent). Malgré toutes ces mesures, les femmes sont plus exposées que les hommes du fait des comportements à risque qu'adoptent leurs partenaires et de la faiblesse de l'utilisation des préservatifs.

**Graphique 2.3. :**  
La répartition des PVVIH selon le sexe

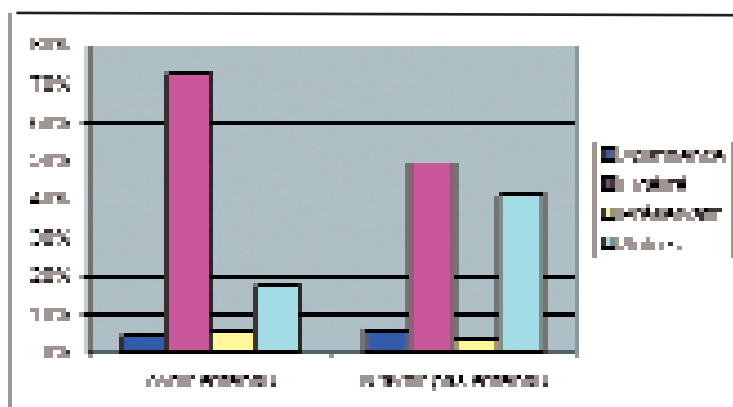


Il est utile de relever que, selon les résultats de l'enquête, la méconnaissance de la maladie par les PVVIH ne peut être avancée comme une cause d'infection par voie sexuelle. En effet, 77% des enquêtés ont entendu parler du VIH/SIDA avant leur infection. Cependant, leur comportement sexuel en matière de protection avant leur infection n'a pas significativement varié par rapport aux 23% qui ont déclaré n'avoir jamais entendu parler de ce mal.

*Source* : Données de l'enquête RNDH.

La structure par âge révèle que 80% des PVVIH enquêtées<sup>12</sup> se situent dans la tranche d'âge 25-45 ans, 7,6% dans la tranche 15-24 ans, 11,6% dans la tranche supérieure à 45 ans et moins de 1% pour les moins de 15 ans. Sur 823 PVVIH enquêtées, 507 (soit 62%) ont été scolarisées.

**Graphique 2.4. :**  
Les mesures de protection selon la connaissance du VIH/SIDA

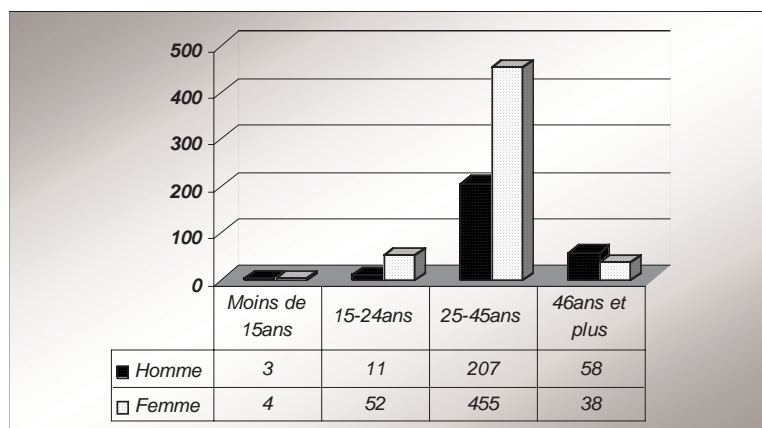


*Source* : Résultats enquête RNDH 2005.

<sup>11</sup> Il s'agit de 828 personnes vivant avec le VIH.

<sup>12</sup> Il s'agit essentiellement des personnes appartenant à des associations de PVVIH.

## Graphique 2.5. : La répartition des PVVIH selon l'âge et le sexe



*Source* : Résultats enquête RNDH 2005.

Les hommes se sont plus maintenus dans le système scolaire avec un niveau d'instruction plus élevé (59% ont atteint le niveau secondaire) que celui des femmes (46% ont dépassé le niveau primaire), même si très peu ont atteint le niveau supérieur (5% des hommes et 1% des femmes).

Le taux de fréquentation scolaire relativement faible des PVVIH et les disparités entre hommes et femmes observées ci-dessus amènent à se demander s'il n'existe pas un lien entre le niveau d'instruction et la pratique sexuelle, notamment la mesure de protection adoptée par les PVVIH avant leur infection. Cependant, le test

d'indépendance de Khi-deux rejette l'hypothèse d'une liaison entre les deux caractères considérés. Le tableau A.11 en annexe qui a servi de base à ce test ne révèle d'ailleurs aucune tendance de discrimination.

### 2.2.5.2. Le niveau de vie et le statut de pauvreté des PVVIH

Pour analyser le statut de pauvreté des PVVIH et malades du SIDA, une approche multidimensionnelle basée sur les conditions d'existence a été adoptée. Ainsi, un indicateur composite de pauvreté a été construit en utilisant les informations sur l'habitat et le patrimoine. En considérant comme seuil de pauvreté le deuxième quintile<sup>13</sup> le plus faible de la distribution des indicateurs composites de pauvreté, l'incidence de la pauvreté au niveau des PVVIH et malades du SIDA est de 74,03% contre 42% estimés à partir du RGPH3. Toutefois, lorsqu'on considère la situation des PVVIH avant l'infection, la structure de la population des PVVIH se rapproche de celle de la population totale avec une incidence de pauvreté avoisinant 40%. Cette incidence de pauvreté ne permet pas de conclure que l'épidémie du VIH/SIDA touche davantage les pauvres. Cependant, le VIH/SIDA appauvrit les PVVIH et les personnes affectées.

<sup>13</sup> L'échantillon a été divisé en cinq sous groupes homogènes.

En liaison avec la pauvreté d'existence, les femmes vivant avec le VIH se trouvent dans des conditions plus précaires que celles des hommes (tableau 2.9). Du point de vue du niveau d'instruction, on remarque une diminution progressive de l'incidence de pauvreté au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente.

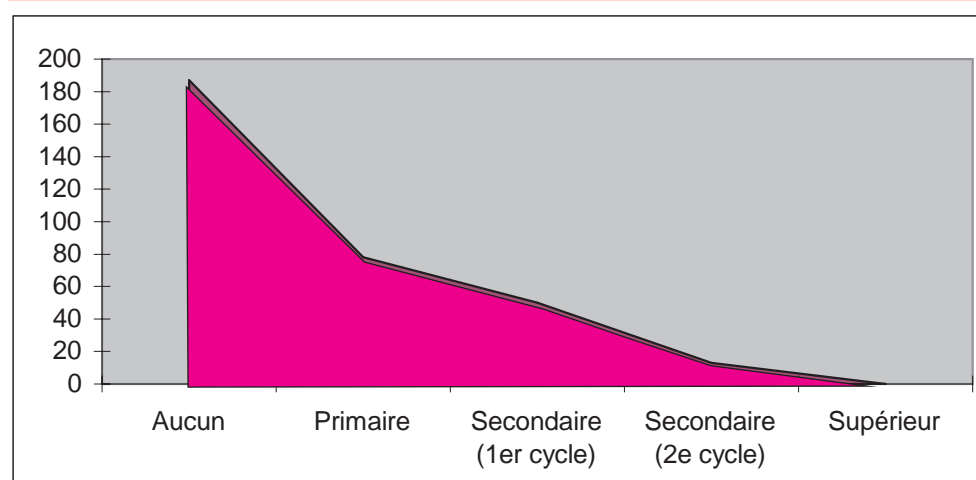
**Tableau 2.9. :**  
Le statut de pauvreté selon le sexe

	Non Pauvres		Pauvres		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hommes	78	36,3	201	32,8	279	33,7
Femmes	137	63,7	412	67,2	549	66,3
	215	100,0	613	100,0	828	100,0

*Source* : Résultats enquête RNDH 2005.

Au total, les niveaux de revenus observés et les conditions d'existence retracées à travers l'indicateur composite de pauvreté ne laissent pas entrevoir la possibilité pour les PVVIH de prendre une part à la construction de la cité. Ce constat est corroboré par les résultats de l'enquête qui indiquent que 60% des PVVIH espèrent vivre plus de 20 ans supplémentaires. Cet optimisme est partagé aussi bien par les hommes que par les femmes. Cependant, une proportion non négligeable (23%) des enquêtés garde très peu d'espoir et n'espèrent vivre que 5 ans au plus.

**Graphique 2.6. :**  
Le statut de pauvreté selon le niveau d'instruction



*Source* : Résultats enquête RNDH 2005.



### 2.2.6. La prise en charge des enfants orphelins du VIH/SIDA

La prise de conscience face à la prise en charge des PVVIH a connu une évolution appréciable au point où aussi bien la population, les ONG que les partenaires au développement ont perçu la nécessité d'accompagner cette couche de la société et de lui faire bénéficier d'un minimum de soins. Certes, les mesures prises restent insuffisantes mais les conditions de leur amélioration sont en étude. La question qui reste délicate et qui semble avoir été occultée est celle des enfants orphelins qui constituent des victimes innocentes et dont la prise en charge est assurée par des familles d'accueil. Comment vivent ces enfants et qu'est-ce que cela induit comme charge financière pour les familles d'accueil ? Cette question est d'autant plus cruciale que tous les ménages interrogés reconnaissent que la prise en charge de ces enfants représente une charge supplémentaire pour leur ménage.

**Tableau 2.10. :**  
L'échantillon de l'enquête sur les 3 communes

	Nombre de ménages interrogés	%
Parakou	22	37,9
Aplahoué	30	51,7
Comé	6 <sup>14</sup>	10,3
Total	58	100,0

*Source* : Résultats enquête RNDH 2005

Les données servant de base à la présente analyse (tableau 2.10) proviennent d'une enquête sur les ménages ayant en charge un enfant orphelin du VIH/SIDA, laquelle enquête est réalisée au niveau des communes d'Aplahoué, Comé et Parakou. Les ménages ont été identifiés à l'aide des ONG et Centres de santé, et les ménages interrogés sont ceux qui n'ont pas exprimé de réticence et de complexe par rapport à l'enquête.

<sup>14</sup> La faiblesse de l'effectif des ménages interrogés à Comé provient de la réticence des ménages d'accueil à se prêter aux questions par crainte de la stigmatisation qui pourrait en découler.

Pour évaluer la prise en charge d'un OEV (orphelin et enfant vulnérable), des questions sur les coûts additionnels au niveau des dépenses des ménages ont été posées (suivant les principales fonctions de consommation). Les postes de dépenses suivants, liés à la prise en charge des OEV, ont été pris en compte :

- dépenses mensuelles de santé ;
- dépenses mensuelles d'habillement ;
- dépenses mensuelles scolaires ;
- dépenses mensuelles de consommation.

**Tableau 2.11. :**  
L'estimation des coûts liés à la prise en charge d'un enfant orphelin du VIH/SIDA (en FCFA)

	Moyenne <sup>15</sup>
Dépenses mensuelles de santé	31.436
Dépenses mensuelles d'habillement	18.340
Dépenses mensuelles scolaires	26.019
Dépenses mensuelles de consommation	31.034
<b>Coût total</b>	<b>106.829</b>

*Source* : Résultats enquête RNDH 2005.

De l'examen du tableau 2.11, il ressort qu'en moyenne le coût mensuel de la prise en charge d'un OEV est de 106.829 F CFA. Par poste de dépenses, les dépenses alimentaires absorbent 45% des dépenses de ces ménages. Toutefois, la couverture des dépenses supplémentaires par les ménages n'est pas assurée. En effet, 97% des ménages enquêtés sollicitent l'aide des parents ou des structures d'appui, ou recourent à des prêts (sans intérêt ou avec intérêt). C'est dire que la prise en charge des OEV occasionne d'importantes dépenses supplémentaires aux ménages d'accueil.

Il faut remarquer que l'exécution d'une dépense ne garantit pas la réussite de la prise en charge psychosociale de l'enfant par la communauté. Dans ce cadre, les données relatives à l'acceptation des enfants orphelins par les autres membres de la famille et de la communauté ont été collectées.

De l'analyse des données, il ressort qu'il existe encore quelques poches de rejet des OEV au sein de la société, notamment au niveau des adultes. Au total, on compte environ un adulte sur quatre (soit du quartier ou membre de la famille) dans une zone à forte prévalence qui rejette des OEV dont les parents sont décédés du SIDA. En réalité, le niveau de cet indicateur semble être sous-estimé en raison du fait que bien des parents hébergeant de tels

<sup>15</sup> La prise en compte de la moyenne est indiquée pour les calculs et interprétations ultérieurs malgré la forte dispersion de l'échantillon.

enfants préfèrent garder l'anonymat, de peur d'attirer l'attention des autres membres de la communauté.



### 2.2.7. La répartition géographique des interventions des partenaires au développement

La lutte contre le VIH/SIDA mobilise plusieurs acteurs appuyés par les partenaires au développement. Leurs actions couvrent diversement le territoire national. Au regard des tableaux 2.12.(a) et 2.12.(b), le Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA (PPLS) intervient dans tous les départements et dans la quasi-totalité des communes du pays. Quant au Benin HIV AIDS Prevention Project (BHAPP), il est présent dans cinq départements et couvre une vingtaine de communes. Les interventions des autres acteurs se limitent à certaines communes.

**Tableau 2.12.(a). :**

La cartographie des interventions de lutte contre les IST/VIH-SIDA au Bénin

	<b>PPLS</b>	<b>SIDA3</b>	<b>PASNALS</b>	<b>PSI</b> (tout le pays)
<b>Alibori</b>	Gogounou, Kandi, Banikoara, Malanville	Kandi, Malanville		
<b>Atacora</b>	Cobly, Matéri, Natitingou, Toucoutouna, Kouandé, Pehunco			
<b>Atlantique</b>	Ouidah, Abomey-Calavi, Allada, Zè, Kpomassè, Toffo			
<b>Borgou</b>	Tchaourou, N'dali, Bembèrèkè, Parakou, Pèrèrè, Nikki	Parakou	Bembèrèké, Pèrèrè, Parakou	
<b>Couffo</b>	Aplahoué, Dogbo, Djakotomey, Klouékanmey, Toviklin			
<b>Collines</b>	Savalou, Bantè, Glazoué, Dassa-Zoumé			Savalou
<b>Donga</b>	Copargo, Djougou, Bassila, Ouaké			
<b>Littoral</b>	Cotonou (13 <sup>ème</sup> Arrondissement)	Cotonou		Cotonou
<b>Mono</b>	Bopa, Houeyogbé, Athiémé, Lokossa, Grand-Popo	Lokossa		Lokossa, Grand-Popo
<b>Ouème</b>	Adjarra, Adjohoun, Avrankou, Akpro-Missérété, Semè-Kpodji, Porto-Novo	Porto-Novo		Porto-Novo
<b>Plateau</b>	Adja-Ouèrè, Ifangni, Kétou, Sakété			
<b>Zou</b>	Bohicon, Zogbodomey, Abomey, Agbangnizoun, Zangnanado, Ouinhi	Bohicon		Abomey, Bohicon

*Source* : PNLS, 2001 et 2005-BSS.

**Tableau 2.12.(b). :**

La cartographie des interventions de lutte contre les IST/VIH-SIDA au Bénin

	<b>BHAPP</b>	<b>Médecins sans frontières (MSF)</b>	<b>Médecins du monde (MDM)</b>	<b>Aktion Pro Humanität (APH)</b>	<b>UNICEF</b>
<b>Alibori</b>					
<b>Atacora</b>					
<b>Atlantique</b>	Toffo, Allada, Abomey- Calavi, come, Ouidah		Ouidah		
<b>Borgou</b>					
<b>Couffo</b>	Aplahoué, Djakotomey, Dogbo	Dogbo		Djakotomey	
<b>Collines</b>	Bantè, Savalou, Dassa-Zoumé, Savè, Glazoué				
<b>Donga</b>					
<b>Littoral</b>					
<b>Mono</b>	Athiémé, Grand-Popo, Comé, Houeyogbé, Lokossa		Come		
<b>Ouème</b>					Akpro-Missérété, Adjohoun, Dangbo
<b>Plateau</b>					Adja-Ouèrè, Pobè, Kétou
<b>Zou</b>	Abomey, Bohicon, Zogbodomey				

*Source* : PNLs, 2001 et 2005-BSS.

## 2.3. L'impact de la lutte contre le VIH/SIDA sur le développement humain

D'un point de vue stratégique, il ressort de l'analyse de la situation que les déterminants principaux de l'épidémie du VIH/SIDA relèvent des comportements et de l'ignorance (perception erronée du risque, déni de la réalité du VIH/SIDA). Mais les stratégies pertinentes envisagées à l'issue de ces analyses sont nombreuses et leur mise en oeuvre effective n'est pas assurée. Il serait bon, dans ces conditions, d'en identifier les plus prioritaires suivant une méthode claire (voir encadré 2.2). L'amélioration des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA devrait aussi s'appuyer sur la dynamique des expériences réussies, sur les déterminants de la propagation de l'épidémie, sur le suivi de l'impact du VIH et sur le développement humain en définissant plus clairement le rôle de chaque acteur.

*Les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA ne peuvent-ils pas trouver des stratégies pertinentes plus endogènes et qui s'appuient sur une surveillance plus fine des comportements et de l'infection ?*

### 2.3.1. L'analyse dynamique de la surveillance épidémiologique<sup>16</sup>

Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), depuis sa création en 1987 s'efforce de mettre à la disposition des décideurs et des acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA, des informations fiables.

Pour y parvenir, il procède à l'extension des sites de sérosurveillance en milieu urbain et rural. En effet, la sérosurveillance qui n'a concerné que quelques sites urbains de 1990 à 2001, connaît depuis 2003 (suite à l'enquête de validation mise en oeuvre en 2002), une extension dans les deux milieux urbain et rural, aboutissant à des résultats plus fiables et plus représentatifs.

<sup>16</sup> La surveillance épidémiologique consiste en une enquête de sérosurveillance de l'infection à VIH et de la syphilis qui permet d'estimer la prévalence de ces deux maladies. Elle est pratiquée tous les ans et est considérée comme l'un des domaines prioritaires dans la mise en oeuvre des stratégies de lutte contre l'infection à VIH et le SIDA.

Ainsi, le dispositif de mesure de la situation du VIH/SIDA au Bénin progresse en maturité et en finesse. Il s'applique aux groupes spécifiques tels que les femmes enceintes, les consultants IST, les professionnelles du sexe, les malades tuberculeux et concerne aussi les donneurs de sang dans le cadre de la sécurité transfusionnelle.

### **Encadré 2.1. :**

#### **Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA identifiés en 2001**

L'analyse de la situation du Bénin en matière d'épidémie du VIH/SIDA constitue un des fondements du nouveau plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA. Elle a montré que les déterminants les plus importants qui entretiennent l'épidémie sont les suivants :

- la multiplicité des partenaires sexuels ;
- la mauvaise perception du risque et le déni de la réalité du VIH/SIDA ;
- la subordination économique des femmes ;
- la pauvreté ;
- la prostitution très importante et mobile dans les pays de la sous-région.

*Source* : PNLS, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST, Décembre 2000.

Grâce aux expériences acquises depuis des décennies, la dynamique de l'infection à VIH est mieux connue, ce qui a permis de mettre en œuvre des outils et des stratégies de recherche pour estimer l'importance de l'épidémie et mettre en place un système de surveillance de deuxième génération.

La situation du Bénin par rapport à l'épidémie du VIH/SIDA, telle qu'elle a été présentée au chapitre 1, fait ressortir une prévalence moyenne de 2% selon le rapport 2004 de surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin du PNLS.

Rappelons également que cette prévalence, obtenue à partir de l'enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes, cache des disparités relativement importantes aux niveaux départemental et communal et au niveau des catégories socioprofessionnelles. C'est pourquoi, l'analyse de la situation ne saurait se limiter à l'état sérologique des femmes enceintes, mais devrait s'étendre à tous les autres groupes. Il est aussi important d'affiner au mieux les résultats de la sérosurveillance par des études qualitatives prenant en compte les pesanteurs socioculturelles.

Il s'agit ici d'allouer des moyens conséquents à la surveillance en tant qu'instrument privilégié pour évaluer et suivre l'impact des différentes actions menées dans le cadre de la lutte contre l'infection à VIH. Ce qui importe davantage pour l'approche "DHD", c'est le caractère endogène de l'activité de veille épidémiologique conduite de façon autonome par le PNLIS avec l'appui de l'expertise nationale.

Mais, il est souhaitable que cette appropriation technique soit accompagnée par une contribution croissante des ressources propres de l'Etat au financement de la surveillance épidémiologique en tenant compte des capacités financières et matérielles du pays de manière à réduire progressivement et résolument le recours à des financements extérieurs qui créent la dépendance.

L'appropriation complète (technique et financière) devrait constituer un encouragement à la confiance des cadres nationaux en leur capacité d'innovation et d'adaptation.

#### **Encadré 2.2. :**

##### **Une approche pour apprécier le niveau et l'évolution de l'épidémie du VIH/SIDA au Bénin**

On peut s'inspirer de la méthode qu'utilise l'ONUSIDA pour évaluer de manière globale la priorité des pays par rapport à la lutte contre le VIH/SIDA. Pour le Bénin, ce qui serait plus intéressant, c'est de pouvoir apprécier le degré de priorité à accorder à des zones, à des communes ou encore à des groupes sociaux particuliers par rapport au VIH/SIDA et au développement humain. Il semble alors plus utile d'intégrer des données relatives aux tendances de la prévalence du VIH au sein de la population adulte (âgée de 15 ans et plus) au cours d'une année donnée.

Les valeurs utilisées par l'ONUSIDA pour déterminer le niveau de gravité relatif au VIH/SIDA sont les suivantes : une prévalence de plus de 3 % est considérée comme extrême ; entre 1 et 3 %, elle est considérée comme moyenne ; si elle est inférieure à 1 %, elle est dite faible.

Étant donné que l'objectif est d'enrayer la propagation du VIH/SIDA et de commencer à inverser la tendance actuelle, une hausse de la prévalence inférieure à 1 point de pourcentage sera considérée comme un résultat probant des actions de lutte ; une hausse de 1 point de pourcentage ou plus, mais inférieure à 3, sera considérée comme un progrès modéré ; une hausse supérieure ou égale à 3 points de pourcentage identifiera un progrès lent ou un recul.

Source : L'équipe de rédaction.



### 2.3.2. Les déterminants de la propagation du VIH/SIDA

Les déterminants de la propagation du VIH/SIDA sont essentiellement liés aux comportements à risque, à la mauvaise perception du danger lié à la maladie et aux pesanteurs socioculturelles. Ils ont été formellement identifiés en 2001 (voir encadré 2.1) suite à la première enquête de surveillance des comportements au Bénin (ESCB-1).

Cette enquête d'envergure nationale a été réalisée sur les lieux de travail et de transit de divers corps de métiers et au niveau de plusieurs catégories socioprofessionnelles. Elle fournit des informations sur les comportements sexuels, la connaissance, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), l'exposition des populations cibles aux interventions, certaines attitudes vis-à-vis de la prise en charge des PVVIH et leur maintien dans le milieu professionnel. Mais, comme on peut s'y attendre, l'enquête de surveillance des comportements au Bénin (ESCB) ne fournit pas toutes les informations nécessaires pour appréhender les comportements à risque. Elle se limite aux données intermédiaires qui se situent entre le risque d'infection et les mobiles profonds des comportements.

La mauvaise perception des risques d'infection au VIH relève essentiellement de l'ignorance qui résulte des insuffisances de la communication pour le changement de comportement. Les campagnes de sensibilisation et de conscientisation de la population en général et des personnes ou catégories socioprofessionnelles les plus exposées en particulier, devraient contribuer à corriger cette mauvaise compréhension de la maladie.

L'organisation de la surveillance des pesanteurs socioculturelles qui influencent l'épidémie du VIH/SIDA est un domaine ayant fait l'objet de peu d'investigations au Bénin et dans beaucoup d'autres pays. Les données qui permettent de connaître les spécificités de chaque groupe social ou culturel sont cependant indispensables pour appréhender les motivations profondes conduisant les membres des différentes collectivités du Bénin à des comportements à risque ou à une mauvaise perception quant à l'existence ou aux conséquences du VIH/SIDA.

*Les données qui permettent de connaître les spécificités de chaque groupe social ou culturel sont ... indispensables pour appréhender les motivations profondes conduisant les membres des différentes collectivités du Bénin à des comportements à risque ou à une mauvaise perception quant à l'existence ou aux conséquences du VIH/SIDA*

Pour lever progressivement les pesanteurs socioculturelles, il importe que des dispositions soient prises pour installer et organiser, à travers tout le pays, des antennes légères d'observation desdites pesanteurs. Ces antennes auront pour vocation de recueillir des données sur la situation et l'évolution des caractéristiques sociologiques et culturelles de groupes ou catégories homogènes, ce qui permettra des analyses plus affinées aboutissant à des résultats plus crédibles.

Mais la prise en compte des pesanteurs socioculturelles ne doit pas se limiter à celles qui favorisent l'épidémie du VIH/SIDA. Elle devrait concerner également l'existence éventuelle de spécificités sociales ou culturelles qui limitent la propagation du mal et sur lesquelles on pourrait fonder des stratégies plus efficaces, plus ancrées dans les traditions.

En outre, les recherches doivent être également orientées en direction d'une meilleure compréhension de la contribution de chaque déterminant à l'évolution de l'épidémie.



### 2.3.3. L'indicateur d'impact /effets du VIH/SIDA sur le développement humain : une proposition

Les conséquences du VIH/SIDA et les performances des stratégies pertinentes de lutte contre l'épidémie par rapport au développement humain sont bien tangibles et compréhensibles. Mais il faut pouvoir les évaluer à l'aide d'outils simples et fiables. La proposition d'un outil de mesure vise à répondre à la nécessité de rompre avec l'approche traditionnelle de lutte contre le VIH/SIDA qui ne fait pas directement le rapprochement avec le développement humain.

En effet, lorsque l'indicateur de développement humain baisse du fait de l'épidémie du VIH/SIDA, la composante la plus directement touchée est l'espérance de vie des personnes infectées. Or, plus ces personnes sont nombreuses, plus l'espérance de vie à la naissance de la population baisse.

En réalité, le VIH/SIDA n'affecte pas seulement les individus infectés mais aussi la communauté et le pays dans son ensemble. Par conséquent, dans les stratégies nationales en matière de lutte contre le VIH/SIDA, il faudrait veiller à allouer les ressources et autres efforts en fonction de l'impact ou des effets de cette épidémie sur le développement humain, et ce, de manière à inverser son évolution et son impact.

Mais la question de l'opportunité de la lutte contre le VIH/SIDA par rapport au développement humain ne se pose pas seulement en terme d'identification d'actions plus utiles les unes que les autres. Elle se pose aussi et surtout en terme de participation, de responsabilisation et d'autonomisation des communautés à la base, et de pérennisation du financement de la lutte contre le VIH/SIDA, notamment en ce qui concerne la prise en charge intégrée des PVVIH et la conscientisation de la population quant à l'existence et à la gravité de l'épidémie.

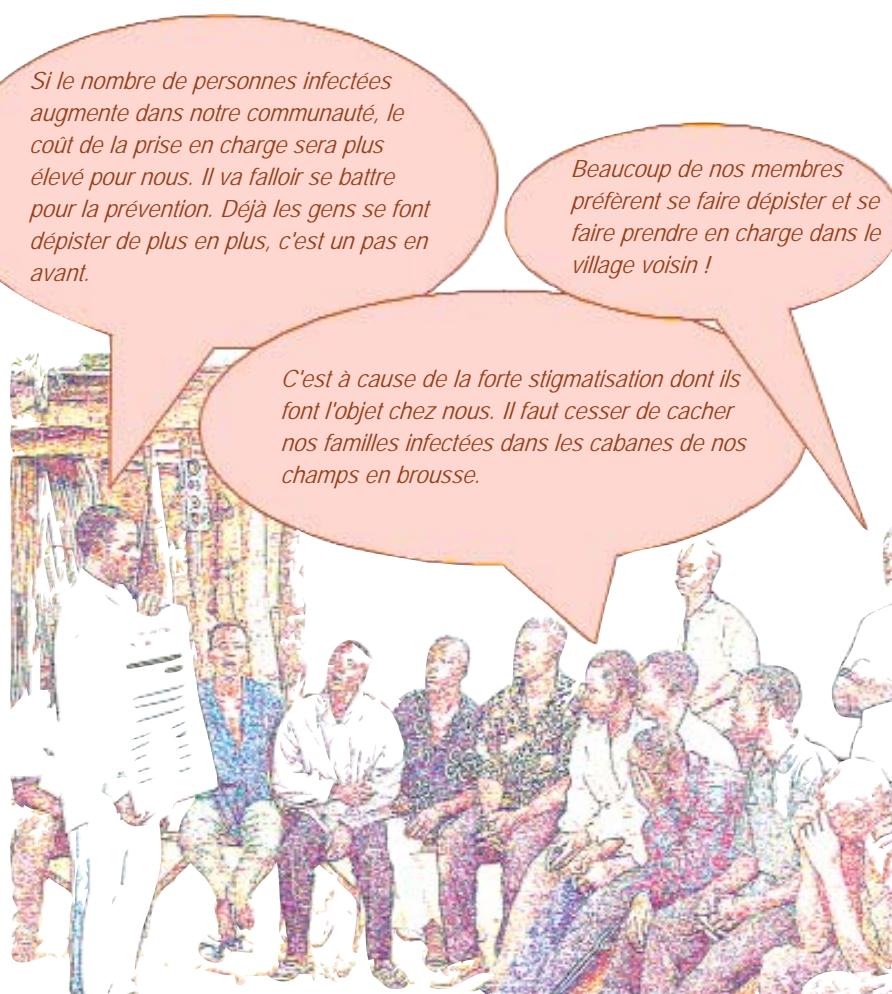
L'expérience du PPLS, notamment son volet communautaire, semble à cet égard fort intéressante. En effet, grâce à l'appui du PPLS, 2.700 communautés à la base suivent de près la prise en charge des PVVIH de leurs villages. Il faut se féliciter du fait que

*... l'opportunité de la lutte contre le VIH/SIDA ... se pose aussi ... en terme de participation, de responsabilisation et d'autonomisation des communautés à la base, et de pérennisation du financement de la lutte contre le VIH/SIDA*

toutes les communes sont déjà concernées. Au stade actuel, le PPLS met à leur disposition des ressources financières. Elles apprennent ainsi à mieux appréhender le coût de la maladie et l'importance de la prévention.

La conscientisation a atteint un niveau tel que les communautés contrôlent elles-mêmes les listes des personnes prises en charge, les paiements effectués, etc. Dans la perspective de consolider et de pérenniser cette expérience, l'accent devra être mis sur une participation financière substantielle de ces communautés aux actions de conscientisation.

Par ailleurs, l'efficacité des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA en rapport avec le développement humain repose sur la capacité des instruments à répondre de façon pertinente aux options de promotion des conditions de vie décentes des populations et d'élargissement des opportunités de choix des différents acteurs sociaux. En d'autres termes, l'utilisation des ressources financières doit privilégier l'équité sociale en favorisant la promotion d'activités génératrices de revenus au profit des groupes les plus exposés au risque d'infection et pour les PVVIH, l'accès à un habitat décent, la disponibilité des services d'éducation, de santé et des



### **Encadré 2.3.(a). :**

#### **La malnutrition et le SIDA au Bénin**

##### **La trame d'une entorse au développement humain**

La prévalence du VIH au Bénin, bien que faible par rapport à certains pays de l'Afrique australe, mérite d'être prise au sérieux. L'enquête de surveillance des comportements à risque au Bénin réalisée en 2001 par le CEFORP (centre de formation et de recherche en matière de population) dans les lieux de travail et de transit de divers corps de métier : professionnelles du sexe, routiers, adolescents et jeunes non mariés de 15 à 24 ans (ouvriers, artisans, élèves, étudiants, filles de restauration), révèle qu'environ 52 personnes attrapent le sida chaque jour. A cette allure, si rien n'est fait, la force de travail risque d'être étouffée.

L'augmentation du nombre de décès dans les différents corps de métier en l'occurrence les agriculteurs et l'affaiblissement de la force productrice du fait de la maladie, introduisent de graves modifications dans le système économique national. Cette nouvelle donne compromet la sécurité alimentaire et risque de contribuer à l'accroissement de la malnutrition d'un nombre grandissant d'agriculteurs affaiblis. Dans ces conditions, le Bénin n'échappera pas aux graves conséquences de l'épidémie sur la santé et la productivité de la main d'oeuvre agricole. Ce ralentissement des activités du secteur agricole participera de la paupérisation de la société. C'est pourquoi, le problème doit être pris au sérieux dès maintenant.

Source : Reportage réalisé par M. Ahotondji, ORTB, 2005.

### **Encadré 2.3.(b). :**

#### **La malnutrition et le SIDA au Bénin**

##### **La nutrition des PVVIH**

Comment bien vivre avec le VIH/SIDA si malgré les conseils diététiques, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) continuent de souffrir d'une alimentation non équilibrée? La pertinence de la question primordiale de l'alimentation des PVVIH est établie et mérite plus que jamais attention et détermination. Le cercle vicieux du dysfonctionnement immunitaire, des maladies opportunistes et de la malnutrition sous-tend la baisse de la productivité, consacrant ainsi le lien entre le VIH/SIDA et le développement humain durable. Il est vrai que lorsqu'on parle des PVVIH, on a toujours tendance à ne voir que les médicaments. Or, il y a aussi l'autre dimension beaucoup plus globale qui confirme l'existence d'une corrélation évidente entre la diététique et le VIH/SIDA qu'il importe de défendre. Mais cet équilibre tant souhaité reste menacé dans un environnement béninois où la pauvreté tend à s'accroître. Nombreux sont ceux-là qui n'arrivent pas à s'offrir les aliments adaptés. De l'avis de Boniface Yéhouétonoumè, nutritionniste et chercheur en biotechnologie, l'organisme a besoin d'être bien nourri même en l'absence de maladie pour bien se défendre. Selon lui, les besoins nutritionnels augmentent systématiquement lorsqu'intervient l'infection au VIH/SIDA. « *A activité physique égale, une personne séropositive va dépenser 10 % de calories de plus qu'avant sa contamination.* » déclare Boniface Yéhouétonoumè. Pour ne pas maigrir, conseille-t-il, le malade doit augmenter son apport nutritionnel de 10%. Comme il n'est toujours pas possible d'augmenter sa ration alimentaire, on peut enrichir la nourriture des PVVIH en protéines aux fins de compenser la perte de calories.

L'autre approche du nutritionniste reste la suggestion pour l'initiation d'ateliers culinaires comme c'est le cas à Bamako au Mali. En réalité, ces ateliers nutritionnels sont un cadre privilégié de partage et d'éducation à la santé qui permettent aux malades et à ceux qui les gardent d'acquérir des réflexes de cuisine et surtout des connaissances nécessaires à la conception d'une alimentation diversifiée, adaptée non seulement à leurs besoins physiologiques mais aussi à leur budget.

L'idéal, selon M. Yéhouétonoumè, serait d'avoir recours aux produits locaux connus pour leurs qualités nutritionnelles et qui par ce fait, sont recommandés pour ou contre certaines maladies opportunistes comme les candidoses buccales et les diarrhées.

##### **Une nouvelle orientation**

Pour sortir du cercle vicieux, des actions urgentes doivent être entreprises et ce simultanément contre le VIH/SIDA, la malnutrition et la pauvreté rurale, et pour l'amélioration quantitative et qualitative de l'agriculture et des services sociaux.

Face à l'affaiblissement de la force productive par la maladie et au dysfonctionnement des services sociaux, il y a lieu de procéder au renforcement du système immunitaire des individus. Soulager les peines des couches sociales démunies et vulnérables nécessite de nouvelles méthodes agricoles comme complément au traitement et à la prévention du VIH/SIDA. Il sera aussi indispensable d'agir par ailleurs sur l'éducation, la santé, la diététique, l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Toutes choses qui contribueraient à réduire les conséquences du VIH/SIDA sur le développement humain.

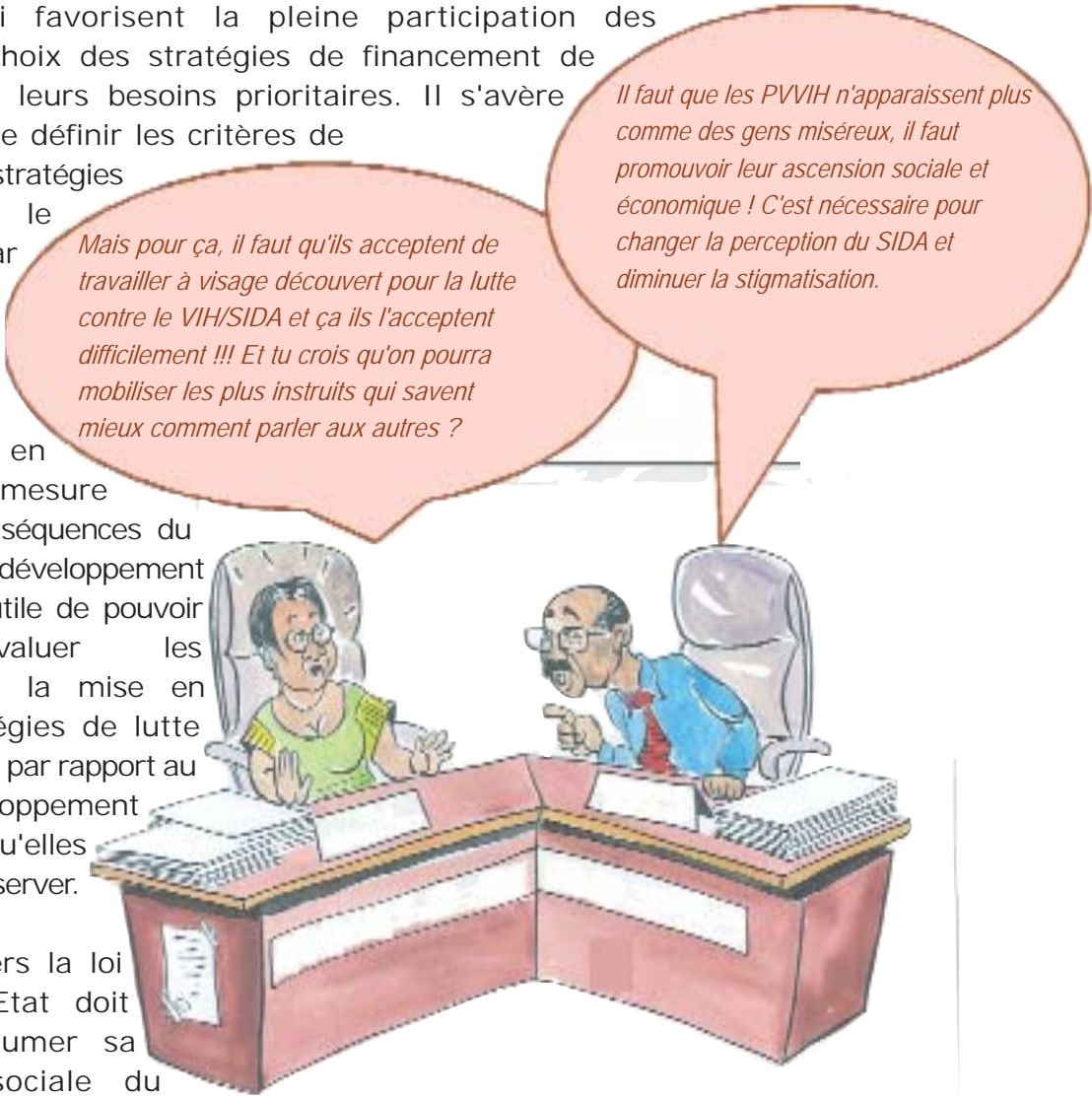
Source : Reportage réalisé par M. Ahotondji, ORTB, 2005.

infrastructures de base. Elle appelle par conséquent des mécanismes qui favorisent la pleine participation des populations au choix des stratégies de financement de lutte dictées par leurs besoins prioritaires. Il s'avère donc important de définir les critères de pertinence des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA par rapport au développement humain.

C'est pourquoi, en plus d'être en mesure d'évaluer les conséquences du VIH/SIDA sur le développement humain, il serait utile de pouvoir également évaluer les performances de la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA par rapport au niveau de développement humain qu'elles permettent de préserver.

En effet, à travers la loi des finances, l'Etat doit continuer à assumer sa responsabilité sociale du développement en garantissant un budget suffisant pour l'éducation, la santé, les infrastructures sociocommunitaires indispensables pour la population en général, mais en particulier pour les groupes les plus exposés au VIH/SIDA et à la pauvreté. En outre, avec la décentralisation, les nouvelles entités locales et les organisations paysannes devraient constituer de véritables piliers de la lutte contre le VIH/SIDA et de la promotion du développement à la base, y compris dans le financement. Pour ce faire, les stratégies de développement et les politiques financières des municipalités devraient devenir progressivement des instruments adéquats de l'autonomisation de la lutte contre le VIH/SIDA et du développement humain.

Les effets du VIH/SIDA sur le développement humain peuvent être mesurables en utilisant le différentiel entre le niveau de l'indicateur de développement humain (IDH) avec et sans VIH/SIDA. Pour les



*Mais pour ça, il faut qu'ils acceptent de travailler à visage découvert pour la lutte contre le VIH/SIDA et ça ils l'acceptent difficilement !!! Et tu crois qu'on pourra mobiliser les plus instruits qui savent mieux comment parler aux autres ?*

*Il faut que les PVVIH n'apparaissent plus comme des gens miséreux, il faut promouvoir leur ascension sociale et économique ! C'est nécessaire pour changer la perception du SIDA et diminuer la stigmatisation.*

minimiser, il est nécessaire d'orienter les ressources et les méthodes de la lutte contre le VIH/SIDA vers l'élargissement des possibilités d'épanouissement des personnes infectées et affectées de manière à ce qu'elles puissent satisfaire elles-mêmes leurs besoins sans compromettre le processus de développement humain des populations non infectées. Les limites d'une telle approche pourraient résider dans le fait qu'elle peut paraître quelque peu imprécise en raison des nombreux facteurs qui interagissent avec les composantes de l'indicateur de développement humain. Elle a cependant l'avantage d'être cohérente avec le principe de la solidarité nationale et communautaire. Autrement dit, comme le montre l'encadré 2.4, l'indicateur d'impact du VIH/SIDA sur le développement humain (IIVDH) intègre l'impact du VIH/SIDA sur :

- l'espérance de vie à la naissance appliquée à la population du Bénin dans son ensemble ;
- le niveau d'instruction (éducation et alphabétisation) de la population totale ;
- le niveau du revenu réel par tête pour tout le pays.

#### **Encadré 2.4. :**

##### **L'indicateur d'impact du VIH/SIDA sur le développement humain (IIVDH)**

Le Rapport National sur le Développement Humain, édition 2005 propose un nouvel indicateur qu'il appelle "Indicateur d'Impact du VIH/SIDA sur le Développement Humain (IIVDH). Cet indicateur est destiné à évaluer de manière globale les conséquences de l'épidémie du VIH/SIDA sur le niveau de l'indicateur de développement humain. L'IIVDH rendra ainsi compte de ce que perd le pays en terme de développement humain sur la base des deux éléments fondamentaux que sont la prévalence du VIH et la mise en place d'un dispositif pour contrer l'épidémie et ses conséquences.

En effet, l'épidémie du VIH/SIDA conduit à considérer trois catégories de personnes : (i) celles qui sont infectées et qui développent la maladie et sont sous antirétroviraux ; (ii) celles qui sont infectées, mais se portent apparemment bien, qu'elles soient ou non au courant de leur statut sérologique ; et (iii) celles qui ne sont pas infectées, mais qui sont de loin ou de près affectées par l'existence de l'épidémie et vivent sous la menace d'être infectées à leur tour. Au niveau de chacune de ces catégories, on peut déterminer l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'instruction et le niveau de revenu réel. Autrement dit, chaque catégorie peut avoir son indicateur de développement humain (IDH). Bien entendu, plus une catégorie est nombreuse, plus son IDH influencera celui de l'ensemble de la population du Bénin.

L'indicateur qui pourrait avoir une certaine utilité pour la politique de développement du pays est celui qui permet de mesurer le retard que le pays accuse par rapport au chemin qui reste à parcourir pour atteindre le développement humain accompli (IDH = 1). Pour le moment, seuls quelques pays (Norvège, Islande, Australie) sont proches de cet objectif. Pour le Bénin, le chemin qui reste à parcourir est mesuré par  $0,569 = 1 - 0,431$  selon les données du Rapport mondial sur le développement humain (RMDH)-2005, et par  $0,533 = 1 - 0,467$  selon les données nationales.

*(à suivre sur la page suivante )*



Enfin de compte l'espérance de vie, l'instruction et les conditions de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA deviennent un facteur déterminant dans le calcul de l'impact du VIH/SIDA sur le développement humain. Les hypothèses et la méthode de calcul de cet indicateur d'impact sont abordées dans l'encadré 2.4.

#### **Encadré 2.4. (suite) :**

##### **L'indicateur d'impact du VIH/SIDA sur le développement humain (IIVDH)**

L'indicateur proposé est simple : il s'agit d'abord de calculer l'écart entre l'IDH avec VIH/SIDA et réponse nationale, d'une part, et l'IDH sans VIH/SIDA et sans réponse nationale, d'autre part. Cet écart est ensuite rapporté à la mesure du chemin qui reste à parcourir pour un développement humain intégral qui suppose une espérance de vie à la naissance de 85 ans, un niveau d'instruction de 100% et un revenu réel de 40.000 dollars par tête. L'écart causé par le VIH/SIDA est ainsi rapporté à l'effort restant à faire. Le résultat obtenu pourra être exprimé sous forme de pourcentage ou de nombre de points perdus sur la route du développement humain.

#### **Pourquoi un indicateur d'impact ?**

L'IIVDH a pour but d'éclairer les décideurs à tous les niveaux, de les habituer aux considérations plus globales liées au développement humain. Il permet de considérer l'homme dans sa complexité et suivant le caractère multidimensionnel de son existence. Comme le montre le présent Rapport, le VIH/SIDA s'attaque à toutes les composantes prises en compte dans l'indicateur de développement humain et limite les capacités du pays à atteindre plus rapidement les objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Pour être en mesure de réexaminer la réponse béninoise face à ce mal et en déceler les écarts par rapport aux priorités du développement humain, les décideurs ont besoin que l'indicateur d'impact soit calculé avec rigueur et régularité. Il aide le décideur à se faire une idée globale de l'efficacité de ses stratégies de lutte. L'indicateur intègre deux préoccupations importantes : tout d'abord, la prise en compte des priorités de développement humain dans l'évaluation de l'impact du VIH/SIDA ; ensuite, la volonté de garder à l'esprit le chemin qui reste à parcourir dans le processus de développement humain.

*Source* : L'équipe de rédaction.

### 2.3.4. Le rôle des acteurs dans la nouvelle stratégie

*Dans le domaine des infrastructures, ... les choix doivent refléter les besoins prioritaires des populations concernées et impliquer des arbitrages sur des critères objectifs et transparents*

Au nombre des acteurs concernés par la lutte contre le VIH/SIDA, on distinguera l'Etat, les collectivités décentralisées, le mouvement communautaire, la jeunesse et les partenaires au développement.

#### 2.3.4.1. L'État

L'intervention de l'Etat dans la stratégie concerne tout d'abord la composante à moyen terme. On sait en effet que des contraintes lourdes existent en tant qu'obstacles à la mise en oeuvre d'une stratégie efficace de développement humain intégrant une lutte plus efficace contre le VIH/SIDA au Bénin.

Dans le domaine des infrastructures, les pouvoirs publics ont pour mission d'effectuer des choix et de procéder à la mobilisation des ressources. Les choix doivent refléter les besoins prioritaires des populations concernées et impliquer des arbitrages sur des critères objectifs et transparents pour tenir compte des ressources disponibles.

La construction et l'équipement de centres ou pavillons de santé spécialisés dans la prise en charge et le service de conseils des PVVIH relèvent de cette logique. Les principes de la bonne gouvernance s'appliquent évidemment dans un tel processus. D'une façon plus générale, la bonne gouvernance au niveau de l'Etat est une des conditions à la mise en oeuvre du processus de développement humain dans le pays.

Cela nécessite en particulier que les agents de l'Etat remplissent les missions qui leur incombent avec efficacité, transparence et responsabilité et qu'ils disposent à cet effet des ressources minimales nécessaires.

Cela implique aussi que les principes d'équité et d'accès universel soient appliqués et que des sensibilisations permanentes et des formations continues soient soigneusement préparées et bien mises en oeuvre sur le terrain.

Directement par l'intermédiaire de ses fonctionnaires, ou indirectement au moyen de partenariats avec la société civile, l'Etat doit agir pour :

- transmettre et veiller à l'application des grandes orientations stratégiques de la lutte contre le VIH/SIDA et la pauvreté ;
- organiser des échanges-formations entre les structures qui réussissent à avoir un impact sérieux contre le VIH/SIDA notamment au niveau des structures locales et celles que l'Etat souhaite faire émerger ou faire progresser ;
- informer et responsabiliser les populations de façon à ce qu'elles utilisent pleinement les possibilités qui s'offrent aux personnes infectées ;
- montrer l'importance considérable du comportement et de la bonne information par rapport à l'épidémie dans la mesure où le manque d'information juste et complète sur le VIH/SIDA constitue une insuffisance majeure sur toute l'étendue du territoire national.

La mission de l'Etat consiste aussi, dans la perspective du DHD, à promouvoir la mise en œuvre des dispositions destinées à développer l'initiative civile en matière de lutte contre le VIH/SIDA dans un cadre conforme aux intérêts des PVVIH et de la population en général. L'Etat doit aussi développer un partenariat avec des ONG crédibles et performantes, susceptibles d'accompagner ses efforts dans la diversification souhaitée des services de prise en charge et de conseils au profit des jeunes.

Enfin, l'Etat doit accroître la part des ressources internes dans le financement de la lutte contre le VIH/SIDA et assurer une meilleure coordination des ressources extérieures mobilisées à cette fin.

Avec l'appui des partenaires au développement, notamment le groupe thématique ONUSIDA élargi, le Gouvernement du Bénin a mis en place un dispositif institutionnel chargé de coordonner la mise en œuvre des différentes interventions du cadre stratégique national de lutte contre le SIDA et les IST en vigueur depuis 2002. Plusieurs structures (projets, programmes et ONG) participent à l'exécution des actions retenues. Il s'agit :

- du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) créé par décret le 18 juin 2002. C'est la structure de coordination. Il est placé sous la présidence du Chef de l'Etat et a comme membres tous les Ministres, les Préfets, les représentants du Conseil

***La mission de l'Etat consiste aussi, dans la perspective du DHD, à promouvoir la mise en œuvre des dispositions destinées à développer l'initiative civile en matière de lutte contre le VIH/SIDA dans un cadre conforme aux intérêts des PVVIH et de la population en général***

***Avec la fonctionnalité des zones sanitaires et l'effectivité de la décentralisation, les actions de lutte gagneraient à être conduites aux niveaux intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire***

***Dans une perspective de pérennisation des acquis du Projet, il serait souhaitable que les communautés à la base contribuent progressivement au financement de la prise en charge des PVVIH de leurs localités***

Economique et Social et de l'Assemblée Nationale ainsi que les représentants de la société civile, y compris les associations de PVVIH. Il est doté d'un Secrétariat Permanent chargé de coordonner les actions de lutte contre le VIH/SIDA/IST. Cette structure éprouve des difficultés dans l'accomplissement de sa mission et des efforts doivent être faits pour la dynamiser ;

- du Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST (PNLS/IST) créé en 1987 en tant que structure technique de gestion, de coordination et de suivi de la lutte au niveau national. Autrefois rattaché au cabinet du Ministre de la Santé Publique, il relève aujourd'hui de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS). Avec la fonctionnalité des zones sanitaires et l'effectivité de la décentralisation, les actions de lutte gagneraient à être conduites aux niveaux intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire ;
- du Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA (PPLS) qui est une initiative du Gouvernement béninois soutenue par la Banque Mondiale. Il vise à réagir sans délai : (i) à l'évolution inquiétante de l'épidémie et au risque de régression des indicateurs de développement ; (ii) aux problèmes de limitation et d'affectation des ressources disponibles. Dans une perspective de pérennisation des acquis du Projet, il serait souhaitable que les communautés à la base contribuent progressivement au financement de la prise en charge des PVVIH de leurs localités. De même, les Institutions et les Ministères devront pouvoir inscrire dans leurs budgets des lignes pour financer les activités des unités focales ;
- du Projet Corridor qui est un projet régional décidé par cinq Chefs d'Etats et soutenu par la Banque Mondiale. Démarré en 2004, il vise des services de prévention contre le VIH/SIDA, de traitement et de prise en charge des PVVIH au niveau des migrants et des populations le long du corridor Abidjan-Accra-Lomé-Cotonou-Lagos ;
- des ONG nationales et internationales engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA et dont l'intervention remonte à 1997 avec la mise en œuvre du plan à moyen terme deuxième génération (PMT2). Dans le souci d'accroître l'efficacité de ces ONG, les projets et programmes qui financent leurs interventions doivent se montrer plus rigoureux dans la sélection en veillant surtout à mettre l'accent sur le professionnalisme.

#### 2.3.4.2. Les collectivités décentralisées

En vertu des lois sur la décentralisation, un certain nombre de compétences sont transférées aux communes. Elles sont devenues des partenaires clefs dans le processus de développement.

Le caractère effectif de ces transferts dépend cependant des ressources que ces collectivités pourront mobiliser. Dans le cadre de la stratégie de développement humain et de lutte contre le VIH/SIDA, les collectivités locales constituent en principe des acteurs investis d'une légitimité démocratique, et des intermédiaires entre les populations à la base et les autres partenaires au développement. Cette forme d'organisation devrait être respectée pour faciliter la mise en œuvre d'une meilleure stratégie de lutte contre le VIH/SIDA. Elle facilitera la démarche proposée dans la stratégie en favorisant l'émergence d'interlocuteurs représentatifs des populations et porteurs des aspirations de celles-ci, et soumis à leur contrôle. Les collectivités locales ont vocation à participer à un réseau pour le DHD et contre le VIH/SIDA qui pourrait être créé dans chaque département.

*Dans le cadre de la stratégie de développement humain et de lutte contre le VIH/SIDA, les collectivités locales constituent ... des acteurs investis d'une légitimité démocratique*

#### 2.3.4.3. Le mouvement communautaire

Il constitue par nature une pièce clef du dispositif à court terme, notamment dans le monde rural, centré sur le développement communautaire et la participation. Les communautés sont la base du dispositif. La diversité actuelle du mouvement communautaire est un sujet de préoccupation à bien des égards. Le bilan tiré du fonctionnement des organisations paysannes exprime bien cette diversité. Les organisations liées au coton sont l'objet de nombreuses critiques que l'approche DHD pourrait raisonnablement prendre à son compte.

Certaines de ces organisations sont caractérisées par un mode de fonctionnement fort peu démocratique et exerçant sans contrôle leur mandat au bénéfice d'une minorité. A l'opposé, les groupements féminins bénéficient d'une image plus positive. La mise en œuvre de la stratégie proposée implique un renforcement du mouvement communautaire autour des grandes dimensions du développement humain, en particulier la participation et la bonne gouvernance.

***Les bénéficiaires passifs ou exclus du contrôle des décisions doivent être réintégrés. Cet objectif passe par une promotion des principes du DHD, par un plan de formation ambitieux, incluant l'alphabétisation fonctionnelle comme élément de base du dispositif. Les communautés et leurs responsables devront être formés afin de pouvoir promouvoir des projets et les mener à bien***

Avec l'appui de l'Etat, la nouvelle approche doit s'efforcer de transformer les organisations cotonnières en instruments de promotion du développement des collectivités qu'elles représentent. Le facteur essentiel dans une telle perspective est de mobiliser de nouveau la base autour des missions originelles des groupements et des dimensions du développement humain et de la lutte contre le VIH/SIDA. Les bénéficiaires passifs ou exclus du contrôle des décisions doivent être réintégrés. Cet objectif passe par une promotion des principes du DHD, par un plan de formation ambitieux, incluant l'alphabétisation fonctionnelle comme élément de base du dispositif. Les communautés et leurs responsables devront être formés afin de pouvoir promouvoir des projets et les mener à bien.

La consolidation des bases d'un développement communautaire puissant et le redressement des composantes quelque peu dévoyées de ce mouvement communautaire sont donc au cœur de la stratégie. Ces actions permettront en effet de renforcer les moyens disponibles pour l'éducation et la santé ; de mobiliser des ressources pour promouvoir les bons comportements, ceux qui permettent d'éviter la propagation du VIH/SIDA. La formation est ici un enjeu essentiel.

#### **2.3.4.4. Le rôle de la jeunesse dans la prévention du VIH/SIDA**

La réduction de la transmission du VIH par voie sexuelle passe par trois axes :

- informer les individus sur les modes de transmission de la maladie afin qu'ils modifient leurs comportements lorsque ceux-ci sont à risque ;
- prévenir et guérir les IST ;
- promouvoir le préservatif.

Au regard des axes ci-dessus énumérés, on peut retenir que le rôle de la jeunesse dans le cadre d'une stratégie de prévention du VIH/SIDA est capital et mérite d'être débattu. Ce rôle doit évidemment se fonder sur les expériences en cours à travers les leçons et limites qui s'en dégagent et bien entendu sur les desiderata (cf. 3.3.4.2) des jeunes.

## - Les expériences en cours

Plusieurs expériences ont vu le jour et continuent tant bien que mal à faire leur chemin dans le cadre de la prise en charge des besoins de la jeunesse. Au nombre de ces expériences, on peut citer l'introduction de l'éducation à la vie familiale dans les programmes scolaires, le projet santé et services sociaux des adolescents et jeunes (3S-ADO) et de multiples actions de sensibilisation menées avec peu de coordination par plusieurs ONG nationales et internationales.

L'introduction de l'éducation à la vie familiale dans les programmes scolaires a été une expérience conduite d'abord avec l'appui financier de l'UNFPA au projet dénommé "éducation en matière de population/éducation à la vie familiale (EMP/EVF)". Cette expérience a été poursuivie par le PPLS. Les aspects suivants ont été abordés dans le cadre de ce projet :

- physiologie et santé en matière de reproduction ;
- information sur la planification familiale et la parenté responsable ;
- prévention des IST/VIH.

Ces trois aspects ont été intégrés à travers l'élaboration et l'édition des ouvrages scolaires traitant des questions d'éducation à la vie familiale. Des formations ponctuelles et ad hoc ont permis de renforcer la capacité de quelques enseignants au niveau du primaire et du secondaire. L'édition des ouvrages devant servir de guide et de support pour les enseignants est un pas non négligeable dans l'introduction des trois aspects cités ci-dessus dans les curricula. A ce jour, aucun acte officiel introduisant ces aspects dans les curricula n'a été pris. L'observation de la pratique courante dans les écoles et les renseignements recueillis au niveau des trois communes visitées montrent que l'introduction de l'éducation sexuelle dans les curricula n'est pas effective partout. Deux problèmes se posent et appellent des actions. Il s'agit d'une prise de position officielle par les autorités en charge de l'éducation, de la mise en place des modalités pratiques de cette introduction et du suivi pédagogique de ces mesures. L'arrimage de ces mesures avec la mise en œuvre des nouveaux programmes d'études au primaire doit être exploré.

***L'observation de la pratique courante dans les écoles et les renseignements recueillis au niveau des trois communes visitées montrent que l'introduction de l'éducation sexuelle dans les curricula n'est pas effective partout***

Depuis 1998, une approche fondée sur l'offre de soins cliniques (mise en place de centres d'écoute et de conseil aux jeunes sur la sexualité et la santé de la reproduction) est réalisée avec l'appui financier de l'UNFPA à travers le projet de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes mis en œuvre par la Direction de la Santé Familiale du Ministère de la Santé Publique. Les sites d'intervention de ce projet sont les centres de jeunes et de loisirs, les campus universitaires (Abomey-Calavi et Cotonou) ainsi que certaines cliniques de santé de la reproduction de l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF). A partir de 2000, ce projet est passé sous la tutelle du Ministère de la jeunesse, des sports et loisirs qui, à ce jour exécute, à titre pilote, les activités de ce projet dans les localités de Bohicon, Kandi et Pobè. Le projet utilise les activités de loisirs comme cadre d'information et d'éducation à travers l'écoute et l'offre de conseils aux adolescents et aux jeunes sur la santé de la reproduction.

*La place des jeunes dans un processus de prévention ne saurait être examinée sans la prise en compte de leurs souhaits*

Parallèlement, l'ABPF développe l'approche basée sur "l'éducation par les pairs" couplée avec l'offre de soins cliniques dans les centres d'écoute et de conseil aux jeunes sur la sexualité et la santé de la reproduction. Ces initiatives mériteraient une attention particulière car elles couvrent une partie du milieu urbain des centres qu'elles desservent et essentiellement la population instruite. Des problèmes de fonctionnement limitent l'action de ces initiatives qui gagneraient à être appuyées. Des actions visant des jeunes du secteur informel sont très peu nombreuses.

L'expérience du projet santé et services sociaux des adolescents et jeunes (3S-ADO) est relativement récente. De façon opérationnelle, le projet offre de l'information et des services conseils aux adolescents dans le domaine de la santé de la reproduction et du développement social et économique. Le projet développe de nouvelles approches d'alphabétisation axées sur la promotion des activités génératrices de revenus pour les adolescents et jeunes non scolarisés et déscolarisés à travers la production radiophonique et télévisuelle par les jeunes eux-mêmes. Des créneaux porteurs sont en cours d'exploitation dans le secteur de l'art et de la culture : production du patrimoine culturel (contes et légendes, artisanat et musique traditionnelle) sous forme de recueil (contes, proverbes, chansons), de documentaires audiovisuels, de sketches, de théâtres en vue de rendre plus attractifs les centres de jeunes et de loisirs des localités couvertes par le projet. Le succès et l'engouement de la jeunesse autour de cette initiative sont indéniables. La question de la viabilité de ces centres réside dans la pérennité du financement de l'initiative. A cet effet, une contribution des communautés et des communes est



souhaitable. La place des jeunes dans un processus de prévention ne saurait être examinée sans la prise en compte de leurs souhaits.

Une question ouverte a permis de recueillir le point de vue des jeunes par rapport à leurs souhaits en matière d'action à entreprendre et leur contribution dans les trois communes couvertes par l'enquête RNDH 2005 (Comé, Parakou et Aplahoué). Des opinions recueillies auprès des enquêtés, il ressort que les souhaits des jeunes s'articulent autour de trois besoins :

- la sensibilisation par les canaux privilégiés que sont les radios locales et les autres modes traditionnels (contes, leader d'opinions, responsables religieux) ;
- la lutte contre l'analphabétisme et le chômage ;
- la lutte contre la pauvreté.

#### - Le rôle des jeunes dans un programme de prévention

Au-delà d'une revendication catégorielle sur la base de laquelle une couche de la population doit réclamer ses droits, il est nécessaire de s'appuyer sur les groupes structurés de jeunes pour opérer une communication pour le changement de comportement à leur profit. Dans ce cadre, les acteurs ci-après méritent d'être mis à contribution dans la mise en œuvre des actions envisagées :

- le parlement des enfants mis en place avec l'impulsion de l'UNICEF constitue un cadre sur lequel, il est possible de s'appuyer pour la sensibilisation des plus jeunes (10-13 ans) qui restent en marge des messages d'information et de sensibilisation sur le VIH/SIDA dans les trois communes ;
- le syndicat des chauffeurs et racleurs est (pour ce qui concerne les trois communes visitées) un groupe d'influence ayant des portes d'entrée sur toutes les catégories de population ;
- les associations de femmes des marchés ont la faveur, de par leurs activités, de rencontrer plusieurs catégories de personnes et sont donc un canal favorable à la diffusion des messages de sensibilisation ;
- les enseignants, en tant qu'éducateurs, méritent d'être associés surtout en milieu rural ;
- les groupements agricoles méritent d'être mis à profit compte tenu du fait qu'ils rassemblent la plupart des actifs ;
- les groupes de jeunes dans toutes les religions avec l'appui des leaders religieux pourraient être d'une contribution essentielle dans la diffusion des messages.

**... le parlement des enfants mis en place avec l'impulsion de l'UNICEF constitue un cadre sur lequel, il est possible de s'appuyer pour la sensibilisation des plus jeunes (10-13 ans) qui restent en marge des messages d'information et de sensibilisation**

*...les groupes de jeunes dans toutes les religions avec l'appui des leaders religieux pourraient être d'une contribution essentielle dans la diffusion des messages*

#### 2.3.4.5. Les partenaires au développement

A court terme, la stratégie proposée envisage de renforcer les capacités dans les trois domaines clés ci-après :

- participation des PVVIH à la prévention de l'épidémie et aux prises en charge ;
- organisation et gestion des structures spécialisées dans la prise en compte des conséquences du VIH/SIDA ;
- stratégies de mobilisation des ressources.

Ces capacités seront indispensables tant au niveau de la formation que de la diffusion des bonnes pratiques de lutte contre le VIH/SIDA et ses conséquences. Or, il existe divers projets, d'ampleurs variables, qui sont actifs au Bénin. Ils disposent tous d'expériences et de capacités dans un ou plusieurs des domaines clés de la lutte contre le VIH/SIDA et ses conséquences. L'identification de ces capacités doit permettre de mesurer les ressources humaines disponibles.

Leur mobilisation supposera la collaboration des projets où existent ces capacités. Elle impliquera une politique volontariste de mise en commun de ressources, d'informations, de compétences qui s'oppose à la tradition de cloisonnement, de secret, voire de concurrence qui prévaut actuellement. Une forte détermination sera nécessaire, qui devra s'appuyer sur la volonté des autorités publiques nationales et locales, et sur les promoteurs, en dernière instance, des initiatives concernées. Une sensibilisation auprès de ces derniers sera indispensable afin qu'ils adhèrent à la démarche.

Le concours des partenaires au développement sera nécessaire, dans la mesure où le pays manque actuellement de ressources indispensables pour financer l'ensemble des investigations nécessaires. Au total, la mobilisation des bailleurs de fonds dans le cadre d'une sorte de Table Ronde pour appuyer la réponse du Bénin contre le VIH/SIDA constituera une étape nécessaire dans la mise en œuvre de ladite réponse.

Le groupe thématique ONUSIDA au Bénin est composé des agences des Nations Unies (PNUD, OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale, UNESCO, FMI, FAO, PAM, HCR).

Il est élargi au Gouvernement représenté par le Secrétariat Permanent du CNLS et aux partenaires bilatéraux et multilatéraux :

la Coopération française, l'Union européenne, l'USAID, la Coopération suisse, la Coopération belge, la Coopération hollandaise, la Coopération allemande, la GTZ, la Coopération danoise, l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI), Projet SIDA 3 et ONG internationales (PSI, Africare, IFESH, World Education, MCDI, Care International, CRS, etc.), un représentant de la société civile élu par le groupe des partenaires de la société civile et du secteur privé (Fondation Bénin/SIDA).

Le groupe thématique ONUSIDA est appuyé par un coordonnateur pays ONUSIDA (UCC). Ce groupe est l'instrument de choix pour le plaidoyer et la mobilisation des ressources dont l'utilisation ne devrait plus se limiter aux aspects cliniques de la lutte contre le VIH/SIDA ou à la sensibilisation, mais devra également concerner la préservation du niveau de développement humain des personnes infectées ou affectées par l'épidémie. Il se propose une coordination effective des interventions de l'ensemble des bailleurs de fonds et partenaires au développement en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Toutes les interventions des partenaires vont s'inscrire dans le plan stratégique national.

#### 2.4. Conclusion partielle

Malgré le constat d'une stabilité du taux d'infection depuis 2002, il existe des disparités de prévalence au niveau départemental et au sein des groupes spécifiques (élèves, apprentis, serveuses dans les maquis, les routiers et les professionnelles de sexe). Le mode de contamination, le plus répandu étant la voie sexuelle, les comportements à risque sont encore observés chez les adultes. Le quart des jeunes, ayant leur premier rapport sexuel entre 13 et 19 ans, ne savent pas que le SIDA se transmet par voie sexuelle.

Les conséquences de cette épidémie sont surtout la réduction de l'espérance de vie de la population, la paupérisation, la discrimination, la stigmatisation et l'ostracisme des personnes vivant avec le VIH/SIDA sans oublier le rejet des orphelins et enfants vulnérables. Le VIH/SIDA affecte sensiblement les composantes de l'indicateur de développement humain (espérance de vie, instruction et revenu) qui, à leur tour, influencent l'exposition au risque de contracter le VIH, notamment le niveau d'instruction et le revenu.

Selon la prévalence du VIH, il est distingué trois groupes de départements à IDH variable :

***Le Groupe  
Thématique  
ONUSIDA .... est  
l'instrument de  
choix pour le  
plaidoyer et la  
mobilisation des  
ressources dont  
l'utilisation ne  
devrait plus se  
limiter aux  
aspects cliniques  
de la lutte  
contre le  
VIH/SIDA ou à  
la sensibilisation,  
mais devra  
également  
concerner la  
préservation du  
niveau de  
développement  
humain des  
personnes  
infectées ou  
affectées par  
l'épidémie***

**...le vote des lois protégeant les droits et intérêts des PVVIH et l'application du principe de la portée universelle garantissant la non-exclusion constituent des atouts pour pallier les désagréments dont sont victimes les personnes atteintes**

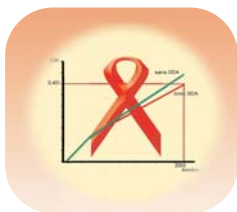
**L'apport des partenaires au développement, pour la mise en place des initiatives de prise en charge, devra être progressivement relayé par les fonds octroyés par la commune en vue de la pérennisation des actions entreprises pour le bien-être des PVVIH**

- ceux à faible prévalence (moins de 1%), Zou (0,436) ; Collines (0,497) ; Alibori (0,405) ; Plateau (0,445) ;
- ceux à prévalence moyenne (entre 1 et 2%), Donga (0,471) ; Atacora (0,417) ;
- ceux à prévalence forte (plus de 2%), Borgou (0,439) ; Littoral (0,620) ; Atlantique (0,475) ; Couffo (0,446) ; Mono (0,519) ; Ouémé (0,527).

L'analyse des données a montré une corrélation entre le niveau d'IDH et la prévalence du VIH sans une relation de cause à effet. Par ailleurs, les inégalités de genre montrent que les femmes ont un IDH plus faible que celui des hommes et une prévalence du VIH plus élevée. Elles sont plus vulnérables en terme de développement humain et plus exposées au VIH.

Ainsi, l'amélioration du niveau d'instruction, des conditions de vie des populations, de la couverture géographique par des infrastructures de lutte contre le VIH/SIDA, de la contribution des émissions radiophoniques relatives au VIH/SIDA et l'implication effective des communautés à la base dans la prise en charge des PVVIH sont des actions qui doivent concourir à réduire ou contenir la propagation du VIH/SIDA. De même, le vote des lois protégeant les droits et intérêts des PVVIH et l'application du principe de la portée universelle garantissant la non-exclusion constituent des atouts pour pallier les désagréments dont sont victimes les personnes atteintes.

Au niveau local, l'épidémie du VIH/SIDA devra être considérée par les conseillers communaux comme un problème de développement humain afin de pouvoir prévoir des stratégies réalisables moyennant l'appui financier et la participation collective des communautés à la base. L'apport des partenaires au développement, pour la mise en place des initiatives de prise en charge, devra être progressivement relayé par les fonds octroyés par la commune en vue de la pérennisation des actions entreprises pour le bien-être des PVVIH.



## Chapitre 3

# Les actions de lutte contre le VIH/SIDA dans la perspective du développement humain

*L'analyse des actions de lutte contre le VIH/SIDA, impliquant directement les décideurs centraux et communaux, permet d'évaluer la réalisation des activités par rapport aux objectifs énoncés et aux principes du développement humain durable. L'utilité d'une telle analyse est de faire ressortir les échecs et les succès enregistrés, de même que les enseignements à partir desquels le Bénin pourra bâtir de nouvelles stratégies plus compatibles avec le développement humain, notamment celles qui touchent directement les couches les plus exposées à l'épidémie.*

La création d'un cadre propice à la lutte contre le VIH/SIDA est principalement du ressort des autorités publiques qu'on peut situer à deux niveaux : au niveau central animé par le Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA (SP/CNLS) et au niveau local par les structures décentralisées à travers les conseils communaux et les communautés locales. Les politiques et programmes de lutte doivent être appréciés à ces différents niveaux qui se complètent pour déterminer l'approche globale nationale.

Le présent chapitre analysera les orientations stratégiques et les actions réalisées pour lutter contre le VIH/SIDA. La première section portera sur l'évaluation des stratégies et des résultats de la lutte contre le VIH/SIDA par rapport aux principes du développement humain. La seconde section sera l'occasion d'examiner la pertinence des options retenues et des actions menées dans le cadre du développement humain.

### 3.1. Les performances du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA par rapport au DHD



Le modèle béninois de lutte contre le VIH/SIDA s'est construit progressivement depuis 1987. Il existait d'abord un plan de lutte à court terme contre le VIH/SIDA pour la période 1987-1988. Ce plan, qui devait en principe parer au plus pressé, a été évalué en 1989. Ce qui a donné lieu à l'élaboration d'un plan de lutte à moyen terme dit de première génération (PMT1) pour la période allant de 1989 à 1993.

Le PMT1, qui devait prendre fin en 1993, est resté en vigueur jusqu'en 1996. Son évaluation a permis de comprendre que la lutte contre le VIH/SIDA ne pouvait plus se limiter à la dimension "médicale". Elle a préconisé une approche multisectorielle fondée au départ sur les points focaux et qui a été prise en compte dans le plan de lutte à moyen terme de deuxième génération (PMT2). Mais cette approche, qui a surtout consisté en la désignation, en la mise en place et en la formation de points focaux dans les différents Ministères, n'a pas fonctionné de manière satisfaisante. Les raisons d'une telle situation étaient essentiellement liées à la faible adéquation des mécanismes et des outils mis en place pour répondre au caractère multidimensionnel de la lutte. Aujourd'hui, les points focaux sont remplacés par des unités focales plus fonctionnelles. A partir de 2002, le PMT2 a laissé la place au cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, qui restera en vigueur jusqu'en mars 2006.

Le cadre stratégique national couvre quatre grandes catégories d'action de lutte contre le VIH/SIDA : celles s'appliquant (i) à toute la population ; (ii) à des groupes spécifiques ; (iii) aux personnes vivant avec le VIH et (iv) à la recherche scientifique.

*... l'approche multisectorielle, ... fondée au départ sur les points focaux, ... n'a pas fonctionné comme il se doit. Les raisons ... sont essentiellement liées à la faible adéquation des mécanismes et des outils mis en place pour répondre au caractère multidimensionnel de la lutte*

#### 3.1.1. Les performances des interventions s'appliquant à toute la population

L'objectif du Gouvernement étant de "*lutter contre le VIH/SIDA*", le résultat le plus important auquel on doit s'attendre est le recul de la prévalence du VIH comme résultante des actions menées. Pour constater ce recul au niveau de la population en général, il faut un indicateur tel que la prévalence de l'infection par rapport à la population totale ou encore le nombre d'infections par jour. Il

s'agit aussi de voir si les stratégies mises en œuvre en direction de la population en général procèdent de l'éthique et de l'équité sur un plan national en donnant la priorité aux groupes les plus exposés à l'épidémie.

Les données statistiques revêtent donc ici une importance majeure. Elles permettent le suivi de l'évolution de l'épidémie lorsqu'il est possible de comparer les données statistiques avant et après la mise en œuvre des actions de lutte contre l'épidémie. Au Bénin, la prévalence du VIH est de 4,1% en 2001. En 2002, elle est estimée à 2,0%. Mais il ne s'agit pas d'un recul de l'épidémie. La différence entre les prévalences de 4,1% en 2001 et de 2,0% en 2002 est due à un redimensionnement de l'échantillon toutes choses égales par ailleurs.

Il serait donc plus prudent de considérer que la situation reste toujours préoccupante et que les autorités nationales devraient accroître leur vigilance ainsi que la pertinence et la rapidité de leurs interventions.

Quatre types d'interventions ont pour cible la population dans son ensemble. Il s'agit de la communication pour un changement de comportement (CCC), de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), de la promotion de l'utilisation des préservatifs et de la prévention de la transmission du VIH par voie sanguine. C'est au niveau de ces actions que les principes du développement humain, contenus dans les différentes stratégies, seront appréciés.

### **3.1.1.1. La communication pour un changement de comportement**

L'objectif principal poursuivi depuis 2002 dans le cadre de la communication pour un changement de comportement est de promouvoir la prise de conscience et l'appropriation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST par la communauté nationale. Pour ce faire, des efforts ont été déployés pour renforcer et étendre les moyens de communication personnalisés sur les risques d'infection au VIH/SIDA/IST, pour mettre en place un cadre de concertation entre les intervenants des confessions religieuses et pour responsabiliser les communautés elles-mêmes dans la réponse locale et communautaire contre le VIH/SIDA et les IST. Les résultats de la mise en œuvre de cette action font ressortir que

*... la prévalence du VIH est passée de 4,1% en 2001 à 2,0% depuis 2002, mais il ne s'agit pas d'un recul de l'épidémie. La différence entre les prévalences de 4,1% en 2001 et de 2,0% en 2002 est due à un redimensionnement de l'échantillon toutes choses égales par ailleurs*

***Dans tous les départements, les populations citent les radios locales comme un excellent canal de transmission des messages de prévention du VIH/SIDA ... Cependant, l'utilisation de ces radios locales reste limitée en raison : (i) de l'insuffisante couverture du territoire national et (ii) du nombre réduit des émissions relatives au VIH/SIDA dans leurs programmes***

la prise de conscience au niveau de la population en général reste insuffisante et que les comportements à risque persistent dans le pays. Cette situation prévaut malgré une meilleure connaissance du VIH/SIDA. En réalité, bon nombre de personnes ont appris à mieux connaître le VIH/SIDA, mais le quadrillage du territoire national n'a pas été systématique, ce qui fait que toutes les couches de la population n'ont pas encore été suffisamment touchées par les différents messages (PNLS, 2002 ; Résultats de l'enquête RNDH 2005).

La préoccupation majeure est de toucher toutes les couches de la population au moyen des procédés les plus efficaces, notamment les interventions plus personnalisées (groupes de discussions, entretiens) qui s'avèrent plus efficaces que les séances publiques qui ne sont qu'informatives et non participatives.

Mais les communications pour un changement de comportement ne sont bien reçues que si elles sont participatives ou résultant d'initiatives endogènes. Le caractère limité des performances des actions de communication menées jusqu'ici semble s'expliquer par le fait que les actions menées n'ont pas toujours respecté ces principes de l'approche "DHD".

Dans tous les départements, les populations citent les radios locales comme un excellent canal de transmission des messages de prévention du VIH/SIDA qui leur parviennent. Cependant, l'utilisation de ces radios locales reste limitée en raison : (i) de l'insuffisante couverture du territoire national et (ii) du nombre réduit des émissions relatives au VIH/SIDA dans leur grille de programme. Ici, c'est le principe de la portée universelle des actions de développement humain qui n'est pas respecté malgré le caractère peu onéreux de l'utilisation des radios locales.

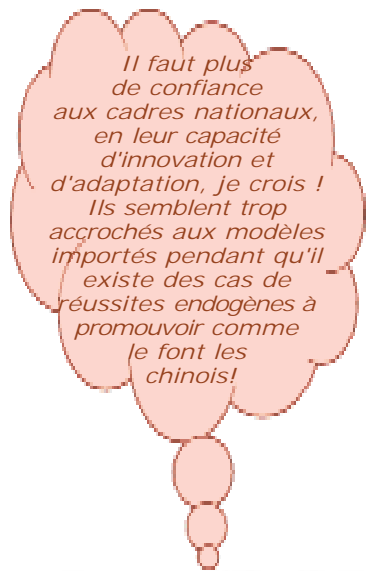
### **3.1.1.2. La prise en charge des infections sexuellement transmissibles**

L'objectif général du cadre stratégique en matière de prise en charge des IST est de réduire leur prévalence. La prévention et la prise en charge des IST sont assurées selon une approche dite syndromique qui doit s'étendre à tout le territoire national. Pour ce faire, des guides sur la prise en charge des IST avaient été élaborés en 1997 et diffusés dans les structures de santé. Ils ont



été révisés en 2000 et accompagnés d'une formation du personnel. Dans les centres où le personnel a été formé, la promotion et la distribution des préservatifs ont été intégrées dans la prise en charge globale. Malheureusement, cette formation n'a pas couvert toutes les structures de santé. Cependant, il faut noter que les médicaments pour les IST sont disponibles dans la plupart des structures de santé au plan national.

Les principales actions menées étaient : la prise en charge médicale et le suivi des IST, des séances d'information/sensibilisation ainsi que la promotion et la distribution des préservatifs. Ces actions se sont révélées efficaces, mais elles étaient limitées à Cotonou et à quelques communes du Bénin. Ici, l'approche "DHD" nous permet de déceler certaines insuffisances dans "l'endogénéisation" et la portée des actions de prise en charge des IST. En effet, des efforts devraient être faits en direction des acteurs locaux pour obtenir leur pleine participation. Au nombre de ces acteurs, il faut citer notamment les guérisseurs traditionnels qui pourraient orienter leurs patients souffrant d'IST vers les formations sanitaires. Le principe "DHD" consiste ici à valoriser les initiatives réussies et à créer les conditions de leur diffusion auprès des guérisseurs d'autres localités. Cette approche, qui a été tentée et réussie en Chine (Film documentaire "Les Chamans du futur" de Michèle Decoust et de Basile Sallustio, 2004), devrait être largement diffusée pour une performance plus marquée.



### 3.1.1.3. La promotion de l'utilisation du préservatif

L'objectif général est d'augmenter le taux d'utilisation des préservatifs au travers des deux stratégies que sont : (i) la promotion de l'utilisation des préservatifs, et (ii) l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du condom à toute la population.

Ces deux stratégies sont liées et constituent des domaines dans lesquels la lutte contre le VIH/SIDA rencontre le plus de succès. Dans tous les départements et dans toutes les communes, des activités multiples et variées sont menées pour promouvoir et rendre plus accessibles les préservatifs. Actuellement, les condoms sont disponibles dans la plupart des localités. En outre, les difficultés rencontrées, du fait de l'opposition de certains cultes

***Le principe "DHD" consiste ici à valoriser les initiatives réussies et à créer les conditions de leur diffusion auprès des guérisseurs d'autres localités. Cette approche, qui a été tentée et réussie en Chine... devrait être largement diffusée***

**Les autorités religieuses sont de plus en plus disposées à nuancer leur attitude vis-à-vis de l'utilisation du condom**

**Le préservatif féminin, qui aurait pu augmenter le contrôle des femmes sur leur sexualité, n'a pas connu autant de succès en raison de son coût élevé, de son aspect peu esthétique et de son utilisation peu pratique**

traditionnels et de certaines religions se sont fortement atténuées. Les autorités religieuses sont de plus en plus disposées à nuancer leur attitude vis-à-vis de l'utilisation du condom. Tout ceci a favorisé une utilisation plus accrue du préservatif.

Malgré ces succès, il demeure que seul le préservatif masculin est suffisamment bien promu. Le préservatif féminin, qui aurait pu augmenter le contrôle des femmes sur leur sexualité, n'a pas connu autant de succès en raison de son coût élevé, de son aspect peu esthétique et de son utilisation peu pratique. Selon l'approche "DHD", à défaut de promouvoir de façon égalitaire les deux types de préservatifs, on aurait dû commencer par la vulgarisation des préservatifs féminins compte tenu de la position de faiblesse relative des femmes.

Cependant, cette option n'aurait pas abouti sans une conscientisation simultanée des hommes, car ces derniers conservent un pouvoir de négociation plus élevé dans la vie sexuelle.

#### **3.1.1.4. La prévention de la transmission du VIH par voie sanguine**

La prévention de la transmission du VIH par voie sanguine vise à assurer à 100% la sécurité transfusionnelle par rapport au VIH et à minimiser la transmission du VIH durant toute autre pratique invasive.

La sécurité transfusionnelle est l'un des domaines qui a le mieux fonctionné au Bénin. Pour parvenir à ce résultat, un document de politique nationale de transfusion sanguine a d'abord été élaboré et adopté en 1999. En plus de cela, il faut noter la bonne organisation de la collecte de sang, notamment par le Service National de Transfusion Sanguine (SNTS). Des actions de promotion du don de sang bénévole et de fidélisation des donateurs constituent des exemples d'initiatives réussies.

A l'intérieur du pays, les Services Départementaux de Transfusion Sanguine (SDTS) sont dotés de chaîne ELISA. Ils approvisionnent les autres centres de santé et les postes de transfusion. Le sang est contrôlé dans tout le pays, et le personnel est bien formé.

Cependant, on note encore quelques déficiences dues :

- au faible effectif de donateurs de sang bénévoles, ce qui ne permet pas de constituer des stocks suffisants de sang contrôlé pour répondre à toutes les urgences ;

- à l'accessibilité géographique difficile de tous les centres qui doivent s'approvisionner dans les Centres départementaux de transfusion ;
- à l'insuffisante couverture du pays par les postes dotés de tests rapides ;
- au manque de centralisation des données de tous les services de transfusion sanguine.

### **3.1.2. Les interventions ciblant des groupes de populations spécifiques**

Les groupes spécifiques considérés dans le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA sont constitués des jeunes, des femmes, des populations mobiles et des professionnelles du sexe. Les performances au niveau de ces groupes pourraient être mesurées à l'aide d'indicateurs spécifiques tels que la prévalence du VIH en leur sein. En général, les cibles "DHD" sont déterminées par leur degré de pauvreté, leur engagement et leur mobilisation en vue de sortir de cette situation. Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, les cibles identifiées sont tout à fait pertinentes parce qu'elles sont les plus exposées à l'épidémie. Ainsi, la réponse béninoise contre le VIH/SIDA, fait un bon ciblage des groupes spécifiques. Cependant, elle ne s'appuie pas suffisamment sur la détermination, la motivation et la mobilisation desdites cibles.

*Les groupes spécifiques considérés dans le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA sont constitués des jeunes, des femmes, des populations mobiles et des professionnelles du sexe*

#### **3.1.2.1. Les jeunes**

Dans tous les départements du Bénin, les jeunes ont constitué la cible prioritaire d'intervention de beaucoup d'acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA. Leurs actions ont visé essentiellement la prévention de la transmission sexuelle du VIH/SIDA. Elles comportent essentiellement des activités de sensibilisation, de promotion et de distribution de préservatifs. Mais il faut constater que malgré des connaissances théoriques suffisantes, 84% des jeunes de 15 à 24 ans ne sont pas encore suffisamment conscients de la réalité de l'épidémie du VIH/SIDA au Bénin selon les résultats du PNLS (PNLS-BSS, 2001). Ce qui ne les amène pas à changer de comportement.

Ce constat a conduit à revoir les messages qui leur sont adressés et à réorienter la méthodologie pour les acheminer, de manière à

**Quant aux jeunes non scolarisés, ils ont été la cible d'actions ponctuelles dirigées presque exclusivement vers les ateliers où travaillent des apprenti(e)s**

plus les conscientiser qu'à les informer. Tous les jeunes n'ont pas été ciblés de manière équitable. Ceux qui sont scolarisés ont bénéficié de plus d'interventions. Quant aux jeunes non scolarisés, ils ont été la cible d'actions ponctuelles dirigées presque exclusivement vers les ateliers où travaillent des apprenti(e)s. Les enfants en situation difficile ("*vidomègons*", enfants de la rue, enfants travailleurs) ont été très peu ciblés. Pourtant, ces deux dernières catégories sont très nombreuses et surtout très vulnérables. Il faudrait non seulement que l'on s'y intéresse pour ce qui est de la prévention du VIH/SIDA, mais aussi que certaines dispositions déjà existantes soient revues et effectivement appliquées pour mieux protéger ces jeunes également considérés comme prioritaires par l'approche "*DHD*".

### **3.1.2.2. Les femmes**

**Les principaux facteurs contribuant à ... rendre (les femmes) vulnérables à l'infection au VIH sont le fort taux d'analphabétisme (77,4% en 2003), les conditions socio-économiques précaires, la sexualité et le mariage précoces, le faible taux de scolarisation des filles et le ... faible statut de la femme**

En ce qui concerne les femmes, l'objectif du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA comprend deux volets : le premier est de renforcer leurs capacités, aussi bien dans les zones rurales que dans les villes, à s'engager dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA ; le second est de réduire à moins de 15% la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les femmes sont restées très vulnérables au VIH/SIDA malgré toutes les dispositions prises pour les protéger. Les principaux facteurs contribuant à les rendre vulnérables à l'infection au VIH sont le fort taux d'analphabétisme (77,4% en 2003)<sup>17</sup>, les conditions socio-économiques précaires, la sexualité et le mariage précoces, le faible taux de scolarisation des filles et le contexte socioculturel caractérisé par le statut de la femme.

Dans un tel contexte, il est noté qu'elles n'ont toujours pas bénéficié d'actions fortes dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Il en résulte que la plupart d'entre elles, n'ayant pas un pouvoir social/économique suffisant pour négocier leur vie sexuelle, continuent d'être exposées.

Un problème particulier est celui de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, avant, pendant ou après

---

<sup>17</sup> PNUD-RMDH, 2005.

l'accouchement. Sans intervention, la transmission périnatale de la mère à l'enfant se situe autour de 30%. Un programme de prévention a été mis en place depuis juin 2000 et a permis de suivre plus de 14.000 femmes gestantes. Les résultats préliminaires de cette expérience sont encourageants (cadre stratégique, 2000).

Quelques actions timides ont été menées par certaines ONG et les agences de coopération dans le cadre de la santé de la reproduction. En dehors de ces actions, il n'en existe pas d'autres d'envergure nationale tendant à réduire la vulnérabilité des femmes, en particulier, les actions de prévention du VIH/SIDA.

### **3.1.2.3. Les orphelins et enfants vulnérables**

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

Pour lutter contre le VIH, le cadre stratégique a défini des actions spécifiques au profit des enfants et des jeunes. Plusieurs programmes interviennent à travers la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables.

#### **- Prévention de la transmission parents enfants du VIH**

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

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

Entre les premier et troisième trimestres 2005, 1.171 femmes ont été dépistées séropositives en consultations prénatales et 939 ont bénéficié des ARV pour réduire leur charge virale et diminuer le risque de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

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

***Au troisième trimestre 2005, 8.634 orphelins et enfants vulnérables ont été recensés sur toute l'étendue du territoire national***

### **- Soutien aux orphelins et enfants vulnérables**

Au troisième trimestre 2005, 8.634 orphelins et enfants vulnérables ont été recensés sur toute l'étendue du territoire national. Parmi ces enfants, 4.112 sont scolarisés ou en apprentissage et seulement 2.883 sont insérés dans une famille d'accueil. Il a été dénombré 1.634 familles d'accueil.

Au total, 1.622 orphelins et enfants vulnérables bénéficient d'un appui en produits vivriers. Il est important de préciser, que grâce à l'appui de la Banque Mondiale, de l'UNICEF, de l'ONG Plan Bénin et de Catholic Relief Service (CRS), le SP/CNLS, le Ministère de la santé publique (MSP) et le Ministère de la famille, de la protection sociale et de la solidarité (MFPSS) ont organisé un atelier national sur la situation des OEV en mai 2004. L'une des principales recommandations de cet atelier a été la réalisation d'une étude sur la situation des OEV.

#### **3.1.2.4. La population mobile**

L'objectif général pour cette cible est de réduire de façon significative la prévalence des IST et du VIH/SIDA. Ces populations mobiles sont composées de travailleurs saisonniers, de routiers, de commerçants, de réfugiés, de déplacés, de touristes, de professionnelles du sexe, d'éléments des forces armées en mission, de voyageurs ponctuels, etc.

Le Bénin représente un pays à forte migration interne et externe liée à sa position géographique mais aussi à son contexte sociopolitique marqué notamment par la stabilité politique, la liberté d'expression et l'hospitalité.

C'est aussi un pays de transit. Des milliers de commerçants venant des pays voisins fréquentent les grands marchés (Dantokpa, Dogbo, Glazoué, Azovè, Parakou, Malanville, Djougou). De même, des commerçants et voyageurs du Bénin se rendent dans des marchés des pays voisins. Ce mouvement d'hommes et de femmes favorise les brassages et les rencontres sexuelles occasionnelles. Dans ces cas, la durée moyenne de séparation de la famille

varierait de 2 à 5 jours (PNLS, 2000). Ces commerçants devant séjourner loin de leur résidence constituent des groupes à risque pour la transmission du VIH/SIDA.

Les routes reliant le Bénin aux pays voisins (Togo, Burkina Faso, Nigeria) sont très fréquentées. Les échanges commerciaux entraînent un important mouvement des personnes et des biens. Pour les routiers, le nombre de nuits passées hors du ménage par mois varie entre 0 et 30 jours avec une médiane de 14 jours (Médégan, 2001)<sup>18</sup>.

Les raisons de ces déplacements sont liées au développement économique inégal des pays de la sous-région (opportunités d'acquisition des ressources ; recherche d'emploi, de moyens de subsistance ou d'alternatives économiques meilleures) et l'insécurité ou l'oppression politique dans les pays voisins du Bénin mettant les migrants en situation précaire.

La mobilité a été identifiée comme un déterminant important dans la propagation du VIH/SIDA. Cependant, malgré les efforts faits, la cible des populations mobiles reste encore à conscientiser et à responsabiliser au moyen d'actions d'envergure, en dehors de celles du projet canadien SIDA2 et SIDA3 et du projet Corridor Abidjan-Lagos.

A cet égard, il faut noter qu'il existe une forte organisation dans le monde des transporteurs pour la bonne marche de leurs activités. La réponse béninoise contre le VIH/SIDA devrait s'appuyer sur cet acquis en partant du principe que la participation des associations de transporteurs est une exigence de la "bonne gouvernance" dans l'approche DHD.

Par ailleurs, l'expérience a montré que la pérennité et l'impact des initiatives prises par les acteurs intervenant dans la conscientisation des populations mobiles, sont fortement liés au degré de participation des associations de transporteurs. A cet effet, on pourrait créer un cadre tel que l'image commerciale du transporteur ou certains avantages dont il pourrait bénéficier auprès de l'Etat, dépendent de son degré d'implication dans la conscientisation des passagers qu'il déplace.

**La réponse béninoise contre le VIH/SIDA devrait s'appuyer sur (le)... principe que la participation des associations de transporteurs est une exigence de la "bonne gouvernance" dans l'approche DHD**

---

<sup>18</sup> Médégan Valentine Kiki F. , 2001, "Prévalence de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles et étude des facteurs de risque associés chez les routiers", Université Libre de Bruxelles.

### 3.1.2.5. Les professionnelles du sexe (PS)

L'objectif général est de réduire la prévalence des IST et du VIH chez les professionnelles du sexe et leurs clients. La prévalence estimée auprès des PS au niveau national en 2004 est de 27,9%<sup>19</sup>. Elle est deux fois plus faible que celle de l'enquête organisée auprès des PS des sites d'intervention du projet SIDA2 en 1999 (55%). Elle variait alors entre 45% à 60% selon les départements.

*Si on peut légitimement affirmer que des progrès importants ont été accomplis en ce qui concerne la cible des PS, il n'en demeure pas moins que la prévalence du VIH en leur sein reste encore élevée (27,9% en 2004)*

Aujourd'hui, on peut considérer que les interventions intensives (combinées probablement à des migrations importantes ayant affecté ce groupe) pourraient être des éléments explicatifs de cette évolution positive. Pourtant, bien peu de structures se sont mobilisées en direction de cette cible. C'est essentiellement le projet canadien de lutte contre le SIDA (Projets SIDA2 et SIDA3) qui a mené, des années durant, des actions relativement étendues en faveur des professionnelles du sexe (en particulier les affichées<sup>20</sup>). Ces dernières ont été suivies par ce projet dans les villes de Cotonou, Porto-Novo, Bohicon, Parakou, Kandi et Malanville. En 2004, une enquête de surveillance des comportements et de la biologie (ESCB) a été organisée dans les douze départements pour permettre de les recenser et de mieux les connaître. Selon les résultats préliminaires de cette enquête, la prévalence de l'infection à VIH au sein de ce groupe est de 27,9%.

Si on peut légitimement affirmer que des progrès importants ont été accomplis en ce qui concerne la cible des PS, il n'en demeure pas moins que la prévalence du VIH en leur sein reste encore élevée. Il faut donc continuer le combat notamment dans les départements et les villes où se concentre la prostitution. Mais elle existe aussi en dehors des villes et même dans les villages reculés. Ces dernières années, la prostitution, initialement concentrée dans certains quartiers, s'est diversifiée dans l'offre et dans les lieux d'exercice. On constate son développement rapide dans les villes secondaires et sur les axes principaux desservant les quartiers périphériques.

Les principaux déterminants du développement de la prostitution au Bénin restent :

- l'indigence des PS par rapport au pouvoir financier de leurs clients ; ce qui réduit fortement leur pouvoir de négociation pour l'utilisation du préservatif ;

<sup>19</sup> Par opposition aux femmes (béninoises le plus souvent) qui exercent clandestinement la prostitution. La prostitution affichée est essentiellement pratiquée par les femmes étrangères.

<sup>20</sup> Enquête de sérosurveillance, PNLS, 2004.



- la grande mobilité des professionnelles du sexe ;
- l'absence d'associations de professionnelles du sexe suffisamment motivées pour un meilleur encadrement des nouvelles recrues ;
- l'insuffisance du suivi médical des professionnelles du sexe.

La prise en charge des PS est donc pertinente, mais elle reste très insuffisante sur le plan de la couverture nationale malgré les grands progrès accomplis.

L'approche "DHD" peut être ici d'une grande utilité, car elle prône la valorisation d'initiatives prises par des professionnelles du sexe et aisément appropriables par d'autres PS. En effet, face au dénuement et à la pauvreté, certaines PS se sont organisées d'elles-mêmes et ont engagé des initiatives (activités génératrices de revenus) qui ont eu un impact sensible sur leurs conditions de vie et sur leur vie sexuelle. Un des principes de base de l'approche "DHD" consiste à identifier et à valoriser les succès enregistrés au niveau des PS qui "s'en sortent" et à créer les conditions pour que ces succès soient diffusés auprès des PS qui le souhaitent.

Cette valorisation des initiatives des PS peut constituer un frein salutaire à la propagation de l'épidémie et à la perte de confiance de certaines femmes qui pensent qu'il n'existe pas d'alternative à la prostitution. L'approche "DHD" propose donc que soient diffusées au sein des PS qui le souhaitent, des expériences qui sont à leur portée et qui sont en harmonie avec le contexte économique, social et culturel. Dans la diffusion de telles expériences, il sera nécessaire en particulier de limiter fortement le recours à des financements trop élevés et de rester, dans le domaine productif, dans le cadre d'une logique d'activités génératrices de revenus qui soient néanmoins plus rentables que la prostitution.

L'approche "DHD", bien qu'elle vise l'épanouissement de l'individu et l'éthique, n'est pas moralisatrice. Le fait de proposer aux PS des activités génératrices de revenus ne signifie pas nécessairement qu'on veuille les amener à abandonner la prostitution. Ce qui est plutôt recherché par des intervenants tels que le Projet SIDA3, acteur principal de la prise en charge des PS au Bénin, c'est que,

***Le fait de proposer aux PS des activités génératrices de revenus ne signifie pas nécessairement qu'on veuille les amener à abandonner la prostitution. Ce qui est plutôt recherché ... c'est que, grâce aux revenus procurés par les ..AGR., les PS ne se sentent plus obligées d'accepter les rapports sexuels non protégés***

***Les activités de communication pour un changement de comportement peuvent donc s'appuyer sur la promotion des AGR pour amener les PS à refuser les pratiques sexuelles à risque, à défaut d'abandonner la prostitution***

grâce aux revenus procurés par les activités génératrices de revenus (AGR), les PS ne se sentent plus obligées d'adopter des comportements à risque (accepter les rapports sexuels non protégés). Les revenus tirés des AGR vont accroître leur pouvoir de négociation, leur donnant ainsi une plus grande liberté dans le choix de leurs pratiques sexuelles. Les activités de communication pour un changement de comportement peuvent donc s'appuyer sur la promotion des AGR pour amener les PS à refuser les pratiques sexuelles à risque, à défaut d'abandonner la prostitution.

Par ailleurs, il convient de noter que la promotion des AGR auprès des PS par les projets tels que SIDA3, ne vient pas en tête des activités de prise en charge au Bénin. Ce qui importe davantage au niveau de cette cible, c'est la surveillance, le contrôle et le traitement des IST, car ces dernières facilitent considérablement l'infection par le VIH.

### **3.1.2.6. Le personnel de la force publique**

La lutte contre le VIH/SIDA a commencé dans les Forces Armées Béninoises (FAB) en 1989 avec la découverte du 1<sup>er</sup> cas au centre médico-social de la garnison de Cotonou. Elle se fondait alors sur les activités de prévention appuyées par le Ministère de la Santé Publique et certaines organisations non gouvernementales. Il faut noter également que dès 2002, grâce à la mise en place du cadre institutionnel proposé par le cadre stratégique national, le Ministère de la Défense Nationale s'est doté d'une unité focale de lutte contre le VIH/SIDA (UFLS) appuyée par le Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA (PPLS) et surtout par le Département de Défenses Américaines (DOD/USA). Se fondant sur un plan d'action déjà élaboré et prenant en compte les spécificités du Ministère de la Défense Nationale, l'UFLS/MDN s'est fixé les objectifs suivants :

- décentraliser réellement la lutte ;
- élever le niveau de conscience du risque ;
- mettre en place une organisation spécifique sur les opérations de maintien de paix ;
- établir l'état des lieux en matière de séroprévalence ;
- prendre en charge les patients infectés.

### **Encadré 3.1. :**

#### **Les conditions de prise en charge des PVVIH**

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA se fait aux conditions suivantes :

1. Le malade se prête à une consultation, qui est en principe gratuite.
2. Le médecin le soumet à un diagnostic paraclinique (examens de laboratoires : biologie, biochimie, etc.). Un des examens déterminant est le dépistage. Lorsqu'il est séropositif, il n'est dit malade du SIDA que si un autre examen appelé "*décompte de CD4*" est fait et donne un résultat inférieur à 200 par millimètre cube de sang prélevé. C'est ce calcul qui détermine le degré d'affection atteint par le malade et la nécessité ou non de sa mise sous trithérapie Anti-Rétroviral (ARV).
3. Une enquête sociale est effectuée dans son milieu, à la demande du médecin traitant ou auquel il est référé.
4. Le malade se prête à une consultation d'observance.
5. Le malade constitue un dossier à soumettre au comité d'éligibilité. En effet, étant donné le coût élevé du traitement aussi bien pour le malade que pour l'Etat et la communauté nationale, étant donné les moyens financiers limités de l'Etat et le nombre de malades à soumettre au traitement trithérapie, il s'est avéré nécessaire de donner la priorité aux plus malades parmi tous les nécessiteux. C'est pour éviter un certain arbitraire dans l'allocation des soins qu'il a été retenu de faire passer les différents dossiers par un comité d'éligibilité qui, après étude de chaque cas soumis, indique les malades à qui sera donné par priorité décroissante, ce traitement.
6. Le médecin traitant délivre au malade l'ordonnance pour se faire servir, par la pharmacie de l'hôpital de référence, les ARV. Des conseils accompagnent la délivrance de l'ordonnance.
7. La pharmacie de référence sert les ARV au malade. Il faut noter que les trois médicaments prescrits doivent être servis en même temps, et que s'il en manque un seul, le malade retourne voir le médecin traitant qui est seul habilité à reprendre l'ordonnance ou à remplacer le (s) produit (s) manquant (s). Cette étape est également accompagnée de conseils.
8. Le malade se soumet à un suivi clinique selon un rythme que lui indiquera le médecin traitant. Ce rythme est fonction de son état sérologique ; il est fortement conseillé au malade de respecter strictement le calendrier du suivi clinique.
9. Le suivi clinique est souvent accompagné d'un suivi paraclinique (à domicile, sur les lieux de travail, etc.).

*Source* : PNLs, 2003.

Du fait du caractère éparé des actions menées, il est difficile de les évaluer en terme d'impact de ces appuis. Cependant, des résultats appréciables ont été obtenus dans divers domaines :

**- La décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA dans l'Armée**

*A ce jour, les différentes études réalisées montrent que les soldats disposent de l'information adéquate. Néanmoins, certains soldats continuent d'adopter des comportements sexuels à risque sous la pression du groupe ou lors des missions à l'étranger*

Les Forces Armées Béninoises ont réussi une décentralisation effective de la lutte contre le VIH/SIDA grâce à la formation de deux cent cinquante (250) militaires, véritables pairs éducateurs répartis en 47 unités décentralisées de lutte contre le VIH/SIDA (UDLS) installées dans les garnisons du pays. Les membres de ces UDLS, formés aux techniques de communication et d'écoute, animent au quotidien les activités de prévention dans chaque unité élémentaire des Forces Armées Béninoises.

Une conférence de prévention du VIH/SIDA, tenue à Ouidah en Septembre 2005, a permis la première rencontre de ces acteurs pour un échange fructueux d'expériences en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

**- Les activités de prévention**

Elles sont menées dans les unités sous la direction des chefs de corps. Les différentes occasions de regroupements sont des opportunités pour rappeler les messages de sensibilisation au dépistage du VIH/SIDA et au suivi des nouvelles recrues. A ce jour, les différentes études réalisées montrent que les soldats disposent de l'information adéquate. Néanmoins certains soldats continuent d'adopter des comportements sexuels à risque sous la pression du groupe ou lors des missions à l'étranger, notamment les opérations de maintien de paix. Des stratégies ciblées devront être mises en oeuvre en direction de ces cibles.

**- Les opérations de maintien de la paix**

Un manuel de normes et procédures, déjà élaboré, est en cours de validation par le Commandement. Toutefois, une organisation existe pour ce type de mission. Les soldats en instance de départ bénéficient d'une séance de sensibilisation, de dotation de préservatifs pour six mois et de mise en place d'une cellule dirigée par le médecin du contingent en vue de continuer à mener des

activités de prévention et de dépistage du VIH/SIDA sur le terrain. Le suivi des cohortes amorcées depuis 2002 montre une baisse de la prévalence au retour des missions.

#### - **Les activités en direction des écoles**

Un atelier a permis de sensibiliser les apprenants sur la contamination du VIH/SIDA dans les écoles de formation des sous-officiers et celles des officiers. En outre, des séances de sensibilisation se tiennent au profit de la troupe en attendant l'harmonisation des contenus des modules de formations selon les niveaux des apprenants.

#### - **L'état des lieux**

Les Forces Armées Béninoises (FAB) ont réalisé en 2005 une enquête de sérosurveillance visant à évaluer l'impact de la lutte contre le VIH/SIDA. Cette enquête qui est l'une des premières réalisées en Afrique, fut menée suivant une méthodologie rigoureuse conduite par l'unité focale de lutte contre le SIDA du Ministère de la défense nationale (UFLS/MDN). Selon les résultats obtenus, la séroprévalence au sein des Forces Armées Béninoises ne diffère pas significativement de celle de la moyenne nationale estimée. Ce résultat montre que malgré la particulière vulnérabilité des militaires, les éléments de l'armée béninoise ne prennent pas plus de risque que les civils en matière de VIH/SIDA. Il importe néanmoins de redoubler d'efforts en vue de protéger cette population particulière contre les dégâts de la pandémie du siècle.

#### - **La prise en charge**

L'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) a été un des trois sites pilotes pour le lancement de l'IBA/ARV. L'unité de prise en charge jouit d'une excellente répartition de son personnel dans les garnisons et est bien appréciée par les patients dont les 90% sont des civils.

Son atout principal, en dehors de la qualité de son personnel, est sa localisation dans la même aire géographique que plusieurs services techniques spécialisés et l'existence d'un Centre de Dépistage et de Conseil (CDC), véritable porte d'entrée dans la chaîne de prise en charge.

Les perspectives de la lutte contre le VIH/SIDA au sein des FAB se fondent sur les atouts organisationnels et humains du Ministère de la défense nationale qui dispose d'un service spécifique de santé

*...la séroprévalence au sein des Forces Armées Béninoises ne diffère pas significativement de celle de la moyenne nationale estimée. Ce résultat montre que malgré la particulière vulnérabilité des militaires, les éléments de l'Armée Béninoise ne prennent pas plus de risque que les civils en matière de VIH/SIDA*

des armées. Ce dernier se révèle être un véritable fer de lance de la lutte contre le VIH/SIDA de par sa localisation géographique et sa fonctionnalité. Il reste cependant à : (i) renforcer les activités des UDLS ; (ii) améliorer l'accessibilité permanente aux préservatifs pour tout militaire sur toute l'étendue du territoire national ; (iii) mettre en place un système de sérosurveillance plus efficace et spécifique aux Forces Armées Béninoises ; et (iv) renforcer la prise en charge par l'extension des capacités des laboratoires et par une meilleure assistance psychosociale.

### 3.1.3. La prise en charge des PVVIH

L'objectif général de cette action est d'assurer une prise en charge correcte de toutes les PVVIH du Bénin. Les performances au niveau de ce groupe particulier pourraient être mesurées à l'aide d'indicateurs tels que le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'une prise en charge médicale, d'une prise en charge nutritionnelle ou, dans l'optique du "DHD", d'un accompagnement autonomisant. Plusieurs types de prises en charge concernent les PVVIH, notamment les prises en charge médicale, psychosociale, nutritionnelle et globale.

*... le niveau actuel de la prise en charge des PVVIH est insuffisant sur toute l'étendue du territoire et les besoins en formation du personnel de santé restent énormes*

#### 3.1.3.1. La prise en charge médicale des PVVIH

Depuis 1987, le Gouvernement et ses partenaires ont renforcé la prise en charge des maladies opportunistes et des IST. Ceci a permis au Ministère de la santé publique d'inscrire la prise en charge des IST dans le paquet minimum des activités des centres de santé. L'appui technique et financier des partenaires a ciblé le renforcement des capacités des agents de santé et la communication pour le changement de comportement. Néanmoins, ce volet IST mérite une attention particulière dans la programmation budgétaire pour pérenniser les acquis des projets conduits par les ONG internationales dont certains seront clôturés en 2006 (par exemple BHAPP de l'USAID et projet SIDA3 de la Coopération canadienne). Ces projets couvrent les zones les plus vulnérables du territoire. Mais le niveau actuel de la prise en charge des PVVIH est insuffisant sur toute l'étendue du territoire et les besoins en formation du personnel de santé restent énormes.

## - Le traitement par les antirétroviraux

De façon générale, dans tous les départements, d'importants efforts restent à faire. La prise en charge des PVVIH par ARV et la prévention de la transmission mère-enfant sont encore à leurs débuts. Elles sont plus ou moins structurées dans les chefs-lieux des anciens départements (Atacora, Atlantique, Borgou, Mono, Ouémé et Zou). Des initiatives de prise en charge existent dans plusieurs centres de santé confessionnels, mais très peu d'associations s'investissent dans la prise en charge des PVVIH, en dehors de Arc-En-Ciel, CARITAS, APH Gohomè et RACINES. Rares sont les ONG qui assurent une prise en charge complète des PVVIH (Conseil, prise en charge médicale, psychosociale, apport nutritionnel et prise en charge des orphelins) comme l'ONG CARITAS.

Depuis le premier cas de SIDA en 1985 au Bénin, la prise en charge des PVVIH a évolué du traitement des maladies opportunistes et des IST à la prise en charge psychosociale et au traitement par les ARV. Aujourd'hui, le soutien au PVVIH s'étend progressivement à la prise en charge nutritionnelle.

La composante relative aux infections opportunistes demeure très préoccupante avec l'accroissement des besoins en médicaments pour protéger les personnes séropositives. Le nombre de personnes traitées pour infections opportunistes est passé de 3.508 en 2004 à 5.338 en juin 2005. L'une des difficultés majeures est non seulement la souffrance des malades et de leurs familles, mais aussi l'occupation permanente des lits d'hospitalisation et la surcharge des centres de santé. Il s'avère indispensable d'accroître les efforts financiers et techniques pour assurer la couverture des 79.240 personnes vivant avec le VIH (population des PVVIH estimée par le PNLS pour l'année 2004) contre les maladies opportunistes.

La prise en charge des PVVIH a renforcé l'espoir des personnes séropositives affaiblies et des différents acteurs de prise en charge. L'effectif des malades mis sous ARV a augmenté rapidement en passant de 1.862 en 2004 à 3.028 en fin juin 2005. Le nombre de personnes ayant besoin des ARV étant estimé à 11.640, l'Etat, avec l'appui des partenaires au développement, devrait poursuivre les efforts pour étendre cette prise en charge aux 8.612 patients restants et aux nouveaux cas.

*... la prise en charge des PVVIH a évolué du traitement des maladies opportunistes et des IST à la prise en charge psychosociale et au traitement par les ARV. Aujourd'hui, le soutien au PVVIH s'étend progressivement à la prise en charge nutritionnelle*

## **- La gratuité de la prise en charge des PVVIH**

La gratuité de la prise en charge (PEC) des PVVIH est un problème qui se pose à toutes les unités de prise en charge qu'elles soient privées, publiques ou confessionnelles. En effet, si ces unités doivent faire le dosage de CD4 et tous les examens biologiques et biochimiques gratuitement, alors qu'elles importent les réactifs et paient des taxes (taxe statistique, taxe de solidarité régionale, etc.), elles s'estiment lésées. Elles souhaiteraient être exonérées de ces différentes taxes. Par conséquent, il serait plus judicieux de prendre les mesures incitatives qui permettraient aux responsables des centres privés de dépistage et de PEC des PVVIH, de bénéficier effectivement des avantages découlant de la décision de la gratuité des examens biologiques et biochimiques.

***La gratuité a été décidée par le Ministère de la santé publique pour encourager les malades à se faire soigner. Pour rendre plus efficace cette mesure, il est nécessaire de réduire la distance que le malade doit parcourir entre le centre de traitement et son domicile***

## **- La distance entre les centres de dépistage et ceux de prise en charge**

Les conditions de prise en charge des PVVIH sont désormais bien connues (encadré 3.1). La distance à parcourir est un facteur important de démobilisation des malades et constitue souvent un motif d'abandon de la procédure de traitement en cours ou à entreprendre.

La gratuité a été décidée par le Ministère de la santé publique pour encourager les malades à se faire soigner. Pour rendre plus efficace cette mesure, il est nécessaire de réduire la distance que le malade doit parcourir entre le centre de traitement et son domicile. Par exemple, un malade de Malanville qui serait référé sur l'hôpital départemental du Borgou à Parakou aurait à effectuer au total 860 Km environ en aller-retour. Si ce déplacement et le séjour lui coûtent environ 30.000 FCFA, il y a une forte probabilité qu'il abandonne la procédure de prise en charge.

Par ailleurs, il importe davantage que le Gouvernement veille à ce que les centres de dépistage soient multipliés pour les rapprocher de la population et augmenter les centres de PEC des PVVIH pour permettre à ces derniers d'accéder à tous les examens (biologiques et biochimiques) nécessaires, afin de leur éviter de multiples déplacements qui sont souvent source de découragement et de renoncement à certains examens ou traitements.

Pour rapprocher davantage les malades des centres d'information,



de prospective et de conseil (CIPEC), il est souhaitable de créer ces centres par commune ou par regroupements de communes, de doter les centres de santé communaux (CSCoM) et les hôpitaux de zone en équipements permettant de faire les analyses et de mettre en route la PEC des PVVIH. Avec l'avènement de la décentralisation, il est possible que les communes soient étroitement associées aux efforts financiers qu'exige la pleine mise en œuvre de cette décision.

### **3.1.3.2. La prise en charge psychosociale**

Démarrée avec l'avènement du VIH/SIDA au Bénin en 1985 par certaines structures confessionnelles, la prise en charge psychosociale permet d'aider les personnes infectées et affectées à mieux vivre la séropositivité. Elle consiste à prodiguer les conseils sur l'évolution de la maladie, les dispositions à prendre pour éviter l'affaiblissement moral et physique du malade. Ce qui renforce l'observance des prescriptions médicales et l'intégration sociale des PVVIH et des personnes affectées. Cette composante prend en compte non seulement les conseils aux individus, mais aussi les visites à domicile, l'appui aux associations des PVVIH, les orphelins et enfants vulnérables (OEV), l'insertion professionnelle, etc.

Les visites à domicile ont pour objectif de contrôler l'observance médicale, d'être à l'écoute des problèmes et autres doléances des PVVIH. L'appui aux associations des PVVIH n'a débuté qu'en 1998 avec la création de la première association "Action Espoir et Vie (AEV)". Le nombre d'associations a évolué très rapidement en passant de 1 en 1998 à 28 en 2005 dont 18 sont constituées uniquement des PVVIH. Elles bénéficient d'un appui financier et du renforcement des capacités en matière d'élaboration des projets d'activités génératrices de revenus et de conseils à l'observance.

En ce qui concerne les orphelins et enfants vulnérables (OEV), ils bénéficient de l'insertion dans les familles d'accueil et d'une assistance financière pour la scolarisation, la formation professionnelle et la nutrition. Aujourd'hui, seulement 5.637 OEV ont été enregistrés sur 32.810 OEV estimés. Ceci peut s'expliquer par la réticence des parents à déclarer l'existence des OEV dans leurs familles. Globalement 3.169 OEV ont été scolarisés ou mis en

***Le nombre d'associations a évolué très rapidement en passant de 1 en 1998 à 28 en 2005 dont 18 sont constituées uniquement des PVVIH. Elles bénéficient d'un appui financier et du renforcement des capacités en matière d'élaboration des projets d'activités génératrices de revenus et de conseils à l'observance***

***Contrairement aux autres formes de prise en charge, l'appui nutritionnel demeure embryonnaire face aux besoins recensés***

apprentissage et leur insertion dans des familles d'accueil s'est révélée une approche appropriée pour réduire la stigmatisation et améliorer leurs conditions de vie et leur éducation. Au 30 juin 2005, 2.793 OEV ont été insérés dans des familles d'accueil. Mais moins de la moitié (1.152) de ces enfants bénéficient des appuis en produits vivriers.

### **3.1.3.3. La prise en charge nutritionnelle**

La prise en charge nutritionnelle<sup>21</sup> consiste à assurer l'apport suffisant en calories aux PVVIH et l'efficacité du traitement pour des malades sous ARV.

Contrairement aux autres formes de prise en charge, l'appui nutritionnel demeure embryonnaire face aux besoins recensés. Il importe que le Gouvernement élabore et mette en œuvre un programme d'appui nutritionnel aux PVVIH avec les partenaires au développement. Ce programme devrait être élaboré selon une approche participative qui intègre les collectivités locales et les communautés à la base.

### **3.1.4. La Recherche scientifique et la médecine traditionnelle**

La recherche scientifique béninoise en matière de lutte contre le VIH/SIDA comprend essentiellement trois volets : (i) la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA, (ii) la surveillance des comportements, (iii) et la recherche fondamentale. En plus de la recherche scientifique, la médecine traditionnelle constitue une voie alternative.

#### **3.1.4.1. La surveillance épidémiologique du VIH/SIDA**

L'objectif général que s'est fixé le cadre stratégique national en matière de surveillance épidémiologique est d'en optimiser la fiabilité au plan national.

---

<sup>21</sup> La prise en charge nutritionnelle comprend aussi bien les conseils pour un repas équilibré que la mise à disposition de vivres.

Au Bénin, la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH constitue l'un des domaines qui fonctionnent assez bien. Elle permet d'évaluer les tendances et l'impact des différentes actions menées dans le cadre de la lutte contre l'infection par le VIH. Les données issues de cette activité sont essentielles pour le suivi-évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA. La sérosurveillance se mène auprès des groupes tels que les femmes enceintes, les consultants IST et des groupes spécifiques comme les professionnelles du sexe, les malades tuberculeux et les donneurs de sang dans le cadre de la sécurité transfusionnelle.

Grâce aux expériences acquises depuis des décennies, la dynamique de l'infection par le VIH est bien connue, ce qui a permis de mettre en œuvre des outils et des stratégies idoines de recherche pour estimer l'ampleur de l'épidémie et de mettre en place un système de surveillance de deuxième génération.

Le Programme National de Lutte contre le SIDA, depuis sa création en 1987, s'efforce de mettre à la disposition des acteurs, des informations utiles. En effet, de 1990 à 2001, la sérosurveillance n'a concerné que quelques sites urbains ; ce système de veille connaît depuis 2003 (suite à l'enquête de validation mise en œuvre en 2002), une extension dans les deux milieux urbain et rural, ce qui a abouti à des résultats plus fiables, plus représentatifs et plus précis par rapport aux différents groupes sociaux.

*... la dynamique de l'infection par le VIH est bien connue, ce qui a permis de mettre en œuvre des outils et des stratégies idoines de recherche pour estimer l'ampleur de l'épidémie et de mettre en place un système de surveillance de deuxième génération*

#### **3.1.4.2. La surveillance des comportements**

L'objectif général de la surveillance des comportements est de suivre les tendances des comportements des populations cibles vis-à-vis des IST/VIH/SIDA. Elle constitue un complément essentiel de la surveillance épidémiologique du VIH et consiste en des enquêtes transversales répétées, au sein des groupes de population clés qui influencent la dissémination du VIH, afin de suivre systématiquement les changements des comportements à risque.

*... il est nécessaire de mener des enquêtes comportementales pour mettre en évidence à court terme, les tendances dans les changements de comportement qui amènent à la réduction de l'infection par le VIH*

La prévalence du VIH est un indicateur de tendance qui, par définition, change lentement même lorsque les facteurs qui le déterminent (dont les comportements à risque) varient. Les changements de comportement ne sont perceptibles au niveau de la prévalence du VIH qu'après plusieurs années. C'est pourquoi, il est nécessaire de mener des enquêtes comportementales pour mettre en évidence à court terme, les tendances dans les changements de comportement qui amènent à la réduction de l'infection par le VIH.

Par ailleurs, la surveillance des comportements guide les programmes d'intervention en donnant aux planificateurs une image plus claire des comportements à risque au sein des différentes catégories de population.

#### **3.1.4.3. La recherche fondamentale et opérationnelle**

L'objectif général est de promouvoir la recherche biomédicale sur les IST et le VIH/SIDA. Vingt ans après la déclaration du premier cas de SIDA au Bénin, force est de constater que peu d'études ont ciblé des thèmes précis relatifs au VIH/SIDA. Les publications faites par les béninois restent pour la plupart des documents généraux sur la santé ou sur la population avec des aspects sur l'infection du VIH/SIDA.

L'intensification de la recherche fondamentale reste donc un besoin non satisfait, de même que la recherche-action sur l'infection VIH/SIDA/IST au Bénin.

#### **3.1.4.4. La médecine traditionnelle**

Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, le Gouvernement a fait de la pratique de la médecine traditionnelle une préoccupation nationale. Il a regroupé les tradipraticiens en association au niveau de chaque département. Ces tradipraticiens, qui sont les premiers recours des populations, sont des deux sexes. Les plus jeunes, peu nombreux, sont généralement âgés de moins de 40 ans.

La plupart des tradipraticiens ont hérité la connaissance et la technique de la médecine traditionnelle de leurs parents. En plus du critère de filiation, le choix du futur tradipraticien est aussi fondé sur l'étude de son comportement et l'agrément des forces

occultes. Ce type de désignation est en vigueur au sein, par exemple, des adeptes du fâ et du hëbiosso (dieu du tonnerre). La formation a souvent lieu à domicile, en famille et dans la hutte abritant l'autel du dieu. Depuis leur regroupement en associations, les tradipraticiens ont élargi les formations à d'autres personnes qui n'ont aucun lien de parenté avec eux.

La contribution des tradipraticiens à l'atteinte des résultats des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA mises en oeuvre par le Gouvernement a été appréhendée, surtout, à travers la synergie née de la création du cadre d'échanges entre eux, qui leur permet de conjuguer leurs efforts pour soulager la souffrance des patients.

Les tradipraticiens sont très actifs dans la prise en charge psychosociale, la communication pour le changement de comportement et le traitement des maladies opportunistes (amaigrissement, diarrhée, tuberculose, zona et les maladies de la peau). Actuellement, certains d'entre eux espèrent trouver le remède reproductible avec un bon conditionnement en vue d'une commercialisation à l'échelle mondiale.

Le traitement des patients comporte l'administration des infusions, des décoctions, des poudres de feuilles et/ou de racines, des incantations, des conseils pour une bonne alimentation et des prières. Pour la plupart des cas, le suivi se fait au domicile du tradipraticien ou du patient par manque d'infrastructures d'hospitalisation.

Généralement, la santé du patient s'améliore après quelques jours de traitement. Plusieurs tradipraticiens se réfèrent aux résultats de dépistage de la médecine moderne. De même, après le traitement par les tradipraticiens, ces derniers réfèrent les malades aux unités sanitaires pour un bilan biologique, ce qui montre la complémentarité entre les deux types de médecine.

Plus que les frais des services rendus, les tradipraticiens privilégient la satisfaction du malade. Il n'est pas rare pour les tradipraticiens d'être en présence de patients totalement démunis qu'ils se sentent obligés de soulager par humanisme. Il importe de noter toutefois, que la préparation d'une potion pour un PVVIH est coûteuse. Son coût varie de 5.000 à 10.000 FCFA en fonction des ingrédients à utiliser. En règle générale, l'exercice de la médecine traditionnelle ne permet pas de couvrir tous les besoins des praticiens. C'est pourquoi, ils développent des activités parallèles pour diversifier leurs sources de revenus.

*Depuis leur regroupement en associations, les tradipraticiens ont élargi les formations à d'autres personnes qui n'ont aucun lien de parenté avec eux*

*Les tradipraticiens sont très actifs dans la prise en charge psychosociale, la communication pour le changement de comportement et le traitement des maladies opportunistes*

**Face à la raréfaction des espèces botaniques et animales engendrée par l'urbanisation anarchique ..., les feux de brousse, la désertification, l'exploitation abusive des sols et des forêts, les tradipraticiens ont entrepris, sous l'égide du Ministère de la santé publique, d'installer des jardins botaniques en vue de pérenniser les espèces en voie de disparition**

Les tradipraticiens rencontrent dans l'exercice de leurs activités quelques difficultés, notamment : (i) la raréfaction de certaines espèces botaniques et animales ; (ii) le manque d'infrastructures publiques d'exercice de la fonction et (iii) l'insuffisance de collaboration entre les médecines moderne et traditionnelle.

Face à la raréfaction des espèces botaniques et animales engendrée par l'urbanisation anarchique (due à l'accroissement de la population), les feux de brousse, la désertification, l'exploitation abusive des sols et des forêts, les tradipraticiens ont entrepris, sous l'égide du Ministère de la santé publique, d'installer des jardins botaniques en vue de pérenniser les espèces en voie de disparition. Cependant, rien ne semble être envisagé pour la protection des animaux entrant dans la préparation des médicaments. Pour assurer l'entretien des jardins botaniques, les associations des tradipraticiens souhaitent l'appui du Gouvernement et des partenaires au développement.

S'agissant du manque d'infrastructures publiques pour l'exercice de la médecine traditionnelle, les tradipraticiens s'efforcent à traiter les malades à domicile. Il importe pour cela de construire des centres appropriés dans différentes localités pour les consultations, les traitements et l'hospitalisation des malades.

En ce qui concerne l'insuffisance de collaboration entre les médecines moderne et traditionnelle, elle se traduit par la réticence des praticiens modernes à intégrer la médecine traditionnelle dans le système sanitaire et celle des tradipraticiens à mettre leurs produits et leurs connaissances à la disposition de la médecine moderne. Or, une telle collaboration pourrait permettre une production à grande échelle des médicaments de la pharmacopée qui devraient bénéficier de la délivrance de brevets par l'organe étatique chargé d'assurer la protection des inventions.

Les tradipraticiens contribuent aux traitements des personnes vivant avec le VIH/SIDA notamment en soulageant les patients des maladies opportunistes et des souffrances psychologiques. Mais l'exercice de leur fonction est menacé par la raréfaction des espèces médicinales et par l'inorganisation des acteurs de la tradithérapie. Il importe que les organismes de recherche en matière de production végétale et animale soient mis à contribution pour promouvoir la protection des espèces en voie de disparition. Pour une meilleure organisation des tradipraticiens, il est nécessaire de fonder leurs structures sur des principes endogènes par rapport à la tradition.

### 3.1.5. Le financement de la lutte contre le VIH/SIDA

La mise en oeuvre du plan stratégique est soutenue par le budget national et les partenaires au développement. Le Gouvernement appuie notamment le renforcement des capacités et la construction de nouvelles infrastructures.

La contribution du Gouvernement pour la lutte contre le VIH/SIDA était de 79.994.612 FCFA en 2000. De 2001 à 2005, le budget national a contribué à hauteur de 5,549 milliards de FCFA. Depuis 2002, le Bénin bénéficie de l'initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE). Ces fonds de la remise de la dette (fonds PPTTE) se sont ajoutés à l'effort de financement du Gouvernement pour la lutte contre le SIDA.

Les principaux projets en cours d'exécution pour la mise en oeuvre du cadre stratégique et qui prennent fin pour la plupart en 2006 sont :

- le projet MAP ou Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA (PPLS), d'un montant de 11,499 milliards de FCFA, est financé par la Banque mondiale (PNLS, 2005). Il couvre la période 2002-2006 et met l'accent sur la mobilisation communautaire, le soutien à la réponse multisectorielle du secteur public, y compris le secteur de la santé, l'appui à la coordination et le suivi/évaluation et sur l'organisation de la société civile ;
- le projet d'intensification de la lutte contre le SIDA sur le financement du Fonds mondial d'un montant de 8,899 milliards de FCFA, deuxième round (2003-2006) qui met l'accent sur la prise en charge médicale (ARV), psychosociale (OEV), prévention en direction des jeunes et des populations vulnérables ainsi que la PTME et le suivi-évaluation ;
- le système des Nations Unies dans son ensemble à travers le plan d'appui des Nations Unies à la réponse nationale qui met l'accent sur le leadership et le plaidoyer, le renforcement du partenariat (développement des réseaux de la société civile et PVVIH), la coordination/suivi-évaluation, le développement de l'information stratégique, le renforcement des capacités techniques et le développement des normes et procédures de la PTME, la prise en charge des PVVIH et des IST, pour un

*... l'exercice de leur fonction (de tradipraticiens) est menacé par la raréfaction des espèces médicinales et par l'inorganisation des acteurs de la tradithérapie*

**... le système des Nations Unies ... met l'accent sur le leadership et le plaidoyer, le renforcement du partenariat, la coordination/suivi-évaluation, le développement de l'information stratégique, le renforcement des capacités techniques et le développement des normes et procédures de la PTME, la prise en charge des PVVIH et des IST, pour un montant de 884.849.259 FCFA sur la période 2002-2006**

montant de 884.849.259 FCFA sur la période 2002-2006 et réparti comme suit :

- \* PNUD : 154.989.520 FCFA ;
  - \* HCR : 12.999.100 FCFA ;
  - \* UNICEF : 487.376.051 FCFA ;
  - \* UNFPA : 36.997.287 FCFA ;
  - \* PAF ONUSIDA : 137.491.211 FCFA ;
  - \* OMS : 54.996.091.
- le projet d'assistance technique dénommé BHAPP, sur financement de l'USAID, pour un montant de 2,250 milliards de FCFA qui met l'accent sur la surveillance épidémiologique de deuxième génération, les IST, la sensibilisation/communication, la coordination, le plaidoyer et le suivi/évaluation ;
  - le projet d'appui de la Coopération française : il s'agit du Fonds de Solidarité Prioritaire (2003-2005) qui appuie la surveillance épidémiologique, la prévention, le conseil/dépistage, la prise en charge médicale pour un montant de 498,53 millions de FCFA ;
  - le "Groupe d'Intérêt Public Ensemble" pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (GIP-ESTHER) d'un montant annuel de 327,98 millions de FCFA sur la période de 2002 à 2007 pour le renforcement des capacités, le renforcement du plateau technique et l'appui communautaire ;
  - le projet "Population Service International (PSI)" pour un montant de 2.999,80 millions de FCFA pour l'approvisionnement en préservatifs ;
  - la Coopération allemande (KFW) pour un budget de 1.416,87 millions de FCFA pour l'approvisionnement en préservatifs (Période 2002-2006) ;
  - le projet canadien de lutte contre les IST/VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest (SIDA3) pour un montant de 1.721 millions de FCFA pour les interventions auprès des professionnelles du sexe, couvrant la période de 2001 à 2006 ;
  - Africare pour un montant de 54 millions de FCFA dans le domaine de la prise en charge des IST chez les travailleurs du secteur portuaire, couvrant la période de 2003 à 2006 ;



- Catholic Relief Service (CRS) pour un montant de 60 millions de FCFA dans le domaine de la sécurité transfusionnelle sur la période de 2002 à 2004 ;
- La Coopération belge pour un montant de 99,99 millions de FCFA dans le domaine de la sécurité transfusionnelle pour la période 2004-2006 ;
- Care international pour un montant de 58,50 millions de FCFA pour la sécurité transfusionnelle sur la période 2004-2006 ;
- la Coopération suisse pour un montant de 35 millions de FCFA dans le domaine de la sécurité transfusionnelle pour la période 2004-2006 ;
- le projet sous régional "Corridor de migration Abidjan-Lagos" pour un montant de 8.249,46 millions de FCFA en faveur de cinq pays côtiers (Côte d'Ivoire, Ghana, Togo, Bénin, Nigeria) ciblant les populations mobiles le long de l'axe Abidjan-Lagos ;
- le projet US DOL, pour un montant de 203,90 millions de FCFA sur la période 2004-2006 pour la prévention du SIDA en milieu de travail ;
- l'Union Européenne pour un montant de 305,96 millions de FCFA sur la période 2002-2005 dans le renforcement institutionnel, le plaidoyer, la surveillance des comportements à risque, la coordination et le suivi-évaluation. Il convient de ne pas occulter le financement privé d'origine intérieure<sup>22</sup>. Ce type de financement non analysé dans le cadre du présent Rapport, provient surtout des ménages, des confessions religieuses, des laïcs et de plus en plus, des collectivités locales décentralisées (communes).

*... (les projets visent)...  
l'approvisionnement en préservatifs... les interventions auprès des travailleuses du sexe... les travailleurs du secteur portuaire... la sécurité transfusionnelle... le corridor de migration Abidjan-Lagos...le milieu du travail*

---

<sup>22</sup> Deux études commanditées par le Ministère de la santé publique sont en cours (comptes nationaux de santé et dépenses nationales de santé) pour évaluer les dépenses de santé engagées par les différents acteurs et apprécier leur traçabilité.

En effet, certaines dépenses des ménages s'inscrivent dans le cadre de la contribution à la lutte contre le VIH/SIDA.

Sont assimilés à une telle contribution :

- les services fournis aux particuliers par les formations sanitaires privées en matière de VIH/SIDA ;
- les dépenses effectuées par les particuliers auprès des formations sanitaires publiques et privées quand elles sont relatives au VIH/SIDA ;
- les dépenses des particuliers, consacrées à l'achat de médicaments spécifiques au VIH/SIDA ;
- les dépenses des individus, consacrées à la formation du personnel médical et para-médical dans le cadre du VIH/SIDA.

La contribution des confessions religieuses se circonscrit dans les prestations fournies au niveau de leurs formations sanitaires. Elle relève surtout des catholiques et des protestants (Hôpitaux de Boko, de Bembèrèkè, de Davougon, de Dangbo, etc.), mais aussi d'autres missions comme les chrétiens célestes, les musulmans, etc.

Il convient de mentionner les nombreux efforts déployés par d'autres structures non confessionnelles comme la Loterie Nationale du Bénin dans le cadre du financement de certaines formations sanitaires. Les dépenses en matière de VIH/SIDA sont difficiles à appréhender, en raison de la politique d'intégration de la prise en charge du VIH/SIDA dans le paquet minimum des services fournis par les formations sanitaires. En effet, en dehors du centre de traitement ambulatoire (CTA) et du centre d'information et de conseil (CIC), il existe très peu de structures spécialisées dans le VIH/SIDA.

**Tableau 3.1. :**  
La contribution du Fonds mondial à la lutte contre le VIH/SIDA (en pourcentage)

Rubriques	2003	2004
Achats d'ARV	81,1	45,9
Achats de réactifs		2,9
Equipements et consommables de laboratoire		38,8
Appui à la formation (prévention du VIH/SIDA)	18,9	11,5
Achats de préservatifs féminins		0,6
Achats de préservatifs masculins		0,4

*Source* : PNL, 2005.

### 3.1.5.1. L'analyse de la structure des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA au niveau du Fonds mondial

L'analyse des dépenses effectuées par le Fonds mondial au Bénin montre que la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et la prévention de la transmission mère-enfant ont été ses domaines prioritaires d'intervention en 2003. En 2004, l'accent a été mis sur les activités biologiques. Elles ont représenté 38,8% des dépenses. Ce qui a permis au Bénin de renforcer la décentralisation des activités des laboratoires. Cependant, le suivi biologique n'est effectif qu'au niveau des anciens chefs-lieux de départements (Parakou, Natitingou, Abomey, Porto-Novo, Cotonou et Lokossa). Notons qu'en 2004, 45,9% des dépenses sont destinées aux ARV. Ces médicaments ont permis de prendre en charge 2.087 malades en 2004.

**Tableau 3.2. :**  
La contribution du Gouvernement à la lutte contre le VIH/SIDA (en pourcentage)

Rubriques	2004
Dépenses de personnel	21,7
Achats de biens et services	46,7
Constructions	29,6
Equipements	2,0
Total	100,0

*Source* : PNLS, 2005.

### 3.1.5.2. L'analyse de la structure des dépenses publiques de lutte contre le VIH/SIDA en 2004

*Bien que toutes ces interventions aient contribué à une stabilisation relative de l'épidémie, il existe encore des défis à relever pour inverser réellement la tendance de l'épidémie, notamment en tenant compte des poches de concentration de l'épidémie (Prévalence : 27,9% chez les PS)*

La répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA par le Gouvernement en 2004 montre que 46,7% du montant total (506,2 millions de FCFA) ont été consacrés à l'achat de biens et services qui comprend essentiellement le fonctionnement des services, les activités de formations, de sensibilisation et de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA. Environ le tiers du budget (29,6%) a été affecté à la construction des CIPEC, structures décentralisées du PNLS au niveau des six anciens départements. Ces dépenses de l'Etat permettent de mettre en place le dispositif nécessaire (infrastructures et personnel qualifié) pour rapprocher de la communauté, la prise en charge des malades et femmes enceintes séropositives.

Bien que toutes ces interventions aient contribué à une stabilisation relative de l'épidémie, il existe encore des défis à relever pour inverser réellement la tendance de l'épidémie, notamment en tenant compte des poches de concentration de l'épidémie (Prévalence : 27,9% chez les PS) qui peuvent entraîner une explosion de l'épidémie si les mesures de lutte ne sont pas intensifiées et étendues à l'échelle nationale. Des moyens financiers plus importants sont indispensables pour combattre efficacement l'épidémie du VIH/SIDA et avoir une riposte de grande envergure et le passage à grande échelle.

Les différentes revues en cours de certains projets d'appui dans le cadre de l'opérationnalisation du plan stratégique national, tels que le Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA/Banque mondiale, la requête du 2<sup>ème</sup> round du Fonds mondial, le projet BHAPP/USAID, le projet SIDA3 ont démontré l'efficacité des interventions en cours et la nécessité de passage à l'échelle des interventions de prévention et de prise en charge afin de pérenniser les acquis et poursuivre les efforts consentis dans la stabilisation de l'épidémie avec certaines nouvelles orientations, notamment l'opérationnalisation du principe des "Three Ones" (Une coordination unique, une planification unique et un mécanisme unique de suivi/évaluation).

Les principaux défis aujourd'hui sont :

- l'extension des actions positives à l'échelle nationale ou en d'autres termes, la transformation des projets en programmes à grande échelle (PTME, ARV, Programme en direction des jeunes, des professionnelles du sexe et des populations mobiles) ;
- le renforcement effectif de la multisectorialité de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- l'accès de toutes les personnes vivant avec le VIH aux médicaments y compris les anti-rétroviraux (ARV) ;
- la lutte contre la stigmatisation liée au VIH/SIDA et la prise de mesures législatives pour la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA, le droit des personnes vulnérables (les femmes, les enfants, les jeunes scolarisés et déscolarisés) ;
- le renforcement de la coordination et du système de suivi/évaluation ;
- l'appui à la recherche fondamentale et à la promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.

*... en considérant les investigations profondes qui ont marqué l'élaboration des "NLTPS"<sup>23</sup> depuis 1998 et le ...DSRP... en 2003-2005, on s'aperçoit que les dimensions du DHD sont présentes dans les préoccupations de développement au Bénin*

### **3.2. L'analyse du processus de développement humain par rapport aux objectifs de la lutte contre le VIH/SIDA**

Le DHD met en avant un certain nombre de dimensions et de principes qui ne sont pas, à première vue, perceptibles dans les initiatives et les choix stratégiques du Gouvernement. Il s'agit en particulier de la bonne gouvernance, de la dimension humaine du développement (santé et éducation pour s'en tenir à l'essentiel) et de la pauvreté.

Pourtant, en considérant les investigations profondes qui ont marqué l'élaboration des Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme (ENPLT plus connues sous le sigle anglais "NLTPS"<sup>23</sup>) depuis 1998 et le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) en 2003-2005, on s'aperçoit que les dimensions du DHD

---

<sup>23</sup> "National Long Term Perspectives Studies".

***Ces deux modes de pilotage du développement ont laissé peu de place à la participation des populations dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de développement. Ils n'ont pas non plus accordé une importance remarquable au VIH/SIDA qui n'est apparu au Bénin qu'à partir de 1985***

sont présentes dans les préoccupations de développement au Bénin. L'analyse de ces documents montrent qu'il existe une complémentarité nécessaire entre croissance économique et accroissement des possibilités d'épanouissement des groupes sociaux les plus défavorisés.

La problématique du développement au Bénin a été essentiellement marquée par deux types de vision. D'abord l'importance accordée à la planification du développement comme clé de la gestion du développement de 1960 à 1989. Cette période a été suivie de celle des ajustements structurels qui ont profondément éprouvé les populations durant les années 90 en raison des restrictions sociales. Ces deux modes de pilotage du développement ont laissé peu de place à la participation des populations dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de développement. Ils n'ont pas non plus accordé une importance remarquable au VIH/SIDA qui n'est apparu au Bénin qu'à partir de 1985.

### **3.2.1. Les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme (ENPLT)-Bénin 2025 Alafia**

Après ces deux périodes difficiles, notamment à partir de 1996, le Bénin s'est engagé dans la réalisation des Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme-Bénin 2025 pour pallier les insuffisances de la planification classique du développement et pour relancer le développement économique et social. Dans le cadre de ces ENPLT, la problématique du développement du Bénin a été élaborée suivant une approche largement participative et s'est fondée sur les aspirations, les problèmes et les thématiques majeures du développement.

Au cours de l'année de publication de cette problématique du développement, c'est-à-dire en 1999, l'épidémie du VIH/SIDA avait atteint son niveau le plus élevé au plan national (4,1%). Malgré ce constat, nulle part dans le document<sup>24</sup> elle n'a été mentionnée comme un problème majeur de santé ou de développement. Le

---

<sup>24</sup> PRCIG-NLTPS-BEN/96/001, 1999, Problématique du développement au Bénin, novembre 1999, Cotonou.

diagnostic établi à l'occasion des ENPLT a présenté le VIH/SIDA comme une menace exogène.

Néanmoins, les maladies pandémiques en général dont le SIDA, y ont été classées au nombre des contraintes externes par rapport au "système Bénin", comme des éléments de l'environnement extérieur sur lesquels le Bénin ne peut avoir d'emprise.

### 3.2.2. Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2003-2005

Il a fallu attendre 2002, à l'occasion de l'élaboration du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour voir apparaître plus clairement, même sans données suffisantes, un incontestable diagnostic de l'épidémie du VIH/SIDA en tant qu'élément constitutif de la pauvreté, au même titre que le paludisme et la mortalité maternelle. Pour le DSRP, la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA est perçue comme une partie intégrante de la lutte contre la pauvreté. Ce document, après avoir relevé que la prévalence du VIH était de 4,1% en 1999 contre 2,1 en 1995 et 3,15% en 1996, et avoir fait remarquer qu'il y a des disparités de prévalence entre les départements, a qualifié l'évolution du VIH/SIDA de "préoccupante". On voit bien que l'information sur l'épidémie a été mieux exploitée dans le DSRP et que le SIDA y a été intégré dans la problématique de la lutte contre la pauvreté qui est une dimension majeure du concept de développement humain durable.

Le DSRP cite 14 principales causes et déterminants de la pauvreté au Bénin. Au niveau de la 13<sup>ème</sup>, on peut lire : "l'insuffisance de programme d'insertion des handicapés et de prise en charge des personnes âgées ou malades du SIDA et du paludisme".

Par ailleurs, prenant appui sur les objectifs de réduction de la pauvreté retenus pour l'échéance 2015, de la DEPOLIPO<sup>25</sup>, de Bénin 2025 Alafia, du Programme d'action du Gouvernement 2001-2006 et

*Pour le DSRP, la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA est perçue comme une partie intégrante de la lutte contre la pauvreté*

*... l'information sur l'épidémie a été mieux exploitée dans le DSRP et que le SIDA y a été intégré dans la problématique de la lutte contre la pauvreté qui est une dimension majeure du concept de développement humain durable*

---

<sup>25</sup> Déclaration de la politique de la population.

**... l'objectif clairement exprimé dans le DSRP est de contenir (la) prévalence (du VIH) en dessous de 6% sur la période allant de 2001 à 2005 et d'obtenir des populations, une utilisation des préservatifs pour 50%. Ce faisant, le Gouvernement n'a-t-il pas été trop peu ambitieux dans la fixation de cet objectif ?**

des éléments du diagnostic économique et de pauvreté, le Gouvernement a défini une stratégie globale de réduction de la pauvreté basée sur les quatre axes prioritaires suivants :

- la consolidation de la stabilité macroéconomique ;
- l'amélioration de l'accès à l'éducation de base, à l'alphabétisation, aux soins de santé primaire et à l'eau potable, la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme ;
- la lutte contre la corruption, la consolidation de la démocratie et de la décentralisation ;
- la promotion de l'emploi durable et le renforcement des capacités des pauvres à mener des activités génératrices de revenus et un bon aménagement du territoire national.

On voit bien que la lutte contre le VIH/SIDA figure en bonne place dans les priorités de lutte contre la pauvreté. Les mesures et actions qui accompagnent ces priorités ont logiquement fait l'objet d'allocations budgétaires.

Concernant le VIH/SIDA, l'objectif clairement exprimé dans le DSRP est de contenir sa prévalence en dessous de 6% sur la période allant de 2001 à 2005 et d'obtenir des populations, une utilisation des préservatifs pour 50%. Or, cette prévalence n'a jamais atteint officiellement 5% au niveau national depuis le début de l'épidémie. Ce faisant, le Gouvernement n'a-t-il pas été trop peu ambitieux dans la fixation de cet objectif ?

Déjà en 2002, le DSRP rapportait : *"on estime que 200.000 personnes vivent actuellement avec le VIH, mais ce chiffre semble être sous-estimé du fait de la faiblesse des méthodes de surveillance et de l'insuffisance des dépistages volontaires"*. Cette approche plus rigoureuse a conduit le DSRP à prévoir cinq axes principaux d'intervention au nombre desquels la prévention et la lutte contre les maladies prioritaires que sont le paludisme, les IST/SIDA et la tuberculose.



Cet axe d'intervention est sous-tendu par des stratégies qui sont déclinées en programmes et actions que le DSRP prévoit de mettre en œuvre en ciblant les zones de priorité au regard du niveau de pauvreté.

### **3.2.2.1. L'analyse des orientations stratégiques du DSRP**

L'examen des orientations stratégiques sera mené autour des six points suivants : la priorité accordée à la lutte contre la pauvreté, l'empreinte économique restée forte, le statut du document, le caractère endogène du document, sa globalité et l'horizon temporel de la démarche.

### **3.2.2.2. La priorité accordée à la lutte contre la pauvreté : un pas de plus vers le DHD**

Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) procède d'une nouvelle approche qui marque une nette évolution de la philosophie des Institutions de Bretton Woods (IBW) vers la fin de 1999. Le DSRP appelé au début " *DRPC* " (Document pour la Réduction de la Pauvreté et pour la Croissance), a vocation à remplacer les Documents Cadres de Politique Economique (DCPE)<sup>26</sup>.

La Facilité d'Ajustement Structurel Renforcé (FASR) cèdera la place à la Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et pour la Croissance (FRPC).

Ce glissement terminologique résulte de l'abandon de l'ajustement comme référence. Le bilan mitigé de plus d'une décennie d'ajustement, la prise de conscience du rôle des dimensions du développement humain durable (appelées dimensions non économiques), la profondeur de la pauvreté et les réactions suscitées dans la société civile, expliquent cette évolution.

*La Facilité d'Ajustement Structurel Renforcé (FASR) cèdera la place à la Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et pour la Croissance (FRPC).*

*Ce glissement terminologique résulte de l'abandon de l'ajustement comme référence...*

*...(et) de la prise de conscience du rôle des dimensions du développement humain durable (appelées dimensions non économiques)*

---

<sup>26</sup> Les Documents Cadres de Politique Economique (DCPE) décrivaient les engagements pris par les Gouvernements dans le cadre des accords avec les Institutions de Bretton Woods (IBW). Ils s'attaquent aux moyens dont dispose l'Etat et en viennent naturellement à redéfinir ses missions. La vision des IBW consiste à opposer Etat et libéralisme économique : c'est en particulier parce que l'Etat est omniprésent que les forces du marché ne peuvent pas s'exprimer. Une substitution doit donc s'opérer entre Etat et marché.

Ainsi, le DSRP, bien qu'élaboré en tant que document national, est fortement empreint de l'évolution de la pensée des IBW, ce qui n'est pas une chose mauvaise, puisqu'il converge vers le DHD. Néanmoins, les directives qui ont guidé son élaboration sont restées attachées au respect des grands équilibres macroéconomiques et à la croissance économique, reléguant au second rang la dimension sociale du développement.

### 3.2.2.3. Le statut du DSRP

Le DSRP est un instrument clef pour les relations du Bénin avec la communauté des donateurs et des bailleurs de fonds. Il constitue la base des prêts concessionnels de la BM et du FMI, ainsi que de l'éligibilité à l'initiative internationale en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE).

L'appui de la BM et du FMI n'est qu'un élément d'un appui beaucoup plus large de la communauté internationale. La communauté des partenaires extérieurs au développement a d'ailleurs largement participé à la préparation du DSRP et s'est engagée à sa mise en oeuvre. Le DSRP est donc un document fédérateur unique qui exprime la stratégie du gouvernement et l'engagement des donateurs pour lutter contre le VIH/SIDA.

***Le DSRP est un instrument clef pour les relations du Bénin avec la communauté des donateurs et des bailleurs de fonds. Il constitue la base des prêts concessionnels de la BM et du FMI, ainsi que de l'éligibilité à l'initiative internationale en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE)***

### 3.2.2.4. L'appréciation de la démarche d'élaboration du DSRP

Le DSRP se veut aussi participatif dans son élaboration. Il faut signaler que la démarche, bien que participative, n'a pas suffisamment impliqué les populations des villages, notamment les plus pauvres. Cependant il est heureux de constater que le processus participatif soit au coeur du DSRP. Il est souhaitable que cette participation reflète davantage les cultures, pratiques et institutions locales du pays. Concrètement cela signifie :

- l'implication des différentes instances du pouvoir politique, notamment le Parlement ;

- la participation active de la société civile afin que les points de vue des pauvres soient représentés ;
- l'implication de la société civile dans le pilotage et la mise en oeuvre des actions.

### 3.2.2.5. La multidimensionnalité du DSRP

Cette démarche globale inclut bien sûr la dimension économique mentionnée plus haut. Mais elle prend aussi en compte le caractère multidimensionnel des causes de la pauvreté et des déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA.

La première étape de l'élaboration de la nouvelle stratégie de lutte contre le VIH/SIDA a consisté d'ailleurs à comprendre la nature et les déterminants de l'épidémie sur la base d'investigations qui ont abouti d'une part, à une analyse de la situation du Bénin par rapport à l'épidémie, et d'autre part, à une analyse de la réponse apportée jusqu'à présent au fléau. La nouvelle démarche préconisée aboutit ainsi à une stratégie intégrant les différentes dimensions de l'épidémie.

### 3.2.3. Le programme d'action du Gouvernement 2001-2006

Le programme d'action du Gouvernement (PAG), qui couvre la période allant de 2001 à 2006, est beaucoup plus précis. Après avoir formulé l'objectif "*lutter contre le SIDA*", le Gouvernement a prévu de façon très explicite différentes actions. Pour l'année 2001, il est prévu la mise en oeuvre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA. Pour la période 2001-2006, le Gouvernement a retenu comme actions :

- d'approvisionner régulièrement les centres de santé en antirétroviraux pour une meilleure prise en charge des personnes vivant avec le VIH ;
- de renforcer les capacités de diagnostic et d'analyse ;
- de prendre en charge correctement les infections sexuellement transmissibles (IST) dans toutes les formations sanitaires ;

*Pour la période 2001-2006, le Gouvernement a prévu ... d'approvisionner régulièrement les centres de santé en antirétroviraux pour une meilleure prise en charge des personnes vivant avec le VIH*

*... il serait utile d'évaluer les actions ci-dessus énumérées à la lumière des objectifs du développement humain, pour faire ressortir de manière constructive, les échecs enregistrés, les succès, et les enseignements qu'on peut en tirer afin d'élaborer de nouvelles stratégies*

- d'instituer des centres de conseils pour jeunes et futurs époux ;
- d'assurer une assistance sociale aux PVVIH ;
- d'appuyer les ONG, brigadiers sanitaires et autres relais communautaires (opération halte SIDA) pour l'information, l'éducation et la communication (IEC) ;
- d'élaborer et de mettre en œuvre un programme de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA et les IST en milieu scolaire.

A un an de la fin de cette période, il serait utile d'évaluer les actions ci-dessus énumérées à la lumière des objectifs du développement humain, pour faire ressortir de manière constructive, les échecs enregistrés, les succès, et les enseignements qu'on peut en tirer afin d'élaborer de nouvelles stratégies.

#### **3.2.4. La vision humaniste de la démarche DHD**

Des changements institutionnels et des renforcements de capacités seront nécessaires. Le DHD et les Rapports sur le développement humain ont constitué une étape importante dans le processus de prise de conscience des dangers encourus par les sociétés humaines en ce début du troisième millénaire. Cela est largement reflété dans le DSRP et le PAG2. On y voit clairement que la démarche DHD y a inspiré la hiérarchisation des objectifs en remplaçant la dimension économique au service de l'épanouissement des hommes.

Mais, la fascination qu'exerce le libéralisme économique comme instrument de régulation reste très forte, en particulier à cause des intérêts considérables qui sont en jeu du côté des bénéficiaires. Le DHD ne rejette pas le libéralisme économique ou économie de marché, instrument qui a su montrer son efficacité. Mais, l'enjeu est de parvenir à l'encadrer, l'orienter, le contrôler, le canaliser vers le développement humain.

Il s'agit là d'un changement de perspective qui peut se révéler porteur. Les théories de la croissance endogène adoptent une perspective inverse dans laquelle l'Etat et les institutions, y compris celles de la société civile, sont "*endogénéisés*", et mis au service des besoins de la production marchande.

La vision des institutions de Bretton Woods (IBW) va dans le même sens. Bien que la lutte contre la pauvreté soit érigée en priorité, la croissance économique forte basée sur le libéralisme marchand demeure la référence fondamentale. Mais les faits ont montré l'importance des dimensions non économiques (ou dimensions DHD) dans la mise en œuvre des réformes structurelles. Il en a résulté un plaidoyer pour une démarche participative et une implication de la société civile. Cette dernière devrait favoriser une meilleure assise aux réformes et en améliorer l'efficacité.

*Le DHD peut également inspirer et apporter un nouvel éclairage à la façon de poser les problèmes, en particulier au niveau des communautés*

Le rôle du DHD est de continuer à faire prévaloir sa vision humaniste du développement en s'appuyant sur la société civile et le gouvernement de manière à peser sur les choix dans le cadre de partenariats avec la communauté internationale. Le DHD peut également inspirer et apporter un nouvel éclairage à la façon de poser les problèmes, en particulier au niveau des communautés. C'est l'enjeu de la perspective que l'approche du DHD tente d'insuffler à la lutte contre le VIH/SIDA.

Les paragraphes suivants seront consacrés à l'esquisse d'analyse des orientations stratégiques et des actions inscrites dans les PDC.

### **3.2.5. La problématique du développement communal**

Dans le cadre de l'élaboration des plans de développement communaux (PDC), le diagnostic présente les forces et les faiblesses de la commune ainsi que les menaces qui pèsent sur la dynamique de son développement socioéconomique, sur la productivité de ses ressources humaines et sur d'autres facteurs de production. Au rang des menaces figurent les épidémies, dont celle du VIH/SIDA.

Cependant, sur 71 PDC examinés, seulement treize (13) ont identifié clairement l'épidémie du VIH/SIDA comme une menace pour leurs processus de développement<sup>27</sup>. Mais ceux-ci n'ont pas prolongé l'analyse au point d'évoquer en quels termes il faut "lire" ou percevoir l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA sur les forces vives de la commune.

---

<sup>27</sup> Il s'agit de Coby, Malanville, Toucountouna, Abomey-Calavi, Allada, Ouidah, Toffo, Tori-Bossito, Djakotomey, Athiémé, Adjara, Dangbo et Pobè.

**Les communes dans leur majorité, ne considèrent pas le VIH/SIDA comme inhibiteur des efforts de développement que pourraient entreprendre les acteurs de développement**

Ce constat montre que l'épidémie du VIH/SIDA n'est pas perçue par les concepteurs des PDC ainsi que par les conseils communaux comme une menace réelle pour le développement local. Les communes dans leur majorité, ne considèrent pas le VIH/SIDA comme inhibiteur des efforts de développement que pourraient entreprendre les acteurs de développement, notamment les jeunes, qui sont les plus exposés et qui représentent la force active et l'avenir de la commune.

Cette situation est d'autant plus embarrassante que, les PDC devraient être des déclinaisons des documents d'orientation nationale. Pour toute commune qui aurait occulté la perception de l'épidémie du VIH/SIDA comme une menace qui pèse sur son développement humain durable, il ne sera pas facile de rattraper cette insuffisance avant la fin de la période de mise en œuvre du PDC. Des amendements courageux sont toutefois possibles au cours de l'exécution du PDC.

Toutefois, certaines communes ont entrepris de combler cette lacune en inscrivant la lutte contre le VIH/SIDA dans les objectifs et dans les actions à mettre en œuvre.

### **3.2.6. Les orientations stratégiques et les actions inscrites dans les PDC**

Dans la démarche logique de la planification, les orientations stratégiques expriment les options retenues pour lutter contre le VIH/SIDA. Les actions, quant à elles, ont pour rôle d'opérationnaliser les stratégies. Certaines communes ont retenu dans leur PDC quelques orientations stratégiques et des actions de lutte contre le VIH/SIDA.

#### **3.2.6.1. Les objectifs stratégiques et les actions visant à lutter contre le VIH/SIDA**

L'analyse des objectifs stratégiques et des actions visant à lutter contre le VIH/SIDA dans les PDC permet de classer les communes en 5 catégories :

- celles dans lesquelles, bien que le VIH/SIDA ne soit pas mentionné dans le diagnostic et qu'il ne soit pas non plus retenu comme une

menace dans la problématique de développement de la commune concernée, des orientations stratégiques et des actions ont été formulées dans la rubrique "*planification et programmation*" du PDC ;

- les communes qui n'ont pas retenu le VIH/SIDA comme un élément du diagnostic, mais qui l'ont cependant clairement indiqué comme une menace et ont formulé des orientations spécifiques et actions visant à combattre l'épidémie ;
- viennent ensuite les communes dans lesquelles le diagnostic du VIH/SIDA est abordé sans que la problématique l'identifie comme une menace et qui, cependant, ont formulé des objectifs stratégiques et des actions contre cette épidémie ;
- les communes où le diagnostic traite du VIH/SIDA et où la problématique identifie l'épidémie comme une menace pour le développement. Ces communes ont par conséquent défini des objectifs stratégiques et des actions de lutte contre le VIH/SIDA ;
- enfin, celles dont les PDC ont inscrit le VIH/SIDA dans le diagnostic, mais ne l'ont pas reconnu comme une menace pour le développement de la commune, parce que sur leur territoire sont installés un centre de dépistage ou une structure nationale de lutte contre le VIH/SIDA comme le PNLS.

***Ces cinq catégories regroupent ... 62% des communes, ayant retenu des objectifs stratégiques et des actions de lutte contre le VIH/SIDA,***

***... contre ... 38% des communes, dans lesquels aucune action de lutte contre le VIH/SIDA n'est inscrite***

Ces cinq catégories totalisent quarante-quatre PDC, soit 62% des communes, ayant retenu des objectifs stratégiques et des actions de lutte contre le VIH/SIDA, contre vingt-sept PDC, correspondant à 38% des communes, dans lesquels aucune action de lutte contre le VIH/SIDA n'est inscrite.

Parmi ces 27 communes, il y en a 11 dans l'échantillon des trente-six (36) communes ayant servi à la détermination de la prévalence du VIH dans les communes du Bénin : Karimama (0,0%), Zè (0,8%), Pèrèrè (0,3%), Dassa-Zoumè (1,6%), Aplahoué (4,5%), Dogbo (3,6%), Djougou (1,4%), Adjohoun (0,8%), Kétou (0,7%), Ouinhi (0,0%) et Zogbodomey (1,8%).

On peut, à la limite, comprendre que les communes de Karimama et de Ouinhi n'aient pas inscrit d'actions contre le VIH/SIDA dans leurs PDC, car la prévalence du VIH y est nulle, mais on explique difficilement que celles de Dogbo (3,6%) et d'Aplahoué (4,5%) n'aient rien prévu contre l'épidémie qui les frappe déjà fortement.

Les derniers cas intéressants à relever sont ceux des PDC qui ont retenu le VIH/SIDA comme élément de diagnostic ou comme menace pour la problématique de développement et qui, cependant, n'ont retenu aucune orientation stratégique ou action à déployer dans le cadre de la lutte contre cette épidémie.

### 3.2.6.2. La quintessence des objectifs stratégiques et des actions inscrites dans les PDC

*... les dix formulations d'objectifs relevées dans les PDC véhiculent la même idée, celle d'endiguer l'évolution du VIH/SIDA*

Il est possible de ne retenir qu'un seul objectif spécifique que le lecteur retrouve dans tous les PDC sous des formulations légèrement différentes : c'est la réduction de la prévalence du VIH dans la commune. Dix (10) formulations sont relevées, sans que l'idée centrale ait changé :

1. améliorer la prévention (Athiémé) ;
2. réduire la prévalence (Gogounou, Boukoumbé, Tanguiéta, Ouidah, So-Ava, Toffo, Grand-Popo) ;
3. réduire le taux élevé du SIDA (Abomey, Lokossa) ;
4. réduire et endiguer la pandémie du VIH/SIDA (Matéri) ;
5. réduire la recrudescence de la pandémie (Adjarra) ;
6. réduire la prolifération du VIH/SIDA (Djakotomey) ;
7. réduire les IST-VIH/SIDA (Toucountouna) ;
8. réduire la menace (Cobly) ;
9. réduire de 25% chaque année le nombre des nouveaux cas déclarés de VIH/SIDA (Agbangnizoun) ;
10. éradiquer le VIH/SIDA (Kpomassè).

Comme cela apparaît sans équivoque, les dix formulations d'objectifs relevées dans les PDC véhiculent la même idée, celle d'endiguer l'évolution du VIH/SIDA.

De même, les actions prévues dans les PDC contre le VIH/SIDA peuvent être résumées au moyen des trois formulations ci-après :



1. sensibilisation à l'existence, aux méfaits du VIH/SIDA, et aux changements de comportements, par IEC et par différents canaux de communication de masse ;
2. dépistage (volontaire) des populations, y compris les péripatéticiennes (encore désignées par "professionnelles du sexe") ;
3. prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

*Pour que cet objectif noble devienne plus stimulant, il aurait été intéressant qu'il repose sur une analyse rationnelle de l'impact du VIH/SIDA*

### **3.2.7. L'analyse des orientations stratégiques des PDC**

Les objectifs ou orientations stratégiques peuvent se résumer comme suit : améliorer la prévention et réduire la prévalence du VIH jusqu'à son éradication.

L'objectif étant un but à atteindre, et vu que ce but concerne l'espérance d'une vie longue, il serait tout à fait légitime de rechercher l'éradication de l'épidémie du VIH/SIDA. Pour que cet objectif noble devienne plus stimulant, il aurait été intéressant qu'il repose sur une analyse rationnelle de l'impact du VIH/SIDA sur :

- i. l'espérance de vie de chaque groupe d'âge de la population de chaque commune ;
- ii. le taux de scolarisation des enfants et le niveau d'alphabétisation des adultes ;
- iii. les capacités de mise à disposition de services sociaux essentiels ;
- iv. les forces productives de chaque commune, etc.

Cela mettrait en évidence l'importance des manques à gagner en année de vie pour chaque catégorie de population, en niveau d'instruction de la commune, en volume de production et en dynamique de développement humain en général.

Il s'agirait là d'un repère quantitatif qui permettrait d'évaluer le gain prévisionnel en production, en accumulation de richesses et en renforcement du capital humain. Mais, dans l'état actuel des données démographiques, qui n'indiquent pas la répartition de la population par tranche d'âge, ni par occupation à la production, au niveau des communes du Bénin, il n'est pas possible d'entreprendre une analyse quantitative de ce phénomène.

Par ailleurs, comme mentionné précédemment, la détermination des prévalences du VIH par commune étant approximative et incomplète du fait des problèmes d'échantillonnage, les efforts d'analyse fine restent difficiles.

Toutefois, il est fort intéressant et louable que les élus locaux aient pris conscience de l'existence de l'épidémie du VIH/SIDA et aient formulé des objectifs en vue de la réduction de son impact sur le développement durable de leur commune.

Les actions retracent encore mieux leur prise de conscience de l'absolue nécessité de faire "barrage" à l'épidémie.

### 3.2.8. L'analyse des actions stratégiques des PDC

L'analyse des actions prévues dans les PDC laisse clairement voir que l'action primordiale reste la sensibilisation, l'information et la conscientisation, même si les formes, les thèmes et les canaux de

**Tableau 3.3. :**  
Les communes ayant inscrit la sensibilisation sur l'existence ou le mode de transmission du VIH dans leur PDC

	<b>Borgou- Alibori</b>	<b>Atacora- Donga</b>	<b>Ouémé- Plateau</b>	<b>Zou- Collines</b>	<b>Mono- Couffo</b>	<b>Atlantique- Littoral</b>
<b>Sensibilisation à l'existence réelle du VIH/SIDA</b>	Bembèrèkè Kalalé N'Dali Tchaourou	Matéri Tanguiéta	Adjarra Adja-Ouèrè Kétou Pobè	Abomey Agbangnizoun	Klouékanmey Lalo Bopa Comè	Abomey- Calavi Kpomassè Ouidah Toffo
<b>Sensibilisation sur les modes de transmission du VIH</b>	Bembèrèkè Kalalé N'Dali Tchaourou Sinendé  Gogounou	Matéri Tanguiéta  Copargo	Adjarra Adja-Ouèrè Kétou	Abomey Agbangnizoun Ouèssè	Klouékanmey Lalo  Bopa Comè	Kpomassè Ouidah Allada Toffo So-Ava

Source : Enquête RNDH 2005.

communication varient. Cette option montre qu'il est admis au niveau des communes qu'il reste nécessaire de convaincre les populations sur l'existence réelle de l'épidémie du VIH/SIDA et sur les désastres qu'elle cause au sein des communautés et des familles. Les communes souhaitent également persuader leurs administrés de la nécessité de sauvegarder la vie des personnes en améliorant leur accès aux mesures de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge.

En reprenant ces trois différentes formes de sensibilisation, il serait possible de prendre connaissance de la perception que les communes ont des actions auxquelles chacune a souscrit dans son PDC.

### 3.2.8.1. La sensibilisation à l'existence réelle du VIH/SIDA

A priori, on serait tenté de croire, aujourd'hui, vingt ans après les premiers cas de SIDA au Bénin, que toutes les populations ont conscience de l'existence réelle du VIH/SIDA. Mais, l'examen des PDC montre que ce n'est pas le cas, puisque seulement vingt d'entre eux

**Tableau 3.4. :**

**Les communes ayant inscrit la sensibilisation sur les aspects culturels et les moyens de prévention du VIH dans leur PDC**

	<b>Borgou-Alibori</b>	<b>Atacora-Donga</b>	<b>Ouémé-Plateau</b>	<b>Zou-Collines</b>	<b>Mono-Couffo</b>	<b>Atlantique-Littoral</b>
<b>Sensibilisation sur les pratiques culturelles à risque, et sur les personnes vulnérables</b>	Bèmbèrèkè Kalalé N'Dali Sinendé Tchaourou	Cobly Matéri Tanguiéta	Adjarra Adja-Ouèrè Pobè	Ouèssè Abomey Agbangnizoun	Klouékanmey Lalo	Kpomassè Ouidah Toffo Allada So-Ava
<b>Sensibilisation sur les moyens de prévention du VIH</b>	Bembèrèkè Kalalé N'Dali Tchaourou	Matéri Tanguiéta  Copargo	Porto-Novo Adja-Ouèrè Kétou	Abomey Agbangnizoun Ouèssè	Klouékanmey Lalo  Athiémé Comè Grand-Popo	Kpomassè Ouidah Toffo

Source : Enquête RNDH 2005.

soulignent la nécessité de mener des sensibilisations portant sur l'existence réelle du SIDA et sur ses conséquences sur les populations. Ce besoin de sensibilisation à l'existence réelle du VIH/SIDA a été exprimé par 20 communes sur 71 disposant de PDC (tableau 3.3).

Dans ces conditions, le besoin est national, car l'ensemble des populations concernées se chiffre à 1.725.121 béninois (309.390 ménages), soit 25,48% des hommes et femmes du Bénin. Ce niveau de besoin de sensibilisation indique que les efforts déployés sous forme de campagne d'information ou/et de dépistage devront être poursuivis et intensifiés.

### **3.2.8.2. La sensibilisation sur les modes de transmission du VIH/SIDA**

***La sensibilisation sur les modes de transmission du VIH/SIDA est inscrite dans les PDC de 22 communes. La population concernée par cette action se chiffre à 1.725.347 béninois, soit 25,48% de l'ensemble des ménages du Bénin***

La sensibilisation sur les modes de transmission du VIH/SIDA est inscrite dans les PDC de 22 communes (tableau 3.3). La population concernée par cette action se chiffre à 1.725.347 béninois, soit 25,48% de la population totale, pour 345.723 ménages (23,76% de l'ensemble des ménages du Bénin).

La nécessité de cette deuxième action se comprend aisément, car qui a connaissance de la réalité de l'existence du VIH/SIDA est en général informé des modes de transmission de la maladie ; c'est souvent le premier point d'information de la campagne de sensibilisation sur l'existence du VIH/SIDA ; il apparaît donc relativement cohérent que la corrélation entre ces deux premières actions soit si forte.

### **3.2.8.3. La sensibilisation sur les comportements et les pratiques culturelles à risque et sur les personnes vulnérables**

Le libellé de l'action de sensibilisation sur les comportements et les pratiques culturelles à risque et sur les personnes vulnérables comporte des précisions intéressantes. Il y est question des personnes vulnérables au nombre desquelles on compte les péripatéticiennes (ou professionnelles du sexe). Il porte également sur les pratiques culturelles, voire cultuelles, propices à l'infection et considérées également comme des comportements à risque.

Cette action remet en cause plusieurs traditions ainsi que certaines habitudes de vie dont plusieurs individus ont du mal à se débarrasser. Elle est requise par 21 communes (tableau 3.4), pour une population de 1.722.084 béninois, et 345.069 ménages, soit respectivement 25,44% et 24,28%.

Dans toute société, les citoyens sont portés à opposer une vive résistance au changement de leurs habitudes sociologiques ; or, il n'est pas possible de prévenir le VIH/SIDA, de réduire sa prévalence ou sa propagation si les béninois n'abandonnent pas les habitudes dangereuses au profit de comportements sans risque par rapport au VIH/SIDA.

#### **3.2.8.4. La sensibilisation sur les moyens de prévention du VIH**

La sensibilisation sur les moyens de prévention est inscrite dans les PDC de 21 communes (tableau 3.4) pour une population de 1.713.520 béninois et 302.575 ménages, soit respectivement 25,3% et 25,0% de la population totale et du nombre des ménages.

Le besoin de cette action sera au profit d'une importante population, dans les mêmes proportions que dans le cas des deux premières actions. La persistance des besoins croissants en IEC montre que les efforts de sensibilisation devront s'intensifier et prendre de nouvelles formes plus efficaces que celles utilisées depuis vingt ans, c'est-à-dire depuis que le premier cas de SIDA a été enregistré au Bénin.

Les moyens de prévention les plus couramment proposés aux populations (port du condom, fidélité à son partenaire, non multiplicité de partenaires) ont du mal à être acceptés et à intégrer la panoplie des mesures prises par elles lors des rapports sexuels. Certaines mesures d'hygiène publique ne sont pas observées lors des circoncisions, des scarifications et des excisions<sup>28</sup>.

*La sensibilisation sur les comportements et les pratiques culturelles à risque et sur les personnes vulnérables ... remet en cause plusieurs traditions ainsi que certaines habitudes de vie dont plusieurs individus ont du mal à se débarrasser*

---

<sup>28</sup> Dans le cadre du combat contre les violences faites aux femmes, l'excision et les autres formes de mutilations génitales sont devenues des délits punis par la loi.

Il est désormais admis que les rapports sexuels sont la principale voie de transmission de la maladie. Pourtant, les moyens de prévention que sont les préservatifs rencontrent une très forte résistance parce qu'ils sont considérés par la population comme des agents extérieurs à leur corps. Les préservatifs sont surtout perçus comme des entraves aux habitudes établies depuis la nuit

**Tableau 3.5. :**

Les communes ayant inscrit la sensibilisation sur les signes cliniques, le conseil-dépistage volontaire (CDV) et la prise en charge globale dans leur PDC

	<b>Borgou-Alibori</b>	<b>Atacora-Donga</b>	<b>Ouémé-Plateau</b>	<b>Zou-Collines</b>	<b>Mono-Couffo</b>	<b>Atlantique-Littoral</b>
<b>Sensibilisation sur les signes cliniques</b>	Bèmbèrèkè Kalalé N'Dali Tchaourou	Cobly Matéri Tanguiéta	Adjarra Adja-Ouèrè Pobè	Abomey Agbangnizou n	Klouékanmey Lalo	Kpomassè Ouidah Toffo
<b>Sensibilisation sur le conseil, le dépistage volontaire et l'analyse de confirmation</b>	Bèmbèrèkè Kalalé N'Dali Tchaourou	Matéri Tanguiéta Toucountouna	Adja-Ouèrè Kétou Adjarra Ifangni Pobé	Abomey Agbangnizou n Bohicon	Klouékanmey Lalo  Athiémé Comè Grand-Popo Lokossa	Kpomassè Ouidah Toffo
<b>La sensibilisation sur la prise en charge médicale, psychologique, sociale, avec suivi des PVVIH</b>	Kalalé Tchaourou	Cobly Matéri Natitingou Tanguiéta	Adjarra Porto-Novo Sèmè- Kpodji Adja-Ouèrè Ifangni Kétou Pobè	Abomey	Athiémé Comé Grand-Popo Lokossa	Abomey- Calavi Allada

Source : Enquête RNDH 2005.

des temps, d'autant qu'ils sont considérés comme inhibiteurs du plaisir charnel et qu'ils faussent enfin le jeu du véritable don de soi. Certains estiment que ce sont les préservatifs qui sont les vecteurs de la maladie, etc. C'est sans doute du fait de ces résistances aux moyens de prévention habituellement proposés aux populations mais rejetés par elles que découle la rapide propagation du VIH/SIDA signalée par la documentation technique. Le rejet ramène au cœur de toute la lutte contre le VIH/SIDA ; car, de la prévention dépend le succès de la lutte et, si possible un jour, son éradication.

### **3.2.8.5. La sensibilisation sur les signes cliniques**

Les maladies opportunistes sont si nombreuses et si malicieuses que la sensibilisation sur les signes cliniques revêt une importance particulière. L'ignorance des signes cliniques spécifiques au VIH/SIDA peut entraîner de la négligence dont l'issue peut être fatale au malade qui serait en train de soigner une autre pathologie. Il est donc important de connaître les signes cliniques spécifiques au VIH/SIDA et de ne pas se tromper en les identifiant convenablement, d'abord chez soi, ensuite en se portant chez le médecin. C'est de la justesse de l'appréciation des signes cliniques spécifiques et de la promptitude mise à se faire prendre en charge par le médecin que dépend la préservation de l'intégrité du malade, et par conséquent, la sauvegarde de la force productive qu'il constitue pour la commune et pour la nation.

Cette action est inscrite dans les PDC de dix-sept (17) communes (tableau 3.5), pour une population de 1.234.303 béninois et 203.898 ménages, soit respectivement 18,23% et 16,84% de la population totale et du nombre total de ménages au Bénin.

*Les maladies opportunistes sont si nombreuses et si malicieuses que la sensibilisation sur les signes cliniques revêt une importance particulière*

*Cette action est inscrite dans les PDC de dix-sept (17) communes*

La population concernée par cette action, ainsi que le nombre de communes ayant inscrit cette action dans leur PDC, témoignent encore de l'importance que revêt aux yeux des élus locaux la sensibilisation aux signes cliniques du VIH/SIDA ; elles ont certainement raison parce que la reconnaissance des signes cliniques constitue le début de dépistage de la maladie. Dans ce cas comme les autres, les efforts entrepris doivent être poursuivis, et au besoin en utilisant de nouveaux canaux de communication sociale.

*L'acceptation de se soumettre au dépistage volontaire constitue, pour une population, le début de son engagement à lutter efficacement contre la maladie, notamment contre sa propagation*

#### **3.2.8.6. La sensibilisation sur le conseil, le dépistage volontaire et l'analyse de confirmation**

L'acceptation de se soumettre au dépistage volontaire constitue, pour une population, le début de son engagement à lutter efficacement contre la maladie, notamment contre sa propagation ; car, elle accepte ainsi de s'engager à connaître son état sérologique et à se soumettre à tout traitement qui en découlerait. La honte et la peur constituent les obstacles sociologiques majeurs à surmonter pour parvenir à ce stade d'acceptation du dépistage volontaire ; mais qui peut accepter de perdre sa vie par honte de se savoir malade et de se soigner ? Cette question devrait être posée à chacun dans les séances de sensibilisation sur le conseil-dépistage volontaire.

C'est donc à juste titre que la sensibilisation sur le conseil-dépistage volontaire est inscrite dans les actions de lutte contre le VIH/SIDA, dans vingt-quatre (24) PDC sur l'ensemble des communes disposant de PDC (tableau 3.5). L'ensemble des populations concernées s'évalue à 1.705.630 habitants, pour 339.662 ménages, soit respectivement 25,19% et 21,22% de la population et des ménages du Bénin.



### 3.2.8.7. La sensibilisation sur la prise en charge médicale, psychologique, sociale, avec suivi des PVVIH et de leur famille

Pendant des années, le spectre de l'impossibilité de sauver les malades du SIDA, considérés alors comme irrémédiablement condamnés, a enlevé aux malades et à leurs parents l'empressement dont ils doivent faire preuve pour que les malades recouvrent leur santé. Désormais, les traitements antirétroviraux constituent une nouvelle source d'espérance pour ces malades. Mais, il faut qu'ils en aient connaissance, d'une part, et que l'accès à ces traitements leur soit facilité, d'autre part. Les pouvoirs publics, avec le concours de la Communauté Internationale, veillent à cela.

Au-delà des traitements médicaux, il est en général prévu un accompagnement psychologique pour redonner assurance aux malades et les amener progressivement à retrouver leur place dans la société, et pour soulager leurs parents (enfants, notamment) qui seraient des victimes de leur état de santé (incapacité ou décès).

**Tableau 3.6. :**  
Les communes ayant inscrit des actions spécifiques de lutte contre le VIH/SIDA dans leur PDC

	<b>Borgou-Alibori</b>	<b>Atacora-Donga</b>	<b>Ouémé-Plateau</b>	<b>Zou-Collines</b>	<b>Mono-Couffo</b>	<b>Atlantique-Littoral</b>
<b>Appui aux structures en charge de la lutte contre le VIH/SIDA et leur suivi</b>	Parakou	Bassila	Porto-Novo, Sèmè-Kpodji Kétou	Glazoué Savalou Bohicon	Toviklin Grand-Popo Lokossa	
<b>Formation du personnel ou des enfants</b>			Kétou Ifangni	Bohicon		

Source : Enquête RNDH 2005.

La prise en charge médicale, psychologique et sociale constitue la pierre angulaire des actions de lutte contre le VIH/SIDA, et sa progression dans la population. A cette dernière, les autorités demandent de consentir des efforts d'acceptation et de participation, car il n'est pas possible de réussir sans son adhésion. La démarche des conseils communaux s'inscrit dans cette logique.

La sensibilisation sur la prise en charge médicale, psychologique, sociale est inscrite dans vingt (20) PDC sur les 71 communes disposant de PDC (tableau 3.5). La population concernée par cette action se chiffre à 1.722.878 béninois et 326.074 ménages, soit respectivement 25,45% et 20,37%.

Cette action de sensibilisation s'inscrit dans le même ordre d'importance que les précédentes, ce qui confère une certaine cohérence à l'ensemble des actions de lutte contre la pandémie du VIH/SIDA dans les communes du Bénin.

*Une commune qui a prévu dans son PDC d'utiliser comme personnes-ressources pour la sensibilisation, des malades ou des séropositifs peut aider à la création d'associations de PVVIH*

### **3.2.9. Quelques actions spécifiques inscrites dans les PDC**

Deux autres actions spécifiques inscrites dans certains PDC méritent d'être mentionnées à cause de leur intérêt pour la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit de l'appui aux structures en charge de la lutte contre le VIH/SIDA et de la formation.

#### **3.2.9.1. L'appui aux structures en charge de la lutte contre le VIH/SIDA et leur suivi**

Des structures engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA sont installées sur le territoire de certaines communes. Il s'agit des structures déconcentrées du CNLS (comités communaux de lutte contre le SIDA (CCLS) et comités villageois de lutte contre le SIDA (CVLS)) ou des ONG. Ces structures opèrent en général selon leurs programmes d'actions propres, tout en s'inscrivant dans la lutte globale contre la pandémie du VIH/SIDA.

En inscrivant des actions d'appui à ces structures, les communes qui l'ont fait, s'investissent dans la lutte contre le VIH/SIDA à leurs côtés. A ce titre, elles pourront orienter les actions de sensibilisation dans un sens qui tienne compte de la prévalence du VIH dans la commune et de leurs préférences en matière d'approche. Ainsi, elles agiraient comme des maîtres d'ouvrage et pourraient s'assurer du bon déroulement de la campagne de lutte contre le VIH/SIDA, conformément aux directives nationales et communales.

L'appui des communes aux structures en charge de la lutte contre le VIH/SIDA peut revêtir plusieurs formes : la forme institutionnelle ou la forme financière. Une commune qui a prévu dans son PDC d'utiliser comme personnes-ressources pour la sensibilisation, des malades ou des séropositifs peut aider à la création d'associations de PVVIH ; ce cas est envisagé, par exemple, par la commune de Lokossa. Elle peut aussi envisager de faciliter les consultations aux indigents ou les dépistages (déplacements ou per diem) en assumant les charges financières de ces opérations : cette forme d'appui est retenue par la commune de Grand-Popo.

Une commune peut aussi prendre en charge tout ou partie du financement de l'approvisionnement de la Commune en antirétroviraux : cette forme d'appui est inscrite par la Commune d'Athiémé. La municipalité de Porto-Novo, quant à elle, a inscrit une action toute particulière : la création d'un fonds municipal de prise en charge des PVVIH.

Au total, ce sont onze communes qui ont inscrit dans leur PDC des actions d'appui aux structures en charge de la lutte contre le VIH/SIDA.

### **3.2.9.2. La formation du personnel ou des enfants**

Il peut paraître surprenant que certaines communes inscrivent la formation dans leur PDC en accompagnement des actions de lutte contre le VIH/SIDA. Les communes d'Ifangni, de Kétou et de Bohicon l'ont fait. Les cas sont assez rares pour mériter d'être relevés, surtout quand les bénéficiaires de ces formations sont précisés.

*La commune de Kétou est la seule à avoir inscrit dans son PDC la formation des enfants et des jeunes comme stratégie de lutte contre le VIH/SIDA*

**... ce qui manque encore depuis 1985 à la lutte béninoise contre le VIH/SIDA, c'est une détermination politique plus forte et une approche méthodologique plus affinée**

Cette formation est destinée aux personnels des structures chargées de la lutte contre le VIH/SIDA. Ce personnel, qui est en général un personnel médical relevant de l'autorité sanitaire, est réputé formé avant d'être envoyé sur le terrain. Mais, il convient de comprendre, dans cette préoccupation, qu'il s'agit certainement de personnel local, en complément au personnel médical. Ce qui mérite attention, c'est le fait même d'y avoir pensé ; car, il ressort de cette action que la commune prend pleinement la mesure de la lutte contre le VIH/SIDA et ne laisse rien au hasard pour sa réussite.

La commune de Kétou est la seule à avoir inscrit dans son PDC la formation des enfants et des jeunes comme stratégie de lutte contre le VIH/SIDA. Pour Kétou, ces enfants qui constituent la jeunesse de demain, les pères et mères de famille de l'après-demain sont des cibles importantes. Les enfants sont les ambassadeurs de toutes causes difficiles auprès de leurs parents (géniteurs, oncles, tantes, grands-parents, etc.), de leurs compagnons de jeux (filles et garçons) ; ils sont d'excellents vecteurs de la communication, voire simplement d'excellents communicateurs, pour véhiculer les messages s'inscrivant dans la lutte contre le VIH/SIDA dans les ménages, les communautés de jeux, les lieux de culte, bref dans tous les lieux où il y a du public.

**Tableau 3.7.(a). :**  
La synthèse des appréciations des actions de lutte contre le VIH/SIDA

	Actions réussies	Résultats mitigés	Actions non réussies
<b>I. Les performances des interventions s'appliquant à toute la population</b>			
La communication pour le changement de comportement.			Les effets n'interviennent qu'à moyen terme.
La prise en charge des infections sexuellement transmissibles.		Champ limité à quelques grandes villes.	
La promotion de l'utilisation du préservatif.	Cependant, faible promotion du préservatif féminin (fémidon).		
La prévention de la transmission du VIH par voie sanguine.	Cependant il y a insuffisante couverture du pays par les postes dotés de tests rapides.		

*Source* : L'équipe de rédaction.

Arriver à les former à ces rôles et à les utiliser à ces fins, augure de la réussite dans la lutte contre le VIH/SIDA. Cet exemple est en cours d'expérimentation par l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF), une ONG. Il faut espérer que l'utilité de cette action sera saisie par plusieurs autres communes et qu'elle sera étendue progressivement à toutes et aux structures nationales comme le PNLIS, qui pourra créer des antennes ou des cellules dans tous les établissements scolaires.

### 3.3. Les performances globales de la lutte contre le VIH/SIDA par rapport au développement humain



Le souci d'améliorer les performances globales des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA suscite les interrogations et les analyses qui suivent.

**Tableau 3.7.(b). :**  
La synthèse des appréciations des actions de lutte contre le VIH/SIDA

	Actions réussies	Résultats mitigés	Actions non réussies
<b>III. La prise en charge des PVVIH</b>			
La prise en charge médicale :		A peine 30% des besoins sont couverts.	
- Le traitement par les antirétroviraux ;		A peine 30% des besoins sont couverts.	
- La gratuité de la prise en charge des PVVIH ;		Il n'y a pas de subventions aux structures privées de prise en charge	
- La réduction des distances entre les centres de dépistage et ceux de PEC ;		Les centres de dépistage et les sites de PEC sont faiblement répartis.	
La prise en charge psychosociale		Elle est effective pour le malade pris en charge et non évidente pour sa communauté	
La prise en charge nutritionnelle			Action embryonnaire alors qu'elle est capitale pour la réussite de la prise en charge médicale

*Source* : L'équipe de rédaction.

### 3.3.1. La marche vers l'objectif global est-elle déterminée ?

L'objectif global de la lutte contre le VIH/SIDA est clair : il s'agit de réduire de manière durable la proportion des personnes infectées par le VIH au Bénin. Ce qui est moins simple, c'est d'atteindre cet objectif de la meilleure manière possible. C'est pourquoi, face au caractère mitigé des succès enregistrés, les différents plans de lutte contre l'épidémie appellent des améliorations importantes. Ils ont plutôt privilégié la multisectorialité pendant que la multidimensionnalité des interventions est plus indiquée. Mais en plus, ce qui manque encore depuis 1985 à la lutte béninoise contre le VIH/SIDA, c'est une détermination politique plus forte et une approche méthodologique plus affinée.

**Tableau 3.7.(c). :**  
La synthèse des appréciations des actions de lutte contre le VIH/SIDA

	Actions réussies	Résultats mitigés	Actions non réussies
<b>II. Les interventions ciblant des groupes spécifiques de la population</b>			
Les jeunes		Couverture géographique partielle et méthodes de communication.	
Les femmes			Pas d'actions spécifiques en direction des femmes.
Les populations mobiles			Actions d'envergure à mener pour conscientiser et responsabiliser ces groupes cibles.
Les Professionnelles du sexe		Très peu de structures s'investissent en direction de cette cible même si les actions menées ont eu des résultats remarquables.	
Les Orphelins et enfants vulnérables (OEV)			Mesures prises insuffisantes. Des actions plus précises doivent être menées.

*Source* : L'équipe de rédaction

En effet, les perspectives présentées par les différents plans (PCT, PMT1, PMT2 et cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Bénin) considèrent que la lutte contre le VIH/SIDA consiste essentiellement en des interventions de structures spécialisées en direction de cibles ignorantes et inconscientes des risques encourus. Mais les problèmes sont bien plus subtils et restent liés à la capacité des béninois à mettre en œuvre la vision du développement humain qu'ils ont, en principe, érigée ensemble.

En réalité, le besoin de conscientisation ne se limite pas aux cibles qui s'adonnent encore à des rapports sexuels à haut risque. Il se manifeste également au niveau de la décision politique et méthodologique (ou technique) où l'on constate bien facilement que la mise en œuvre efficace d'une vision, fut-elle celle de prémunir le pays contre le VIH, dépend surtout de

**Tableau 3.7.(d). :**  
La synthèse des appréciations des actions de lutte contre le VIH/SIDA

	Actions réussies	Résultats mitigés	Actions non réussies
<b>IV. La recherche scientifique</b>			
La surveillance épidémiologique du VIH/SIDA.		Manque de représentativité au niveau des communes même si les actions menées sont assez réussies.	
La surveillance des comportements.		Surveillance à intervalles réguliers, mais sur des variables intermédiaires qui ne permettent pas des analyses fines.	
La recherche fondamentale et opérationnelle.			Recherche embryonnaire. Les recherches doivent intégrer une vue holistique qui prenne en compte la pharmacopée et la médecine traditionnelle.

*Source* : L'équipe de rédaction.

la prise de conscience et de l'engagement de l'ensemble des acteurs à savoir: les décideurs politiques, les élus locaux, la société civile et les partenaires au développement. Ainsi, sans la conscientisation, puis la détermination simultanée aux niveaux politique, technique et même civil, les tendances à moyen et long termes de l'épidémie du VIH/SIDA et du développement humain ne sauraient s'inverser durablement.

### 3.3.2. Comment l'Etat peut-il financer de manière progressive la lutte contre le VIH/SIDA ?

La lutte contre le VIH/SIDA et le processus de développement humain constituent une œuvre de longue haleine, de persévérance et de constance dans l'effort. Il faut saluer l'appui des partenaires au développement dans cette lutte ardue. Mais, plusieurs préoccupations importantes devraient être examinées. Elles portent sur l'autonomie des stratégies béninoises en matière de lutte contre le VIH/SIDA et de développement humain.

En effet, la mise en œuvre de la lutte contre le VIH/SIDA et de la promotion du développement humain nécessite des ressources conséquentes dont le Bénin ne dispose

<b>Tableau 3.8.(a). : L'appréciation du domaine 1 relatif au cadre institutionnel</b>	
<b>Objectif : favoriser le caractère multisectoriel et une meilleure gestion et suivi de la lutte</b>	
<b>Appréciation par rapport à l'objectif</b>	<b>Appréciation par rapport au DHD</b>
Difficultés de fonctionnement et de concertation au niveau des acteurs.	Manque de réelle détermination, manque de volonté suffisante.
Centralisation encore importante des activités de lutte contre le VIH/SIDA (besoin d'impliquer davantage les niveaux déconcentré et décentralisé suivant la nature des actions).	Participation insuffisante des communautés à la base et des associations de PVVIH aux décisions et à leur exécution.
Résultats encourageants du volet communautaire du PPLS.	Existence d'initiatives probantes proches du DHD et menée dans le cadre du volet communautaire du PPLS financé par la Banque mondiale.
<i>Source</i> : L'équipe de rédaction.	



généralement pas au niveau de ses ressources propres. De ce point de vue, l'appui financier des partenaires au développement est salubre et permet de gagner du temps et de l'efficacité. Cependant, la stratégie globale du Bénin ne semble pas prendre en compte le caractère insuffisant et surtout non permanent de l'aide extérieure. Une programmation de l'autonomisation de la lutte à moyen et long termes devrait permettre au Bénin de se prendre entièrement en charge à partir d'une échéance donnée.

Cette dimension de la réponse nationale face au VIH/SIDA montre clairement le lien entre l'efficacité de la lutte et la croissance économique indispensable à la disponibilité des ressources matérielles et financières permettant de combattre avec succès l'épidémie.

<b>Tableau 3.8.(b). :</b> L'appréciation du domaine 2 relatif à la prévention de la transmission sexuelle du VIH	
<b>Objectif : conscientiser la population par la communication pour un changement de comportement (CCC)</b>	
<b>Résultat par rapport à l'objectif initial</b>	<b>Résultat par rapport au DHD</b>
Plus de gens (mais pas suffisamment) <u>connaissent</u> le VIH/SIDA.	Procéder par des CCC <u>endogènes</u> et <u>participatives</u> .
Beaucoup de jeunes restent <u>non imprégnés</u> de la réalité du VIH/SIDA.	Il reste nécessaire de s'appuyer sur les <u>médias de proximité</u> pour la sensibilisation.
La majorité des femmes n'ont pas le <u>contrôle</u> de leurs <u>pratiques sexuelles</u> .	Les <u>jeunes non scolarisés</u> sont moins informés que les jeunes scolarisés, il y a donc non-respect de l'équité dans la sensibilisation.
<i>Source</i> : L'équipe de rédaction.	

<b>Tableau 3.8.(c). :</b> L'appréciation du domaine 3 relatif à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	
<b>Objectif : réduire à moins de 15% la transmission du VIH de la mère à l'enfant.</b>	
<b>Résultat par rapport à l'objectif initial</b>	<b>Résultat par rapport au DHD</b>
56 sites sont mis en place pour les activités de la PTME.	Fournir des statistiques permettant le suivi des accouchements à risque pour l'enfant.
Ces sites sont répartis dans 20 zones sanitaires sur les 34 que compte le pays.	Suivi de l'accès des femmes séropositives enceintes au niveau des sites des activités de PTME.
<i>Source</i> : L'équipe de rédaction.	

### 3.3.3. Pourquoi le rôle de l'Etat doit être réhabilité dans le développement humain pour faire face au VIH/SIDA ?

La lutte contre la pauvreté dépend non seulement de l'accumulation de richesses et de capital physique, mais aussi d'un capital de connaissances techniques et de la santé, élément essentiel du capital humain. Or, les infrastructures, le cadre réglementaire et le capital humain ne peuvent être produits qu'avec l'intervention de l'Etat.

Face au vent d'ultralibéralisme qui a marqué les trois dernières décennies, le concept du développement humain durable réhabilite l'Etat et les dépenses publiques, essentiellement dans

<b>Tableau 3.8.(d). :</b> L'appréciation du domaine 4 relatif à la prévention de la transmission du VIH par voie sanguine	
<b>Objectif : assurer 100% de sécurité transfusionnelle par rapport au VIH/SIDA</b>	
<b>Résultat par rapport à l'objectif initial</b>	<b>Résultat par rapport au DHD</b>
Succès relativement élevé.	Le sang prélevé est contrôlé dans tout le pays.
	Le personnel est bien formé.
	Il est nécessaire de comprendre le dynamisme de ce secteur pour s'en inspirer.
<i>Source</i> : L'équipe de rédaction.	

<b>Tableau 3.8.(e) :</b> L'appréciation du domaine 5 relatif à la promotion de l'utilisation des préservatifs	
<b>Objectif : augmenter l'utilisation et l'accessibilité des préservatifs</b>	
<b>Résultat par rapport à l'objectif initial</b>	<b>Résultat par rapport au DHD</b>
Succès relativement élevé.	Les préservatifs féminins n'ont pas connu le même succès.
Les activités de CCC sont réalisées dans tous les ministères et dans diverses communautés urbaines et rurales à partir des plans d'actions communautaires avec des démonstrations pratiques de l'utilisation correcte des préservatifs.	Il reste nécessaire de promouvoir l'autonomisation et le contrôle de la sexualité par les femmes.
<i>Source</i> : L'équipe de rédaction.	

la connaissance technique et la production de capital humain au sens large (éducation, santé, nutrition). Cette inflexion ne signifie nullement que l'on remette en cause le libéralisme et la croissance économique comme paradigme fondamental, le DHD en indique seulement les limites au regard de considérations plus éthiques, plus humanistes et surtout plus volontaristes.

Il faut poursuivre, dans le cadre de recherches futures, des travaux visant à montrer l'impact des dépenses publiques en faveur du capital humain sur la croissance économique. De telles études indiqueraient quelle est la taille optimale de l'Etat, c'est-à-dire le volume de dépenses pour le développement humain, qu'il importe d'atteindre pour maximiser la croissance économique.

<b>Tableau 3.8.(f) :</b> L'appréciation du domaine 6 relatif à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)	
<b>Objectif : réduire la prévalence des IST.</b>	
<b>Résultat par rapport à l'objectif initial</b>	<b>Résultat par rapport au DHD.</b>
L'approche syndromique s'est étendue à tout le pays.	La prise en compte des guérisseurs traditionnels est insuffisante.
Les médicaments contre les IST sont disponibles partout.	Il reste nécessaire d'identifier et de valoriser les prises en charge traditionnelles réussies dans la lutte contre le VIH/SIDA.
La prise en charge médicale des professionnelles du sexe peut être mieux généralisée.	Il est nécessaire de promouvoir la contribution des leaders religieux, en parlant davantage d'abstinence et de fidélité.
<i>Source</i> : L'équipe de rédaction.	

En améliorant le capital humain, l'Etat favorise l'amélioration de l'indicateur du développement humain, qui à son tour, permet de réduire la prévalence du VIH.

Ce retour de l'Etat à la fin des années 1990 dans la théorie économique libérale, renforcé par les thèses soutenues dans les Rapports mondiaux sur le développement humain (RMDH), rend légitimes les discours sur l'intervention de la puissance publique, en particulier dans le développement du capital humain au sens large. Cette intervention est même indispensable pour atteindre la croissance optimale de la production des biens et services.

Le présent chapitre permet d'aboutir à deux éléments importants de diagnostic de la réponse béninoise contre le VIH/SIDA.

Le premier est l'inadéquation entre les déclarations officielles affirmant que le VIH/SIDA est un problème de développement et l'absence d'une considération suffisante de l'épidémie dans le document "*Bénin Alafia 2025*" qui guide les stratégies de développement du Bénin jusqu'à l'horizon 2025. Toutefois, le DSRP et le PAG2 accordent au VIH/SIDA une large place en tant que problème de pauvreté.

<b>Tableau 3.8.(g). :</b> L'appréciation du domaine 7 relatif à la prise en charge des PVVIH	
<b>Objectif : assurer la prise en charge médicale, psychosociale et nutritionnelle des PVVIH.</b>	
<b>Résultat par rapport à l'objectif initial</b>	<b>Résultat par rapport au DHD.</b>
La PEC nutritionnelle reste embryonnaire.	La portée universelle qui devrait caractériser la PEC des PVVIH n'est pas respectée.
Il existe environ 32.810 OEV, seulement 2.793 ont été insérés dans des familles d'accueil.	Les dispositions pour une autonomisation progressive des PVVIH ne sont pas envisagées.
La PEC médicale de 3.028 PVVIH (à fin juin 2005) a donné de l'espoir à plus de gens. Mais les besoins en PEC médicale concernent 11.600 PVVIH.  3.169 OEV ont été scolarisés ou mis en apprentissage sur un total de 32.810.	Les associations de PVVIH se sont multipliées (de 1 en 1998 à 28 en 2005), mais restent peu dynamiques pour faire aboutir des initiatives pertinentes propres.
<i>Source</i> : L'équipe de rédaction.	

Le second élément de diagnostic est constitué des résultats des stratégies mises en oeuvre dans les 8 domaines suivants, définis pour la lutte contre le VIH/SIDA :

- cadre institutionnel ;
- prévention de la transmission sexuelle du VIH ;
- prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- prévention de la transmission du VIH par voie sanguine ;
- promotion de l'utilisation des préservatifs ;
- prise en charge des IST ;
- prise en charge des PVVIH ;
- recherche biomédicale et surveillance des comportements.

### 3.4. Conclusion partielle

A l'analyse de la plupart des documents de politique du Bénin, notamment les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme (NLTPS), le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et le Programme d'Action du Gouvernement (PAG), il ressort que le VIH/SIDA est considéré plus comme un problème de

**Tableau 3.8.(h) :**

L'appréciation du domaine 8 relatif à la recherche biomédicale et à la surveillance des comportements

<b>Objectifs :</b> - optimiser la fiabilité - suivre l'évolution des comportements - promouvoir les études biomédicales	
<b>Résultat par rapport à l'objectif initial</b>	<b>Résultat par rapport au DHD</b>
Le fonctionnement de la recherche biomédicale est relativement satisfaisant.	Il n'y a pas de possibilité d'obtenir les prévalences en fonction du niveau de vie des individus.
Les données produites constituent des indications utiles sur l'évolution du VIH/SIDA et des IST.	Il n'y a pas d'identification des valeurs traditionnelles qui pourraient aider à la lutte contre le VIH/SIDA.
Il faut noter un manque de représentativité de la prévalence au niveau des communes.	Il n'y a pas d'initiatives originales dans les études biomédicales.

*Source* : L'équipe de rédaction.

pauvreté que comme un problème de développement. De même, très peu de plans de développement communaux (PDC) ont accordé une importance suffisante à la lutte contre le VIH/SIDA.

En outre, le financement de la lutte contre le VIH/SIDA est assuré pour une grande part par les organismes du système des Nations Unies et les institutions bilatérales et multilatérales. Quant à la collaboration entre les médecines moderne et traditionnelle, elle se révèle insuffisante et se traduit par la réticence des praticiens modernes à intégrer la médecine traditionnelle dans le système sanitaire et celle des tradipraticiens à mettre leurs produits et leurs connaissances à la disposition de la médecine moderne.

Par ailleurs, en dehors des résultats positifs obtenus dans la mise en oeuvre des stratégies relatives à la communication pour un changement de comportement, à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, à la promotion de l'utilisation du préservatif, à la prévention de la transmission du VIH par voie sanguine et à la surveillance épidémiologique et celle afférente aux comportements, toutes les autres actions prévues et mises en application dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA n'ont pas produit les effets escomptés. L'intensification de la recherche fondamentale, quant à elle, reste un besoin à satisfaire, de même que la recherche-action sur l'infection VIH/SIDA/IST au Bénin. Quant aux huit domaines du cadre stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA, ils ont été appréciés par rapport aux objectifs principaux et par rapport au DHD. Les analyses et commentaires sont consignés dans les tableaux 3.8.a à 3.8.i.

<b>Tableau 3.8.(i) : L'appréciation globale de la réponse béninoise contre le VIH/SIDA</b>	
<b>Objectif : Infléchir l'épidémie du VIH/SIDA et préserver le développement humain</b>	
<b>Résultat par rapport à l'objectif initial</b>	<b>Résultat par rapport au DHD</b>
Il y a eu 19 ans de lutte contre le VIH/SIDA.	Les stratégies du Bénin face au VIH/SIDA sont pertinentes au regard des principes du DHD.
La prévalence du VIH en terme de pourcentage a été stabilisée.	La détermination et la coordination semblent insuffisantes.
Le nombre de personnes infectées continue d'augmenter, cela signifie que l'épidémie n'est pas encore infléchie.	L'autonomisation des PVVIH n'est pas encore envisagée. Il convient de favoriser les conditions de leur indépendance financière.
<i>Source</i> : L'équipe de rédaction.	



## Conclusion générale

### Vers une meilleure réponse intégrant les préoccupations du développement humain

*Le développement humain est une approche novatrice pour consolider les acquis de la réponse du Bénin face au VIH/SIDA. Il y a cependant lieu d'envisager la mise en œuvre d'une stratégie globale de lutte contre cette épidémie dans un cadre qui renforce l'application des principes du DHD.*

Vingt ans après la déclaration du premier cas de SIDA au Bénin et seize ans après la diffusion du concept de développement humain durable, le moment est venu d'évaluer la prévalence du VIH, d'appréhender l'impact de ses conséquences et de promouvoir une approche plus offensive de la lutte.

La prévalence du VIH est de 2,1% en 2005. On observe une stabilisation de la prévalence depuis 2002. Néanmoins, il existe une disparité de prévalence selon les milieux urbain (2,4%) et rural (1,6%) et selon les couches spécifiques que sont les adolescents (élèves et apprentis), les routiers et les professionnelles du sexe. Ces groupes sociaux constituent des sources de propagation de l'épidémie dans la mesure où 20% des adolescents ignorent que le VIH/SIDA se transmet par la voie sexuelle et que l'utilisation du préservatif n'est pas encore systématique chez les adultes, toutes les fois qu'un rapport sexuel protégé est requis.

Les conséquences du VIH/SIDA ont été analysées à travers son impact sur le développement humain. Cet impact a été appréhendé par la mesure de l'évolution de l'IDH avec et sans SIDA. Environ 159.000 personnes étaient déjà contaminées par le VIH/SIDA en

*... En dépit de toutes les déclarations officielles reconnaissant que l'épidémie du VIH/SIDA est aussi un problème de développement, cette maladie est jusqu'à présent essentiellement considérée et traitée comme un problème de santé...*



2000. Les conséquences sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont la discrimination, la stigmatisation et l'ostracisme. Les orphelins du SIDA connaissent le rejet et leur insertion dans les familles d'accueil est encore difficile.

Il convient de remarquer que le VIH/SIDA demeure une maladie due aux comportements sexuels à risque. Par conséquent, la sensibilisation de proximité des couches juvéniles et la promotion des jeux sains et des activités génératrices de revenus restent, entre autres, les actions les plus efficaces dans la lutte contre l'épidémie. Par ailleurs les perspectives offensives suggérées à la lumière des principales conclusions sont :

- La mise à disposition des ARV pour la prise en charge des PVVIH mérite d'être étendue à un grand nombre de personnes infectées par le VIH, mais le coût d'achat élevé des médicaments et des examens biologiques limite toutes les actions du Gouvernement et des partenaires visant la prise en charge dans ce domaine. Toutes les déclarations officielles s'accordent sur le fait que l'épidémie du VIH/SIDA est aussi un problème de développement, pourtant cette maladie est jusqu'à présent essentiellement considérée et traitée comme un problème de santé, sauf dans le DSRP où elle a été traitée comme un problème de pauvreté. Pour une meilleure réponse contre le VIH/SIDA, les documents nationaux de politique de développement ou de lutte contre la pauvreté (NLTPS, DSRP, PAG, PDC, etc.) devraient désormais prendre suffisamment en compte le VIH/SIDA comme un véritable problème de développement humain durable. Comme il ressort des chapitres précédents, le VIH/SIDA affecte le développement humain du Bénin. La quête d'un bon niveau de développement humain permet à son tour au pays, de limiter la propagation de l'épidémie.
- La reconnaissance officielle de la maladie comme un problème de développement s'est traduite, entre autres, par la création, dans les ministères sectoriels et les communes, de comités de lutte contre le VIH/SIDA. C'est un témoignage de la prise de conscience nationale quant au caractère multidimensionnel des conséquences du SIDA. Mais il ne suffit pas de faire de la lutte contre cette épidémie une dimension essentielle du développement dans les discours officiels. L'Etat, par l'entremise de la structure chargée de la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA, devra mobiliser ces comités ainsi que tous les autres acteurs concernés, pour atteindre les buts



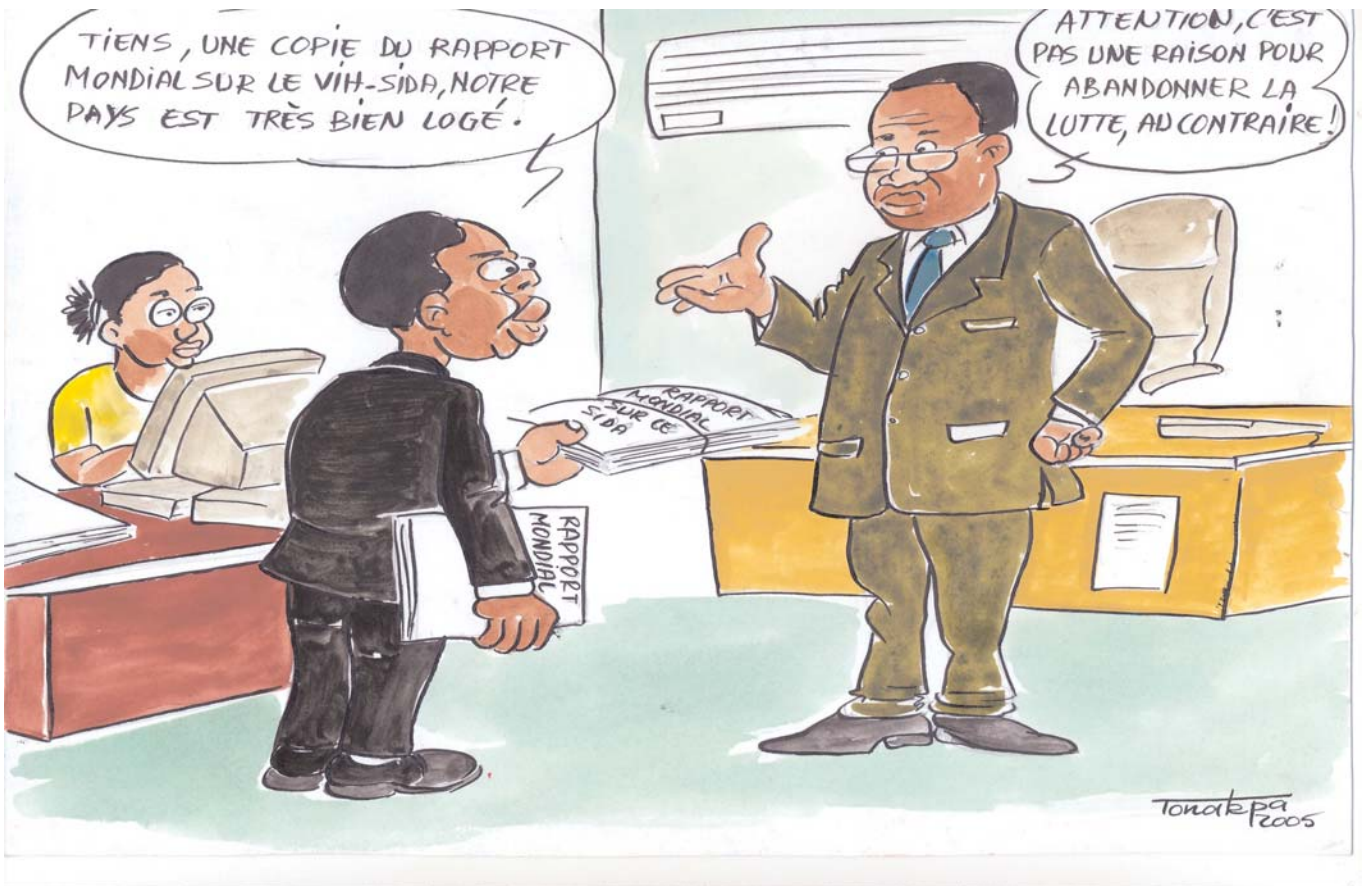
escomptés et pour inscrire leurs programmes d'activités dans les budgets des ministères.

- La réponse béninoise au VIH/SIDA devrait comprendre une prise en charge globale des personnes infectées et une prise en charge psychosociale des personnes affectées par le VIH sans développer chez elles une mentalité de personnes assistées. Il s'agit d'une prise en charge raisonnée et sur mesure tenant compte du fait que la PVVIH n'est pas forcément une personne condamnée. Dans la perspective du développement humain, la dignité, l'autonomie financière et la créativité de ces personnes devraient être fortement promues. Pour cela, l'Etat devrait promouvoir des micro-crédits à des conditions concessionnelles aux PVVIH qui auraient perdu leurs emplois afin de permettre leur autonomisation. Ce renforcement de capacités devra se faire de manière à contribuer à leur épanouissement, ce qui encouragera le dépistage volontaire au niveau des autres membres de leurs communautés.
- La réponse du Bénin face au VIH/SIDA doit résolument prendre en compte les inégalités entre les personnes séronégatives et les personnes infectées en fonction de trois aspects essentiels de la lutte contre le VIH/SIDA et du développement humain, à savoir : (i) participation aux décisions de stratégies de lutte contre l'épidémie et ses conséquences sociales et économiques, (ii) participation à la vie des centres de prise en charge des PVVIH et (iii) contrôle de l'affectation des ressources financières aux différents volets de la lutte contre le VIH/SIDA.
- Il est également indiqué de promouvoir les combats de proximité à travers la pleine participation des communes et des communautés à la base (notamment les organisations paysannes).
- Le suivi chiffré des conséquences du VIH/SIDA sur le développement humain devient une priorité en raison des répercussions de ce fléau sur les capacités des individus vivant avec le virus, des ménages affectés, des institutions et du pays tout entier.
- Les efforts visant à contenir l'évolution de l'épidémie devront intégrer la recherche de ressources financières suffisantes, mais également garantir une bonne coordination de leur utilisation par la structure nationale en charge de la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA.
- L'introduction dans les curricula des écoliers et collégiens, de modules sur les modes de transmission du VIH/SIDA, permettra de préparer les enfants et les jeunes sur les risques du VIH/SIDA, avant leurs premiers rapports sexuels.

- L'Etat devrait organiser des filières officielles de métiers dans des structures formelles de prise en charge des déscolarisés en vue d'un apprentissage qui sera sanctionné par un parchemin leur permettant d'entrer sur le marché du travail. Cela facilitera la dynamisation et la systématisation de la conscientisation des jeunes déscolarisés en langues nationales par les ONG locales, permettant ainsi d'augmenter leurs connaissances sur les dangers du VIH/SIDA. Pour cela, l'Etat devrait s'appuyer sur les associations des corps de métier déjà organisés et créer un cadre réglementaire pour contrôler le bon fonctionnement de la prise en charge des déscolarisés.
- L'Etat et les partenaires au développement devraient initier un cadre d'incitation pour la réalisation d'émissions de conscientisation des groupes cibles sur les risques du VIH/SIDA. Ce cadre comprendra l'instauration de plusieurs prix récompensant les meilleures radios de lutte contre l'épidémie et de diffusion d'initiatives de développement humain au niveau des PVVIH. Il serait très utile d'intégrer la lutte contre le VIH/SIDA et la diffusion des meilleures pratiques de développement humain comme critères de redistribution des allocations budgétaires allouées aux médias.
- Il importe de procéder à un meilleur ciblage des personnes devant bénéficier de la gratuité des ARV afin d'augmenter le nombre de bénéficiaires les plus démunis. Les PVVIH nantis devraient contribuer au financement des ARV.
- L'Etat devra promulguer la loi sur le SIDA afin de protéger les PVVIH des conséquences de la discrimination, de la stigmatisation et de l'ostracisme d'une part, et de décourager les vellétés des PVVIH à vouloir propager le virus dans l'esprit d'une vengeance contre la société.
- Il faudrait impliquer les groupes spécifiques les plus exposés et les PVVIH, de la conception à la restitution des messages, dans l'organisation des campagnes de sensibilisation afin de coller les messages aux réalités béninoises et de faire porter les messages au public par les personnes atteintes, afin d'éradiquer le déni de la réalité du SIDA.

## Références bibliographiques

Adjovi E., juin 2001, <i>l'Etat des médias au Bénin</i> , GRETE (Groupe de recherche et d'échanges technologiques) <a href="http://www.gret.org">http://www.gret.org</a> .
Adjovi Emmanuel, 2001, <i>Étude sur les médias au Bénin 1988-2000</i> . Observatoire de la déontologie et de l'éthique dans les médias (Odem), avec l'appui de la fondation Friedrich Ebert, avril 2001.
Decoust Michèle et de Basile Sallustio, 2004, Film documentaire " <i>Les Chamans du futur</i> ", une coproduction Lieurac Productions Nanook et de Tag/Traum Fimproduktion.
Delanne P. et Guingnido G., 2003, <i>La santé de la reproduction au Bénin : Défis et perspectives, Rapport national sur l'état et le devenir de la population au Bénin</i> (REP 2002), août 2003.
Family Health International (FHI), octobre 2004, " <i>Etude sur le SIDA en milieu de travail au Bénin</i> ", cas de la SBEE, rapport provisoire.
Goffman E, 1975, <i>Stigmate. Les usages sociaux des handicaps</i> . Paris, Editions de minuit.
Houedokoho T., 1997, " <i>Nuptialité et Exposition au risque de grossesse</i> ", in Kodjogbé N., G. Mboup, J. Tossou et al (1997), <i>Enquête Démographique et de Santé</i> , République du Bénin,
Jackson Helen, 2004, <i>SIDA Afrique-Continent en crise</i> , SAfAIDS, Harare, Zimbabwe.
Kodjogbé N., Mboup G, Tossou J. et al, 1997, <i>Enquête Démographique et de Santé, République du Bénin, 1996</i> , Calverton, Maryland USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et Macro International Inc.
Mboup G., Tossou J., 1997, <i>Connaissance, attitude et comportement vis-à-vis du SIDA au Bénin, Analyse approfondie des données du Bénin</i> .
Mboup G., Tossou J. et al, 1997, <i>Enquête Démographique et de Santé</i> . République du Bénin.
MCPD, 2002, <i>Résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitation</i> . République du Bénin.
Médégan Valentine Kiki F., 2001, " <i>Prévalence de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles et étude des facteurs de risque associés chez les routiers</i> ", Université Libre de Bruxelles.
Observatoire de la déontologie et de l'éthique dans les médias (Odem), avec l'appui de la fondation Friedrich Ebert, 2001, <i>Étude sur les médias au Bénin 1988-2000</i> , République du Bénin.
PNLS, 2001, <i>Enquête de Surveillance des Comportements à Risque d'Infection à VIH/SIDA/IST au Bénin</i> . République du Bénin.
PNLS, 2000, <i>Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST</i> . République du Bénin.
PNLS, 2002, <i>Rapport de Surveillance de l'Infection à VIH et de la Syphilis au Bénin</i> . République du Bénin.
PNLS, 2003, <i>Rapport de Surveillance de l'Infection à VIH et de la Syphilis au Bénin</i> . République du Bénin.
PNLS, 2004, <i>Rapport de Surveillance de l'Infection à VIH et de la Syphilis au Bénin</i> . République du Bénin.
PNLS-CEFOP, 2003, <i>Enquête de Surveillance des Comportements à risque d'infection à VIH/SIDA/IST au Bénin 2001</i> , République du Bénin.



## Annexe 1 : Lexique des termes clés

<b>Acquis</b>	Qui n'a pas été hérité des gènes des parents, mais qui a plutôt été obtenu à partir de l'environnement.
<b>Anticorps</b>	Protéines spéciales produites par certains globules blancs pour lutter contre des virus ou des bactéries en particulier ou tous autres agents ou substances pathogènes.
<b>Anticorps positif</b>	Présence d'un anticorps anti-VIH dans le sang d'une personne.
<b>Antigène</b>	Élément pénétrant dans l'organisme et pouvant déclencher la production d'anticorps spécifiques. Les anticorps neutralisent ou bloquent les antigènes (virus ou bactéries ou autres microbes).
<b>Antirétroviraux (ARV)</b>	Médicaments qui luttent contre la prolifération des rétrovirus (comme le VIH).
<b>Asymptomatique</b>	Sans symptômes cliniques (sans manifestations apparentes).
<b>AZT / ZDV</b>	Azidothymidine (zidovudine ou retrovir), le premier médicament antirétroviral pour lutter contre le VIH.
<b>Bactériémie</b>	Présence de bactéries dans le sang.
<b>Bactéries</b>	Micro-organismes unicellulaires de structure simple jouant dans la nature un rôle important par la variété de leurs espèces, par leur reproduction rapide et par la diversité des phénomènes où ils interviennent. Ce sont des agents de fermentation, de putréfaction, de transformation de substances organiques du sol en matières minérales et en gaz, etc. Certains sont pathogènes pour l'homme et les animaux.
<b>Capacités</b>	Différentes combinaisons de potentialités qui sont tour à tour accessibles à une personne. C'est la liberté qu'une personne a de réaliser des potentialités.
<b>Charge virale</b>	Nombre de particules virales par ml de sang. La charge virale du VIH est utilisée comme marqueur afin de suivre la progression de la maladie.
<b>Clinique</b>	Médical, avec des symptômes qu'on peut constater.
<b>Conditions de vie</b>	Ensemble des facteurs économiques (niveau de vie) et sociaux (genre de vie ou mode de vie) qui caractérise un individu ou un groupe social.
<b>Consentement informé</b>	Accord donné pour un test ou une procédure médicale après avoir reçu toutes les informations sur les risques et avantages.

<b>Déclaration obligatoire</b>	Obligation juridique d'informer les services de santé des coordonnées et contacts sociaux (ou sexuels) de tout individu ayant une maladie contagieuse ; la tuberculose par exemple est à signaler au niveau international.
<b>Démence du SIDA</b>	Perte de contrôle des pensées, émotions, personnalité et comportement à la suite de lésions cérébrales. Etat de troubles mentaux semblable à la démence sénile.
<b>ELISA</b>	Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay. Technique couramment utilisée pour détecter des anticorps anti-VIH ; pour les tests individuels. Cette technique est de plus en plus remplacée par les tests rapides.
<b>Encéphalite</b>	Affection cérébrale de caractère inflammatoire fréquente dans les cas de SIDA déclaré, et qui se retrouve parfois dans la période de séroconversion (aussi encéphalopathie ou changements pathologiques dans le cerveau).
<b>Endémique</b>	Qui existe normalement, mais qui se propage de façon persistante.
<b>Epidémie</b>	Augmentation rapide du nombre de malades (en très peu de temps).
<b>Epidémiologie</b>	Etude de la fréquence et de la répartition des infections et des maladies (et blessures) dans les populations.
<b>Genre de vie</b>	Mode de vie, ensemble de facteurs sociaux qui caractérise la vie courante d'un individu ou d'un groupe.
<b>GIPA (Principe)</b>	Principe de la participation accrue des infectées ou affectées par le VIH/SIDA.
<b>Immunité compromise</b>	Résistance moins forte aux infections.
<b>Indicateur de la participation des femmes (IPF)</b>	Indicateur composite mesurant les inégalités entre hommes et femmes en fonction de trois aspects essentiels de la responsabilité des individus et des groupes : participation à la vie et aux décisions économiques, participation à la vie et aux décisions politiques et contrôle sur les ressources économiques.
<b>Indicateur de la pauvreté humaine (IPH-1) dans les pays en développement</b>	Indicateur composite mesurant les manques touchant à trois aspects essentiels de la vie humaine (tels que considérés par l'indicateur du développement humain): longévité, savoir et conditions de vie.
<b>Indicateur du développement humain (IDH)</b>	Indicateur composite mesurant le niveau moyen atteint par un pays donné selon trois critères essentiels du développement humain: longévité/santé, instruction et niveau de vie décent.
<b>Indicateur sexospécifique de développement</b>	Indicateur composite mesurant le niveau moyen atteint par un pays en utilisant les mêmes variables essentielles que l'indicateur du développement humain – santé/longévité, instruction et conditions

<b>humain (ISDH)</b>	de vie décentes –, mais en corrigeant le résultat obtenu en y introduisant les inégalités sociologiques constatées entre les populations féminine et masculine.
<b>Infection opportuniste</b>	Infection par un organisme (microbes) qui ne cause de maladie que lorsque les défenses immunitaires sont affaiblies, comme dans le cas d'une infection avancée par le VIH.
<b>Lévirat</b>	Coutume selon laquelle le petit frère d'un homme mort hérite de la veuve.
<b>Lymphadénopathie</b>	Etat des glandes ou ganglions lymphatiques gonflés, qui donnent l'impression de grosseurs dans le cou, sous l'aisselle, à l'aîne ou ailleurs.
<b>Lymphadénopathie généralisée persistante (LGP)</b>	Etat des ganglions lymphatiques gonflés pendant une longue période de temps (trois mois au moins) ; c'est souvent un signe d'infection par le VIH mais d'autres infections longues peuvent causer la LGP et beaucoup de personnes séropositives n'en souffrent jamais.
<b>Lymphocyte</b>	Globules blancs qui protègent contre les infections.
<b>Maladie marqueur</b>	Maladie souvent associée à une infection particulière. Par exemple, le sarcome de Kaposi est une maladie marqueur pour le VIH/SIDA.
<b>Néonatal</b>	Qui concerne les quatre premières semaines après la naissance.
<b>Neuropathie</b>	Douleur dans les nerfs due à une infection, une maladie, des médicaments ou une blessure ; la neuropathie périphérique, douleurs au niveau des mains et des pieds, est très souvent associée à un manque de vitamines dans les cas de SIDA.
<b>Névirapine (NVP)</b>	C'est l'ARV le plus abordable et le plus utilisé pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant.
<b>Niveau de vie</b>	Quantité de biens et services, qu'un individu peut se procurer avec son revenu annuel ou encore pouvoir d'achat en biens et services destinés à satisfaire le plus de besoins possibles d'un individu.
<b>Nodules (ou ganglions) lymphatiques</b>	Systèmes de glandes qu'on trouve dans le corps et qui ont pour rôle de filtrer les substances dangereuses et donc d'aider à résister aux infections ; le VIH se concentre surtout dans les nodules lymphatiques.
<b>Pandémie</b>	Epidémie généralisée à l'échelle d'un continent.
<b>Parasite</b>	Organisme vivant qui survit aux dépens du corps ou d'un autre organisme.
<b>Parité de pouvoir d'achat</b>	Nombre d'unités monétaires (du pays, du Bénin par exemple) nécessaires pour acheter le même panier représentatif de biens et services que l'on pourrait acquérir avec 1 dollar aux Etats-Unis. Habituellement indiqué en dollars des EU, le PPA pourrait également s'exprimer en d'autres monnaies nationales ou en droits de tirage spéciaux (DTS).

<b>Pathogène</b>	Qui engendre une maladie.
<b>Période d'incubation</b>	Période comprise entre la première contamination par l'agent pathogène et l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Avec le VIH, cela peut prendre des mois à plusieurs années.
<b>Période de latence sérologique</b>	Période entre l'infection initiale par le VIH et la production d'anticorps, trois mois en général. Pendant cette période, un test pour des anticorps du VIH peut se révéler négatif alors que le virus est bien présent.
<b>péripatéticienne</b>	Il s'agit d'une personne qui se livre à la prostitution rémunérée. Elle est de plus en plus désignée par "professionnelle du sexe (PS)" ou encore par "travailleuse du sexe (TS)".
<b>Pessaire</b>	Préservatif introduit dans le vagin comme moyen de contraception ou de protection contre les infections.
<b>Potentialité</b>	Champ des possibilités dont dispose une personne. (s'alimenter correctement, vivre longtemps, participer à la vie communautaire, ... par exemple.).
<b>Prévalence</b>	Nombre ou pourcentage d'infections dans une population à un moment donné, indépendamment du moment où l'infection a eu lieu.
<b>Protéine</b>	Molécules organiques indispensables et complexes qu'on trouve dans la constitution des êtres vivants ; les anticorps sont des protéines.
<b>Rétrovirus</b>	Virus à ARN dont la famille comprend notamment le VIH, qui provoque le SIDA (par opposition à adénovirus). Il s'agit d'un groupe de virus peu communs et récemment identifiés, dont le mode de répllication est différent de la plupart des autres virus.
<b>Sarcome de Kaposi</b>	Affection caractérisée par des sarcomes multiples de la peau, et parfois des viscères, observée en particulier au cours du SIDA. Tumeur maligne rare se présentant sous forme de taches ou de nodules pourpres ou foncés qui finissent par se généraliser.
<b>Sénile</b>	Qui tient de la vieillesse, de l'affaiblissement du corps et de l'esprit. Qui est dû à l'âge ou à une altération prématurée des tissus.
<b>Séropositif</b>	Qui a des anticorps à VIH, qui est VIH positif.
<b>SIDA</b>	Syndrome de l'immunodéficience acquise, qui signifie que le corps perd sa capacité de lutter contre les infections parce que le système immunitaire est affaibli par le VIH.
<b>Stigmatisation</b>	Acte, attitude ou regard pour marquer la désapprobation, la réprimande, le reproche, la réprobation ou la condamnation individuelle ou collective.



<b>Surveillance sentinelle</b>	Dépistage d'un groupe clé dans la population pour avoir une idée de l'importance d'une infection ou d'un autre problème ; exemple : faire le test du VIH sur les femmes enceintes ou les patients IST pour établir la séroprévalence ; des tests de dépistage répétés à des intervalles réguliers montrent après un temps les tendances dans la transmission du VIH dans ce groupe de la population.
<b>Syndrome aigu du VIH</b>	Symptômes grippaux courts au moment de la séroconversion, quand les anticorps se développent.
<b>Système immunitaire</b>	Le mécanisme de défense du corps contre les infections et le cancer ; ainsi que tout ensemble complexe de réactions cellulaires dans la lymphe et le sang, ce qui inclut la peau, les membranes muqueuses, les glandes et sécrétions spéciales ; le VIH s'attaque principalement à l'immunité cellulaire.
<b>Test d'antigène</b>	Test pour rechercher la présence du virus, et non des anticorps, ces tests sont chers et complexes et ne sont généralement pas disponibles dans tous les pays.
<b>Test de dépistage</b>	Analyse de sang de toute une population ou de tout un groupe dans une population donnée pour dépister le VIH.
<b>Test rapide</b>	Test pour rechercher les anticorps du VIH qui se font surtout à partir d'une goutte de sang et qui donne des résultats très fiables en quelques minutes.
<b>Trithérapie</b>	Terme médical qui désigne l'emploi simultané de trois traitements ou techniques thérapeutiques. Il désigne également le traitement curatif des personnes atteintes du SIDA (ou préventif pour les séropositifs sans SIDA déclaré), utilisant en combinaison trois médicaments antiviraux (par exemple AZT, DDI et une antiprotéase, enzyme empêchant la maturation du virus), et dont l'efficacité est très supérieure à celle de chaque médicament pris isolément.
<b>VIH-positif (ou séropositif)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se dit de quelqu'un dont le sérodiagnostic est positif.</li> <li>2. Spécial. Se dit de quelqu'un pour qui le sérodiagnostic du virus du SIDA est positif. Qui a des anticorps du VIH dans le sang et est donc contaminé par le VIH ; les bébés peuvent être séropositifs à cause de la présence d'anticorps de la mère même s'ils n'ont pas l'infection par le VIH.</li> </ol>
<b>Virémie</b>	Présence de virus dans le sang.
<b>Virus</b>	Agent pathogène ultramicroscopique (invisible au microscope optique) ne pouvant croître que dans une cellule vivante. Les virus traversent les filtres qui arrêtent habituellement les bactéries.
<b>Zona</b>	Inflammation douloureuse des nerfs se traduisant par une éruption des vésicules cutanées (sur un côté du corps généralement). Le Zona est souvent associé à une immunodépression et est fréquent dans les cas d'infection par le VIH. Le Zona peut aussi être associé au stress et à d'autres problèmes de santé.



## Annexe 2 : Méthodes et données

### A.0. Les observations sur la méthode d'estimation de la prévalence du VIH/SIDA dans les communes

Les bases de la méthode adoptée par le PNLIS pour le calcul de la prévalence du VIH reposent sur les faits admis ci-après :

- la maladie se transmet par la voie sexuelle ; il s'avère que le sujet retenu comme le plus susceptible de renseigner l'investigateur est la femme enceinte ;
- la femme enceinte retenue pour l'investigation est celle qui :
  - o premièrement, vient en consultations prénatales dans l'un des centres de sérosurveillance du PNLIS,
  - o deuxièmement, accepte de se soumettre à un interrogatoire approprié,
  - o troisièmement, permet, enfin, qu'on lui prélève du sang pour le test de dépistage.

Il faut donc que ces trois conditions soient réunies pour qu'une femme enceinte fasse partie de l'échantillon de la sérosurveillance du PNLIS ; en 2002, année de référence de l'étude, les points d'investigation étaient en nombre limité et comprenaient sept centres de santé communaux ou maternités appelés "*sites sentinelles*" situés à Cotonou, Sèmè-Kpodji, Dogbo, Aplahoué, Savalou, Parakou, Djougou.

- les déclarations des cas de séropositivité ou de diagnostic de la maladie du SIDA sont désignées par "*notifications*" et dépendent de la bonne volonté de ceux qui en sont chargés.

La prévalence déterminée à partir des données recueillies sur un échantillon répondant à ces critères est ensuite infirmée ou confirmée par une enquête ponctuelle. Une fois que les taux obtenus sont vérifiés et confirmés par cette méthodologie de calcul, il est procédé à des projections sur la population de la commune, du département et du Bénin pour avoir les prévalences aux niveaux de la commune, du département et de la Nation. Les projections sont faites au moyen de techniques et logiciels statistiques fournis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ainsi, dans tous les pays membres de l'OMS, les méthodes de calcul de la prévalence du VIH seraient les mêmes.

Cependant, cette méthode qui a été retenue pour évaluer la prévalence du VIH du Bénin, appelle quelques observations qui portent sur le choix des communes, le choix des sites d'investigations, la représentativité des personnes consultées et l'existence d'autres limites.

## 1. Le choix des communes

### Le choix des communes appelle deux observations au moins

La première porte sur cette mention-ci inscrite dans le rapport 2002 : " ... les communes sont tirées avec une probabilité proportionnelle au nombre de grossesses attendues en 2002". Cette mention ne paraît pas suffisamment explicite. On peut lui reprocher des insuffisances en terme de clarté, car le rapport ne fournit pas au lecteur les outils nécessaires pour comprendre le calcul de la probabilité proportionnelle au nombre de grossesses, d'une part, ensuite le lien entre celle-ci et le choix des communes, d'autre part.

En d'autres termes, l'exposé de la méthode d'estimation de la prévalence du VIH au Bénin soulève un certain nombre d'interrogations importantes, notamment : Quelle est la probabilité de grossesses dans les 36 communes en 2002 ? Cette probabilité est-elle la même dans toutes les 36 communes retenues dans l'échantillon ? Le taux de fécondité est-il le même dans toutes les 36 communes ?

Dans le cas d'une hypothèse de taux de fécondité identique pour les 36 communes, il y aurait incohérence avec les données démographiques nationales (RGPH 2002) qui ne confirment pas cette hypothèse, à moins que, pour simplifier les calculs, il ait été décidé de rendre linéaires les taux de fécondité, d'un département à l'autre, et d'une commune à l'autre, sans distinction du caractère rural ou urbain des uns et des autres.

#### **Tableau A.O. :**

L'échantillon de prélèvement par rapport à la population testée

La seconde porte sur le nombre de communes retenues dans l'échantillon : trois communes par département sans autre explication que le choix aléatoire (dont il n'est pas expliqué en quoi il est aléatoire); en effet, pourquoi trois et non deux ou quatre ou cinq ?

Le département de la Donga ne comporte que quatre communes ; en prendre trois signifie que toute la Donga est dans l'échantillon, surtout que Ouaké est la moins peuplée des quatre communes.

Le département du Zou ou tout autre qui compte neuf ou huit communes n'est pas représenté dans l'échantillon dans la même proportion que la Donga.

Comment comprendre alors le cas du département du Littoral qui ne compte qu'une seule

Départements	Echantillon de prélèvement	Population testée	Effectif des personnes infectés
ALIBORI	1 215	1 184	09
ATACORA	1 648	1 615	21
ATLANTIQUE	1 547	1 547	36
BORGOU	1 636	1 636	47
COLLINES	1 325	1 324	16
COUFFO	1 194	1 184	35
DONGA	1 653	1 626	30
LITTORAL	1 711	1 672	40
MONO	1 382	1 377	40
OUEME	1 786	1 720	30
PLATEAU	1 078	1 069	15
ZOU	1 675	1 674	15
<b>TOTAL</b>	<b>17 850</b>	<b>17 628</b>	<b>334</b>
	<b>100%</b>	<b>98,76%</b>	<b>1,89%</b>

*Source* : PNLIS, 2002.

commune ? En admettant que le choix est raisonné plutôt qu'aléatoire, d'autres hypothèses ont dû être faites, et il aurait été intéressant de les exposer en préliminaire (population en général, ou population de femmes en âge de procréer en particulier, nombre de sites d'investigation, existence ou présence de personnel technique requis pour l'enquête, etc.).

## 2. Le choix des sites d'investigation

Le choix des sites appelle également quelques observations. Le lecteur impatient comprend que les prélèvements ont été effectués dans les (sept ou onze) sites sentinelles de sérosurveillance ; il serait alors fondé d'évoquer l'insuffisance manifeste, quant à la couverture nationale de ces sites. Mais plus loin, dans le rapport (page 39), il est écrit : "*...La présente étude (enquête 2002) a été réalisée dans 242 maternités et centres de soins prénatals publics, privés et confessionnels répartis dans les 36 communes sélectionnées de façon aléatoire à raison de 3 communes par département*". Cette donnée de travail corrige un tant soit peu l'insuffisance évidente qui peut être reprochée à l'échantillon des sites d'investigation. Cependant, la précision donnée sur la nature des sites d'investigation (maternités et centres de soins prénatals...) appelle d'autres observations.

## 3. L'échantillonnage des femmes : insuffisante représentativité

Les femmes échantillonnées ne sont pas représentatives par rapport à la population féminine, aussi bien au plan national qu'aux plans départemental et communal. En effet, globalement elles représentent à peine 1,0% de la population en âge de procréer. Au niveau des départements du Littoral, du Couffo et de l'Ouémé, ce taux est encore inférieur à 1,0%. Dans de telles conditions de sous-représentativité manifeste, il est difficile d'extrapoler les résultats obtenus sur la base de cet échantillon, et d'en déduire des taux significatifs au triple plan national, départemental et communal. Pour ces raisons, il serait plus exact et plus prudent d'énoncer que les taux exposés sont indicatifs et mériteraient d'être confirmés ou infirmés par une enquête sur un échantillon plus important et plus représentatif de la population.

## 4. La limite de la représentativité des taux calculés

La prévalence nationale (ou départementale, ou communale) ne peut être exacte si elle ne prend pas en compte les dépistages effectués par les laboratoires des centres communaux de santé, des hôpitaux, des cliniques privées et confessionnelles, des services départementaux de transfusion sanguine, etc. Le taux devrait également intégrer les notifications reçues même si le nombre de ces dernières est en deçà des réalités. Ces tests, qui portent en général sur les hommes et les femmes venus en dépistage volontaire, sur ceux envoyés par des médecins traitants, sur les femmes enceintes reçues dans les maternités, sur les donneurs volontaires de sang, sur les tuberculeux et sur d'autres catégories de personnes, peuvent permettre de corriger les taux officiels de prévalence du VIH.

Les prévalences du VIH portées à la connaissance de différents utilisateurs doivent être considérées comme indicatives ; en conséquence, elles doivent être utilisées avec beaucoup

de précautions, en attendant leur amélioration par les services compétents du Ministère de la santé publique.

### **5. Les autres limites de la méthode de calcul**

D'autres limites conduisent à s'interroger sur la validité de la méthode adoptée pour le calcul de la prévalence du VIH. Il s'agit de ce qui suit :

1. la méthode exclut tous les hommes, il est pourtant évident que l'infection les touche également ;
2. la méthode exclut en particulier, toutes les femmes en âge de procréer, sexuellement actives et qui ne sont pas enceintes au moment de l'enquête ;
3. les services offerts par les sites sentinelles sont abrités par des centres situés à des points précis d'un quartier de ville ou d'un village. Ces services ne couvrent donc pas toute la commune.

Il n'est pas aisé de mener, sans risque de redondance, une enquête de séropositivité plus précise sur toute la population béninoise en distinguant ses différentes composantes. Cependant, pour minimiser les risques d'erreurs quant à la validité des estimations et des calculs, il conviendrait d'explorer les possibilités d'amélioration de la méthode d'estimation de la séroprévalence au Bénin.

## A.1. Note méthodologique et limites de l'enquête auprès des PVVIH

Les analyses réalisées ont été essentiellement descriptives, avec l'introduction par endroit de tests statistiques pour vérifier la consistance de certains constats. Un apurement a été nécessaire avec le recours aux questionnaires dans certains cas pour réduire au mieux les pertes d'informations liées aux valeurs manquantes.

Les revenus et dépenses diversement collectés (journalier, mensuel, saisonnier, annuel, hebdomadaire) ont été transformés en revenus annuels pour faciliter le traitement. L'analyse du statut de pauvreté s'est faite sur la base des conditions d'existence (caractéristiques de l'habitat, patrimoine, revenus). Un indicateur composite de pauvreté a été construit à l'aide d'une analyse en correspondance multiple.

Il est utile de mentionner que l'analyse s'est faite sur la base d'une hypothèse importante qui ressort de l'enquête: *"les PVVIH et malades du SIDA enquêtés ont été infectés par voie sexuelle"*. Les diverses analyses drainent cette limite qui découle de la réalisation de l'enquête.

Par ailleurs, très peu d'informations sont disponibles dans la base pour apprécier les conséquences de la séropositivité des PVVIH et malades du SIDA sur leur niveau de vie, la vie communautaire et le moral des personnes qui sont à leur charge. Il en est de même de l'appréciation de la contribution des PVVIH à la vie économique de leurs communautés.

## A.2. Démarche méthodologique dans les zones de forte prévalence du VIH

La démarche méthodologique retrace les objectifs assignés à l'enquête, l'approche méthodologique utilisée pour la conduite des principales phases de l'enquête, la synthèse des études existantes et la méthode d'analyse.

### A.2.1. Objectifs

Il s'agit, par cette enquête, d'analyser les conséquences du VIH/SIDA au niveau des personnes âgées de 10 à 45 ans et de justifier leur place dans la lutte contre le VIH/SIDA dans une perspective du développement humain durable (DHD).

De façon spécifique, il s'agira de :

- démontrer que les jeunes de 10 à 29 ans sont plus exposés à l'épidémie du VIH/SIDA en distinguant les plus jeunes (10 à 12 ans), les adolescents (de 13 à 19 ans) et les jeunes (20 à 29 ans) ;
- analyser le niveau d'information des jeunes sur le VIH/SIDA et examiner quelles sont les conséquences qu'un faible niveau d'information ou une absence totale d'information des jeunes pourraient avoir sur le développement humain au Bénin ;

- analyser la vulnérabilité des jeunes filles par rapport à celle des jeunes garçons ;
- analyser les facteurs qui expliquent la vulnérabilité de la couche juvénile et en déduire les retombées de la participation des jeunes à la lutte contre le VIH/SIDA ;
- mettre en évidence les conséquences psychologiques du VIH/SIDA au niveau des jeunes ;
- démontrer comment une politique plus efficace de lutte contre le VIH/SIDA peut se fonder sur les jeunes.

La réalisation de ces objectifs passe par la mise en œuvre d'une méthodologie spécifique.

### **A.2.2. Approche méthodologique**

La démarche préconisée se décline en trois étapes :

- une première étape a consisté à exploiter toute la documentation disponible auprès des structures telles que le Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), le Projet plurisectoriel de lutte contre le SIDA, le centre d'information communautaire, le Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA, le Projet d'appui à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles (PASNALS), le PSI, le Projet CORRIDOR, etc ;
- la seconde étape a été celle de la conduite d'entretiens directs avec les responsables des structures en charge de la veille stratégique (prévention) ou de la prise en charge (matérielle, médicale et/ou psychologique) pour une collecte d'informations permettant une vue globale du diagnostic de la prévalence du VIH au niveau des jeunes ;
- la troisième étape a consisté en une enquête par sondage dans la zone d'étude en vue de compléter les données nécessaires pour répondre à toutes les questions soulevées.

L'enquête a concerné les personnes âgées de 10 à 45 ans des deux sexes. La situation démographique de ce groupe d'âge au niveau de la zone d'étude se présente comme suit :



**Tableau A.1. :**

La situation démographique en 2002 des individus âgés de 10 à 45 ans

	Population de 10-29			Population de 30-45			Nombre de ménage		
	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural
<b>PARAKOU</b>	<b>66 788</b>	<b>66 788</b>	<b>0</b>	<b>26 262</b>	<b>26 262</b>	<b>0</b>	<b>25 962</b>	<b>25 962</b>	<b>0</b>
1er Arrond.	28 656	28 656	0	11 815	11 815	0	11 539	11 539	0
2ème Arrond.	20 827	20 827	0	7 976	7 976	0	8 039	8 039	0
3ème Arrond.	17 305	17 305	0	6 471	6 471	0	6 384	6 384	0
<b>APLAHOUE</b>	<b>44 276</b>	<b>7 887</b>	<b>36 389</b>	<b>17 766</b>	<b>3 379</b>	<b>14 387</b>	<b>19 932</b>	<b>3 898</b>	<b>16 034</b>
ATOME	5 037	0	5 037	1 994	0	1 994	2 156	0	2 156
AZOVE	9 768	0	9 768	3 733	0	3 733	4 774	0	4 774
DEKPO	5 910	0	5 910	2 459	0	2 459	2 531	0	2 531
GODOHOU	4 482	0	4 482	1 717	0	1 717	1 834	0	1 834
KISSAMEY	7 441	0	7 441	2 994	0	2 994	3 175	0	3 175
LONKLY	3 751	0	3 751	1 490	0	1 490	1 564	0	1 564
APLAHOUE	7 887	7 887	0	3 379	3 379	0	3 898	3 898	0
<b>COME</b>	<b>23 729</b>	<b>12 867</b>	<b>10 862</b>	<b>9 489</b>	<b>4 968</b>	<b>4 521</b>	<b>13 317</b>	<b>6 952</b>	<b>6 365</b>
AGATOGBO	3 606	0	3 606	1 461	0	1 461	2 427	0	2 427
AKODEHA	3 765	0	3 765	1 478	0	1 478	1 837	0	1 837
OUEDEME- PEDAH	2 177	0	2 177	998	0	998	1 220	0	1 220
OUMAKO	1 314	0	1 314	584	0	584	881	0	881
COME	12 867	12 867	0	4 968	4 968	0	6 952	6 952	0

*Source* : RGPH3, 2002.

Les individus enquêtés ont été repérés dans les ménages. Il a été procédé pour cette raison à un tirage des ménages au sein desquels les personnes de 10 à 45 ans ont été enquêtées. Le mode de tirage utilisé pour sélectionner les ménages est le tirage à deux degrés. Au premier degré, il a été tiré des zones de dénombrement (ZD). Le nombre de ZD est déterminé à partir du ratio 10 ménages par ZD qu'on se fixe. Les ZD sont tirées de façon proportionnelle à leur effectif en nombre de personnes âgées de 10 à 45 ans. Au sein des ZD tirées, il a été sélectionné de façon systématique 10 ménages par ZD en fonction des cahiers de dénombrement des ZD élaborés à partir de la cartographie du RGPH3.

La répartition des ménages échantillons suivant les trois communes se présente comme suit :

**Tableau A.2 :**

L'échantillon dans les trois communes

	Population mère et échantillon		Echantillon ménage		Ménage		ZD	
	Population 10-45 ans	Echantillon	Nombre moyen	Echantillon ménage	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Parakou	93 050	1146	4	320	320		32	
Aplahoué	40 471	499	3	160	31	129	16	3
Comé	28 803	355	2	142	74	68	14	7
Total	162 324	2000		622	425	197	62	42

*Source* : Enquête RNDH 2005.

Le questionnaire individuel adressé aux personnes âgées de 10 à 45 ans est utilisé pour enregistrer les informations concernant les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés (âge, sexe, niveau d'instruction, situation matrimoniale, religion, nationalité, occupation), les informations relatives au mariage et à l'activité sexuelle et celles liées aux connaissances, attitudes et pratiques par rapport au VIH/SIDA.

L'enquête a été exécutée par une équipe de 15 agents enquêteurs sous la responsabilité de deux contrôleurs. Après la formation des 15 agents enquêteurs et des deux contrôleurs qui a eu lieu les 4 et 5 juin 2005 à Cotonou, deux équipes ont été constituées ayant pour mission la collecte des données de l'enquête Jeunesse et développement humain durable et celle relative aux ménages ayant en charge des orphelins du SIDA dans les communes de Parakou, Aplahoué et Comè. Une équipe de 6 personnes sous la responsabilité d'un contrôleur est chargée de l'enquête au niveau de Parakou et le reste des enquêteurs est réparti entre la commune d'Aplahoué et de Comé.

Il faut signaler qu'en marge de cette enquête, une enquête sur les conditions de vie des ménages ayant à charge des enfants orphelins du VIH/SIDA a été conduite. Cette enquête s'est basée sur les informations relatives à l'existence des ménages remplissant ce critère. Ces informations ont pu être obtenues avec la bienveillante collaboration des ONG et du personnel des centres de santé dans les différentes localités. Plusieurs ménages identifiés ont refusé de se prêter aux interviews pendant que d'autres n'ont même pas accepté la rencontre des enquêteurs pratiquement négociée par nos intermédiaires (ONG et agents de santé). Au total, pour cette enquête, 59 ménages ont été interviewés.

**Tableau A.3. :**  
L'espérance de vie en 2002 par département et selon le genre

	ESPERANCE DE VIE 2002		
	Ensemble	Masculin	Féminin
<b>BENIN</b>	<b>59,2</b>	<b>56,8</b>	<b>61,2</b>
ALIBORI	56,5	53,8	58,4
ATACORA	57,4	55,2	57,6
ATLANTIQUE	60,5	57,9	63,5
BORGOU	59,3	57,3	61,0
COLLINES	60,1	58,3	62,5
COUFFO	57,8	55,7	58,1
DONGA	60,3	59,4	62,0
LITTORAL	59,3	55,6	62,8
MONO	59,8	58,2	60,7
OUEME	59,1	56,3	61,4
PLATEAU	58,6	55,8	60,9
ZOU	59,6	56,7	62,8

Source : RGPH 2002.

**Tableau A.4. :**  
L'indice d'espérance de vie en 2002

	Indice de l'espérance de vie		
	Ensemble	Masculine	Féminine
<b>BENIN</b>	<b>0,569</b>	<b>0,554</b>	<b>0,580</b>
ALIBORI	0,524	0,502	0,534
ATACORA	0,539	0,526	0,522
ATLANTIQUE	0,591	0,572	0,616
BORGOU	0,571	0,562	0,577
COLLINES	0,586	0,580	0,600
COUFFO	0,547	0,534	0,530
DONGA	0,588	0,599	0,592
LITTORAL	0,571	0,533	0,605
MONO	0,581	0,578	0,571
OUEME	0,568	0,545	0,583
PLATEAU	0,560	0,535	0,574
ZOU	0,577	0,551	0,604

Source : Calculs à partir des données du RGPH 2002.

**Tableau A.5. :**  
L'indice d'instruction en 2004

	Indice d'instruction		
	Ensemble	Masculine	Féminine
<b>BENIN</b>	<b>0,431</b>	<b>0,494</b>	<b>0,359</b>
ALIBORI	0,352	0,394	0,301
ATACORA	0,339	0,377	0,284
ATLANTIQUE	0,463	0,527	0,389
BORGOU	0,348	0,378	0,312
COLLINES	0,493	0,554	0,434
COUFFO	0,372	0,474	0,275
DONGA	0,398	0,459	0,319
LITTORAL	0,741	0,823	0,653
MONO	0,578	0,676	0,475
OUEME	0,551	0,642	0,444
PLATEAU	0,396	0,458	0,322
ZOU	0,419	0,490	0,347

Source : Calculs à partir des données de l'enquête RNDH 2005.

**Tableau A.6. :**  
La scolarisation en 2004

	SCOLARISATION 2004 (%)		
	Ensemble	Masculin	Féminin
<b>BENIN</b>	<b>58,6</b>	<b>61,3</b>	<b>55,1</b>
ALIBORI	44,7	48,7	39,4
ATACORA	52,0	54,6	48,1
ATLANTIQUE	70,1	72,2	67,1
BORGOU	45,7	45,0	46,5
COLLINES	65,1	66,3	63,8
COUFFO	58,0	63,6	51,7
DONGA	51,2	52,4	49,5
LITTORAL	85,2	87,7	82,2
MONO	73,8	75,5	71,6
OUEME	70,5	76,3	63,2
PLATEAU	56,0	59,8	51,7
ZOU	59,7	63,6	55,6

Source : Calculs à partir des données de l'enquête RNDH 2005.

**Tableau A.7. :**  
L'alphabétisation en 2004

	ALPHAGETISATION 2004 (%)		
	Ensemble	Masculin	Féminin
<b>BENIN</b>	<b>35,4</b>	<b>43,4</b>	<b>26,4</b>
ALIBORI	30,5	34,7	25,5
ATACORA	24,8	29,3	18,6
ATLANTIQUE	34,4	42,9	24,8
BORGOU	29,4	34,2	23,5
COLLINES	41,4	49,9	33,2
COUFFO	26,8	39,3	15,4
DONGA	34,2	42,6	23,1
LITTORAL	68,5	79,6	56,9
MONO	49,8	63,7	35,5
OUEME	47,4	58,1	35,0
PLATEAU	31,4	38,8	22,4
ZOU	33,0	41,7	24,2

*Source* : Calculs à partir des données de l'enquête RNDH 2005.

**Tableau A.8. :**  
L'indice du PIB en 2004

	Indice du PIB		
	Ensemble	Masculine	Féminine
<b>BENIN</b>	<b>0,401</b>	<b>0,407</b>	<b>0,364</b>
ALIBORI	0,337	0,337	0,348
ATACORA	0,373	0,377	0,325
ATLANTIQUE	0,371	0,381	0,312
BORGOU	0,397	0,400	0,317
COLLINES	0,411	0,423	0,368
COUFFO	0,421	0,433	0,348
DONGA	0,427	0,427	0,385
LITTORAL	0,547	0,544	0,558
MONO	0,397	0,403	0,362
OUEME	0,461	0,469	0,426
PLATEAU	0,379	0,390	0,298
ZOU	0,313	0,326	0,267

*Source* : Calculs à partir des données de l'enquête RNDH 2005.

**Tableau A.9. :**  
Le revenu en 2004

	REVENU EN FCFA 2004			REVENU EN \$ PPA 2004		
	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin
<b>BENIN</b>	<b>398 417</b>	<b>413 032</b>	<b>320 678</b>	<b>1102</b>	<b>1142</b>	<b>887</b>
ALIBORI	273 049	272 728	290 721	755	754	804
ATACORA	337 294	345 539	253 585	933	956	701
ATLANTIQUE	332 902	353 712	234 972	921	978	650
BORGOU	389 981	397 901	242 183	1079	1101	670
COLLINES	423 538	456 753	327 845	1171	1263	907
COUFFO	449 929	482 565	291 512	1244	1335	806
DONGA	467 116	468 025	363 647	1292	1295	1006
LITTORAL	959 470	942 846	1 023 563	2654	2608	2831
MONO	390 765	405 128	316 566	1081	1121	876
OUEME	570 924	599 074	462 943	1579	1657	1280
PLATEAU	350 499	374 793	215 495	969	1037	596
ZOU	236 008	255 684	179 047	653	707	495

*Source* : Résultats de l'enquête RNDH 2005.

**Tableau A.10. :**  
Les valeurs minimales et maximales pour le calcul de l'IDH

<i>Critères</i>	<i>Valeur maximale</i>	<i>Valeur minimale</i>
Espérance de vie à la naissance (années)	85	25
Taux d'alphabétisation des adultes (%)	100	0
Taux brut de scolarisation combiné (%)	100	0
Revenu estimé du travail (en PPA)	40 000	100

*Source* : Rapport Mondial sur le Développement Humain-2001.

**Tableau A.11. :**  
Les déterminants de l'utilisation du préservatif

	Odds ratio	Erreur standard.	Statistique de Wald	ddl	Signifi.	Rapport de chance
<i>Localisation</i>						
Parakou						
Aplahoué	-0,96	0,66	2,15	1	0,14	0,38
Comé	1,24	0,51	5,97	1	0,01	3,45***
<i>Sexe de l'individu</i>						
Masculin						
Féminin	0,75	0,41	3,37	1	0,07	2,12* <sup>1</sup>
<i>Niveau d'instruction</i>						
Aucun niveau						
Primaire	-1,05	0,52	4,02	1	0,05	0,35*
Secondaire ou plus	-0,43	0,46	0,86	1	0,35	0,65
<i>Ecoute de la radio</i>						
Chaque jour						
Une fois par semaine	0,40	0,92	0,19	1	0,66	1,49
Moins d'une fois par semaine	0,58	0,99	0,34	1	0,56	1,78
Pas du tout	0,34	1,27	0,07	1	0,79	1,41
<i>Ecoute de la télévision</i>						
Chaque jour						
Une fois par semaine	-0,40	0,52	0,61	1	0,44	0,67
Moins d'une fois par semaine	-0,06	0,57	0,01	1	0,91	0,94
Pas du tout	-0,30	0,60	0,24	1	0,62	0,74
<i>Religion</i>						
Traditionnelle						
Islamique	2,71	1,62	2,80	1	0,09	15,08*
Catholique	3,30	1,75	3,56	1	0,06	27,04*
Protestant méthodiste	3,53	1,62	4,72	1	0,03	34,14**
Autre chrétien	3,68	1,75	4,44	1	0,04	39,75**
Autre	3,03	1,66	3,35	1	0,07	20,77*
Aucune	2,27	2,14	1,13	1	0,29	9,72
<i>Occupation</i>						
Oui						
Non	-0,14	0,54	0,07	1	0,80	0,87
<i>Situation matrimoniale</i>						
Marié						
Veuf	-0,66	0,86	0,58	1	0,45	0,52
Divorcé	-5,60	13,97	0,16	1	0,69	0,00
Séparé	-2,15	4,27	0,25	1	0,61	0,12
Célibataire	-3,27	1,73	3,57	1	0,06	0,04
Nbre moyen de rap. Sex.	-0,04	0,06	0,40	1	0,53	0,97
Age au carré	0,00	0,00	7,04	1	0,01	1,00*
<i>Catégorie d'âges</i>						
Jeunes (10-29 ans)						
Adultes (30-45 ans)	0,14	0,57	0,06	1	0,81	1,15
<i>Type de relation</i>						
Epouse						
Petite amie/fiancé	-6,48	1,70	14,59	1	0,00	0,00*
Autre ami	-4,18	1,77	5,56	1	0,02	0,02*
Rencontre occasionnelle	-3,74	1,71	4,81	1	0,03	0,02*

*Source* : Résultats d'un modèle de régression à partir des données de l'enquête RNDH 2005.

L'analyse du tableau A.11 fait ressortir les faits marquants ci-après :

- les religions modernes (islam et christianisme) ont une influence positive sur leurs adeptes du point de vue de l'utilisation du préservatif. A titre d'illustration, les individus appartenant aux religions modernes ont au moins 15 fois plus de chance d'utiliser le préservatif que leurs homologues des religions traditionnelles, toutes choses étant égales par ailleurs. Même ceux qui ont déclaré ne pas être adeptes d'une religion dégagent 9 fois plus de chance d'utiliser le préservatif que leurs homologues des religions traditionnelles. Au regard de ce résultat, on peut déduire que les religions traditionnelles méritent une attention particulière dans les stratégies d'IEC dans les zones à forte prévalence ;
- les habitants de la commune de Comé ont eu 3 fois plus d'opportunités d'utiliser un préservatif par rapport à leurs homologues de la commune de Parakou ; ceux de la commune d'Aplahoué ne présentent pas de différences significatives avec leurs homologues de la commune de Parakou ;
- le type de relation influence significativement, comme on pouvait s'y attendre, l'utilisation du préservatif ;
- dans les trois communes ayant fait l'objet de l'enquête, plus le niveau d'instruction augmente, plus les chances d'utiliser le préservatif sont réduites ; on peut observer à titre d'illustration que les enquêtés ayant le niveau primaire ont 3 fois moins d'opportunité d'utiliser un préservatif que leurs homologues n'ayant aucun niveau d'instruction ; ceux ayant le niveau secondaire ne présentent pas de différence significative avec le groupe de référence bien que l'utilisation du préservatif soit moins intense au niveau des individus ayant un niveau secondaire ;
- les femmes sont plus enclines à exiger l'utilisation du préservatif que leurs homologues du sexe masculin. Le rapport de chance est de 2 fois plus élevé au niveau des femmes ;
- l'accès aux informations et aux autres programmes des médias, la situation matrimoniale et la catégorie d'âges (10-29 ans et 30-45 ans) n'influencent pas l'utilisation du préservatif.

**Tableau A.12. :**

L'incidence de la pauvreté par département et par milieu de résidence

Départements & milieux	1999/2000			2002			IPH (2002)
	Incidence (P0)	Profondeur (P1)	Sévérité (P2)	Incidence (P0)	Profondeur (P1)	Sévérité (P2)	
<b>Départements</b>							
Alibori	0,274	0,053	0,016	0,340	0,118	0,056	65,7
Atacora	0,230	0,046	0,016	0,433	0,149	0,071	60,9
Atlantique	0,303	0,078	0,027	0,194	0,078	0,046	42,6
Borgou	0,448	0,156	0,071	0,242	0,101	0,063	55,0
Collines	0,255	0,092	0,042	0,256	0,084	0,044	47,2
Couffo	0,469	0,136	0,059	0,277	0,095	0,048	54,7
Donga	0,267	0,061	0,021	0,364	0,119	0,060	60,9
Littoral	0,298	0,131	0,081	0,095	0,037	0,021	20,5
Mono	0,181	0,038	0,012	0,402	0,166	0,097	44,9
Ouémé	0,211	0,054	0,020	0,354	0,180	0,127	44,1
Plateau	0,318	0,088	0,034	0,373	0,132	0,070	51,7
Zou	0,159	0,025	0,007	0,349	0,114	0,062	46,9
<b>Milieu de résidence</b>							
Urbain	0,233	0,069	0,030	0,236	0,107	0,069	
Rural	0,330	0,094	0,034	0,316	0,110	0,058	
<b>Bénin</b>	<b>0,296</b>	<b>0,087</b>	<b>0,039</b>	<b>0,284</b>	<b>0,109</b>	<b>0,063</b>	<b>48,9</b>

*Source* : Calculs effectués par l'INSAE à partir des bases de données de ELAM9, ECVR2, Enquête QUIBB, 2002

**Tableau A.13. :**

Les indices de pauvreté selon le genre et le niveau d'instruction du chef de ménage

Catégorie	1999/2000			2002		
	Incidence (P0)	Profondeur (P1)	Sévérité (P2)	Incidence (P0)	Profondeur (P1)	Sévérité (P2)
Genre						
Masculin	0,304	0,087	0,037	0,287	0,108	0,061
Féminin	0,246	0,069	0,029	0,269	0,113	0,069
Niveau d'instruction						
Aucun	0,312	0,092	0,040	0,331	0,119	0,065
Primaire	0,253	0,073	0,031	0,288	0,120	0,074
Secondaire et technique	0,208	0,061	0,028	0,175	0,079	0,050
Supérieur	0,208	0,061	0,028	0,063	0,021	0,014

*Source* : RGPH 3.



## Annexe 3 : Description du processus d'élaboration du RNDH-2005

Les Rapports nationaux sur le développement humain (RNDH) du Bénin ne sont pas seulement de simples publications. Elles ont pour vocation de servir de médias pour un plaidoyer permanent en vue d'une utilisation accrue des principes du "*développement humain durable (DHD)*" dans les politiques et stratégies de développement et de lutte contre la pauvreté. Le DHD est un processus de changements ayant pour finalité l'épanouissement de l'Homme et exploitant les ressources environnementales de manière à ne compromettre leur disponibilité pour les générations futures. Il s'agit d'élargir les possibilités des individus et de renforcer leurs capacités en accordant la priorité aux personnes les plus défavorisées.

Le présent Rapport est le septième d'une série de Rapports élaborés et publiés officiellement depuis 1997 en collaboration avec les structures nationales. Les thèmes abordés ont été les suivants :

- 1 ) 1997 : Lutte contre la Pauvreté
- 2 ) 1998 : Habilitation de la Femme
- 3 ) 1999 : Création d'emplois durables
- 4 ) 2000 : Gouvernance
- 5 ) 2001 : Développement régional et défis de la décentralisation
- 6 ) 2003 : Financement du développement humain
- 7 ) 2005 : VIH/SIDA et développement humain.

C'est en 2004, que le PNUD-Bénin, dans le but de renforcer la contribution des RNDH à la réflexion nationale sur les politiques et stratégies nationales, a décidé de faire de l'élaboration des RNDH et de la diffusion du concept DHD un projet dénommé "*Projet d'appui à la mise en place d'un dispositif d'appropriation du concept du RNDH*" et placé sous la tutelle du PNUD et du Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances. Ce projet s'inscrit dans le cadre du Programme Pays pour le cycle 2004-2008 et vise à renforcer les capacités nationales d'analyse et de conception des politiques et stratégies de lutte contre la pauvreté dans la perspective de vulgariser le paradigme du Développement Humain Durable (DHD).

Le cadre institutionnel, prévu pour l'année 2005 est composé du Comité Consultatif, du Comité Exécutif, du Comité de Rédaction et du Comité de relecture. Il est révisable sur la base des enseignements tirés au fur et à mesure de l'élaboration des RNDH. Il devrait ainsi évoluer vers la consolidation d'un dispositif national d'élaboration des RNDH avec le PNUD n'intervenant que pour l'assistance technique. Ce cadre institutionnel vise la mise en œuvre d'un partenariat stratégique entre différentes structures nationales habilitées à produire des rapports de qualité, en l'occurrence la Direction de la Planification Stratégique (DPS), la Direction de la Coordination des Ressources Extérieures (DCRE), la Direction de la Programmation des Investissements (DPI), la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey Calavi, la FASEG de l'Université de Parakou, la Cellule d'Analyse de Politique Economique (CAPE), l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), l'Observatoire de Changement Social (OCS), le Comité National de Développement et de Lutte contre la Pauvreté (CNDLP), le Bureau des RMDH et RNDH au siège du PNUD à New York ainsi que des personnes ressources.

Le thème choisi pour le RNDH 2005 est " *VIH/SIDA et Développement Humain Durable* ". Pour cette édition, il s'agit d'analyser les interdépendances qui existent entre l'épidémie du SIDA et le processus de développement humain au Bénin. Après le choix du thème qui a suivi un long processus participatif incluant les cadres du PNUD-Bénin, une équipe de projet a été recrutée en janvier 2005 et l'élaboration du RNDH-édition 2005 a effectivement commencé en avril 2005. L'équipe du projet est composée d'une Directrice nationale, d'un Chargé de projet, d'un Expert statisticien, d'un Comptable et d'un Conducteur de véhicule.

Plusieurs rencontres ont réuni le Ministère du développement, de l'économie et des finances, le PNUD et le Comité consultatif en vue d'assurer la qualité et le caractère participatif de l'élaboration du RNDH. Au nombre de ces rencontres, il faut noter la première réunion avec les membres du Comité consultatif le 14 avril 2005. A cette séance de travail, les thèmes des études de bases ont été présentés et discutés. Les observations des participants ont été ainsi recueillies et prises en compte dans la suite de l'élaboration du RNDH 2005.

Les premières études de base ont ainsi démarré au mois de mai 2005. Les premiers rapports intermédiaires des études de base ont été réceptionnés à partir de juillet 2005 et les derniers en septembre 2005. L'enquête ayant eu pour thème " Meilleure connaissance des PVVIH et des malades du SIDA " a débuté en juin 2005 et s'est achevée en juillet 2005. Elle a été immédiatement suivie de la saisie et du traitement des données. Il faut noter à ce stade la contribution appréciable des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), notamment dans les phases d'élaboration des termes de référence, d'enquête et de validation des résultats.

Une autre grande étape de l'élaboration du RNDH 2005 fut l'atelier technique de Ouèdo qui s'est déroulé du 04 au 06 octobre 2005. Après une exploitation judicieuse des études de base et des résultats de l'enquête, une première version du RNDH fut proposée le 10 août et soumise à l'atelier de Ouèdo. Cet atelier a été l'occasion de recueillir les observations des professionnels de la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin, notamment les professionnels du Fonds mondial, du Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) et du Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS), ainsi que celles des représentants du Réseau Béninois des Associations des Personnes vivant avec le VIH (RéBAP+).

Les jours qui ont suivi l'atelier de Ouèdo ont été riches en échanges. Des séances de travail ont été organisées ainsi que des interviews très fructueuses avec des personnes-ressources au niveau de plusieurs structures. Ainsi, au niveau du PNLS, trois responsables ont reçu l'équipe du projet pendant près d'une semaine et ont parcouru, page par page, phrase après phrase, le RNDH 2005. Des informations ont été complétées et plusieurs analyses ont été revues.

De même, l'équipe du projet RNDH a été longuement reçue par la Coordinatrice du Programme de Promotion de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle, par la Spécialiste en VIH/SIDA au Projet plurisectoriel de lutte contre le SIDA (PPLS), et par une équipe de trois cadres du Projet SIDA 3. Elle a également rencontré des Guérisseurs traditionnels tant à Porto-Novo qu'à Ouidah. A l'occasion de ces différentes rencontres, l'équipe du projet a abordé avec ses interlocuteurs différents aspects de la lutte contre le VIH/SIDA. Les entretiens ont porté sur : (i) la contribution de la pharmacopée et de la Médecine traditionnelle à la lutte contre le VIH/SIDA ; (ii) le rôle des professionnelles du

sexe dans la propagation de l'épidémie du VIH/SIDA ; (iii) et la pertinence des réponses apportées à différents défis posés par le VIH/SIDA.

Certaines observations, notamment celles du PNLS, du PNUD et du Ministère du développement, de l'économie et des finances, ont conduit à des modifications substantielles des analyses initialement dégagées. D'autres, notamment celles du PNUD et de la Direction de tutelle du projet ont conduit à des restructurations importantes, faisant ainsi de l'élaboration du RNDH un carrefour où se sont rencontrées et fusionnées diverses opinions et sensibilités.

Après la synthèse et l'intégration des amendements retenus, il a été possible de proposer une nouvelle version du projet de RNDH. Cette version a été soumise à une lecture attentive d'un groupe restreint de personnes ressources du Ministère du développement, du PNUD, des Universités et de la société civile. C'est à l'issue de cet exercice que l'atelier de validation s'est tenu le 30 novembre 2005. Cet atelier a permis de finaliser le RNDH 2005 et de l'approuver pour son lancement officiel.

La version issue de la validation finale a reçu l'approbation de Madame Valentine Kiki F. Médégar, Secrétaire permanent du CNLS. Cependant, des discussions fondées sur des mobiles divers et des changements successifs intervenus à la tête du PNUD, du CNLS et du Ministère de tutèle ont conduit peu à peu à un retard important dans l'organisation du lancement officiel du RNDH 2005.

# TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et abréviations.....	ix
Liste des graphiques.....	xi
Liste des encadrés.....	xi
Liste des tableaux.....	xii
Préface.....	xvii
Remerciements.....	xix
La voix des personnes vivant avec le VIH au Bénin.....	xxiii
Vue d'ensemble .....	xxv

## Introduction générale

De la lutte contre le VIH/SIDA à la préservation du potentiel de développement humain durable (DHD).....	1
--	---

## Chapitre 1

L'évolution du VIH/SIDA s'explique-t-elle par le faible niveau du développement humain ? .....	9
---	---

1.1. La problématique des conséquences du sous-développement humain sur la propagation de l'épidémie du VIH/SIDA .....	10
1.1.1. Le sous-développement humain et la pauvreté humaine favorise l'épidémie du VIH/SIDA.....	10
1.1.2. Les femmes, particulièrement les plus jeunes, sont aussi plus vulnérables à l'épidémie .....	12
1.2. La faiblesse du niveau du développement humain en tant que facteur d'aggravation de l'épidémie du VIH/SIDA .....	14
1.2.1. Le développement humain au Bénin, en Afrique et dans le reste du monde .....	14
1.2.1.1. La situation globale de l'indicateur du développement humain .....	15

1.2.1.2. Les inégalités entre les blocs de pays .....	16
1.2.1.3. La comparaison des composantes de l'indicateur du développement humain dans quelques pays.....	16
1.2.2. La situation et l'évolution de l'indicateur du développement humain.....	18
1.2.2.1. Le développement humain au niveau départemental .....	18
1.2.2.2. Les inégalités de genre .....	19
1.2.2.3. Les composantes de l'indicateur du développement humain.....	20
1.2.3. L'indicateur du développement humain et la société au Bénin.....	30
1.2.3.1. La discrimination et l'exclusion .....	30
1.2.3.2. La stigmatisation .....	35
1.2.3.3. Le SIDA et le droit.....	37
1.2.4. L'insuffisance du développement humain et le VIH/SIDA au Bénin.....	39
1.3. Les dimensions du développement humain influant sur le VIH/SIDA .....	40
1.3.1. Les contraintes à la lutte contre le VIH/SIDA et au développement humain.....	40
1.3.1.1. Un fort déficit en matière d'instruction .....	40
1.3.1.2. De graves déficiences en matière de couverture géographique des activités et des infrastructures .....	42
1.3.1.3. La pauvreté ambiante .....	43
1.3.1.4. Les mouvements de populations .....	45
1.3.2. Les atouts pour la lutte contre le VIH/SIDA .....	47
1.3.2.1. Le cadre institutionnel décentralisé jusqu'au niveau village .....	48
1.3.2.2. Un mouvement communautaire dynamique .....	48
1.3.2.3. Un cadre administratif décentralisé .....	50
1.3.2.4. L'existence de médias de proximité, notamment des émissions radiophoniques très prisées. ....	52
1.4. Conclusion partielle .....	54

## Chapitre 2

### Le VIH/SIDA influence-t-il le niveau du développement humain ?..... 57

2.1. L'évolution de l'indicateur du développement humain avec et sans SIDA .....	58
2.1.1. L'impact global de l'épidémie du VIH/SIDA sur les dimensions essentielles du développement humain .....	58

2.1.2. L'impact de l'épidémie du VIH/SIDA sur les autres dimensions du développement humain .....	61
2.1.2.1. L'impact démographique du VIH/SIDA .....	62
2.1.2.2. L'impact psychologique du SIDA est peu pris en compte .....	63
2.1.2.3. L'impact du SIDA sur le fonctionnement des services de santé .....	63
2.1.2.4. L'impact du SIDA sur le fonctionnement des services d'éducation .....	65
2.1.2.5. L'impact du SIDA sur le monde du travail et sur la croissance économique .....	66
2.1.2.6. L'impact du VIH/SIDA sur la pauvreté .....	66
2.2. Les comportements sexuels et l'exposition à l'infection par le VIH .....	67
2.2.1. Les groupes cibles .....	67
2.2.2. L'activité sexuelle .....	70
2.2.3. L'âge aux premiers rapports sexuels et à la première union .....	71
2.2.4. Les attitudes et les pratiques de prévention .....	72
2.2.4.1. L'utilisation du préservatif avant la vie en couple .....	73
2.2.4.2. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel .....	74
2.2.4.3. Les déterminants de l'utilisation du préservatif dans une zone à forte prévalence .....	74
2.2.4.4. L'attitude vis-à-vis du test de dépistage du VIH .....	75
2.2.5. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA .....	75
2.2.5.1. La situation démographique des PVVIH .....	76
2.2.5.2. Le niveau de vie et le statut de pauvreté des PVVIH .....	77
2.2.6. La prise en charge des enfants orphelins du VIH/SIDA .....	79
2.2.7. La répartition géographique des interventions .....	81
2.3. L'impact de la lutte contre le VIH/SIDA sur le développement humain.....	84
2.3.1. L'analyse dynamique de la surveillance épidémiologique .....	84
2.3.2. Les déterminants de la propagation du VIH/SIDA .....	87
2.3.3. L'indicateur d'impact/effets du VIH/SIDA sur le développement humain : une proposition .....	89
2.3.4. Le rôle des acteurs dans la nouvelle stratégie .....	96
2.3.4.1. L'État .....	96

2.3.4.2. Les collectivités décentralisées .....	99
2.3.4.3. Le mouvement communautaire .....	99
2.3.4.4. Le rôle de la jeunesse dans la prévention du VIH/SIDA .....	100
2.3.4.5. Les partenaires au développement .....	104
2.4. Conclusion partielle .....	105

### Chapitre 3

#### Les actions de lutte contre le VIH/SIDA dans la perspective du développement humain..... 107

3.1. Les performances du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA par rapport au DHD .....	108
3.1.1. Les performances des interventions s'appliquant à toute la population .....	108
3.1.1.1. La communication pour un changement de comportement .....	109
3.1.1.2. La prise en charge des infections sexuellement transmissibles .....	110
3.1.1.3. La promotion de l'utilisation du préservatif .....	111
3.1.1.4. La prévention de la transmission du VIH par voie sanguine .....	112
3.1.2. Les interventions ciblant des groupes de populations spécifiques .....	113
3.1.2.1. Les jeunes .....	113
3.1.2.2. Les femmes .....	114
3.1.2.3. Les orphelins et enfants vulnérables .....	115
3.1.2.4. La population mobile .....	116
3.1.2.5. Les professionnelles du sexe (PS).....	118
3.1.2.6. Le personnel de la force publique .....	120
3.1.3. La prise en charge des PVVIH .....	124
3.1.3.1. La prise en charge médicale des PVVIH .....	124
3.1.3.2. La prise en charge psychosociale .....	127
3.1.3.3. La prise en charge nutritionnelle .....	128
3.1.4. La recherche scientifique et la médecine traditionnelle.....	128
3.1.4.1. La surveillance épidémiologique du VIH/SIDA .....	128
3.1.4.2. La surveillance des comportements .....	129
3.1.4.3. La recherche fondamentale et opérationnelle .....	130
3.1.4.4. La médecine traditionnelle .....	130



3.1.5. Le financement de la lutte contre le VIH/SIDA .....	133
3.1.5.1. L'analyse de la structure des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA au niveau du Fonds mondial .....	137
3.1.5.2. L'analyse de la structure des dépenses publiques de lutte contre le VIH/SIDA en 2004 .....	138
3.2. L'analyse du processus du développement humain par rapport aux objectifs de la lutte contre le VIH/SIDA .....	139
3.2.1. Les Etudes nationales de perspectives à long terme (ENPLT) - Bénin 2025 Alafia .....	140
3.2.2. Le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) 2003-2005 .....	141
3.2.2.1. L'analyse des orientations stratégiques du DSRP .....	143
3.2.2.2. La priorité accordée à la lutte contre la pauvreté : un pas de plus vers le DHD .....	143
3.2.2.3. Le statut du DSRP .....	144
3.2.2.4. L'appréciation de la démarche d'élaboration du DSRP ...	144
3.2.2.5. La multidimensionnalité du DSRP .....	145
3.2.3. Le programme d'action du Gouvernement 2001-2006 .....	145
3.2.4. La vision humaniste de la démarche DHD .....	146
3.2.5. La problématique du développement communal .....	147
3.2.6. Les orientations stratégiques et les actions inscrites dans les PDC ...	148
3.2.6.1. Les objectifs stratégiques et les actions visant à lutter contre le VIH/SIDA .....	148
3.2.6.2. La quintessence des objectifs stratégiques et des actions inscrites dans les PDC .....	150
3.2.7. L'analyse des orientations stratégiques des PDC .....	151
3.2.8. L'analyse des actions stratégiques des PDC .....	152
3.2.8.1. La sensibilisation à l'existence réelle du VIH/SIDA .....	153
3.2.8.2. La sensibilisation sur les modes de transmission du VIH/SIDA .....	154
3.2.8.3. La sensibilisation sur les comportements et les pratiques culturelles à risque et sur les personnes vulnérables .....	154
3.2.8.4. La sensibilisation sur les moyens de prévention du VIH .....	155
3.2.8.5. La sensibilisation sur les signes cliniques .....	157
3.2.8.6. La sensibilisation sur le conseil, le dépistage volontaire et l'analyse de confirmation .....	158
3.2.8.7. La sensibilisation sur la prise en charge médicale,	

psychologique, sociale, avec suivi des PVVIH et de leur famille .....	158
3.2.9. Quelques actions spécifiques inscrites dans les PDC .....	160
3.2.9.1. L'appui aux structures en charge de la lutte contre le VIH/SIDA et leur suivi .....	160
3.2.9.2. La formation du personnel ou des enfants .....	161
3.3. Les performances globales de la lutte contre le VIH/SIDA par rapport au développement humain .....	163
3.3.1. La marche vers l'objectif global est-elle déterminée ? .....	163
3.3.2. Comment l'Etat peut-il financer de manière progressive la lutte contre le VIH/SIDA ? .....	166
3.3.3. Pourquoi le rôle de l'Etat doit être réhabilité dans le développement humain pour faire face au VIH/SIDA ? .....	167
3.4. Conclusion partielle .....	171

## **Conclusion générale**

<b>Vers une meilleure réponse intégrant les préoccupations du développement humain .....</b>	<b>173</b>
--	------------

<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>177</b>
--	------------

<b>Annexe 1: Lexique des termes clés .....</b>	<b>179</b>
--	------------

<b>Annexe 2: Méthodes et données.....</b>	<b>185</b>
---	------------

<b>Annexe 3: Description du processus d'élaboration du RNDH 2005.....</b>	<b>199</b>
---	------------

<b>Table des matières.....</b>	<b>207</b>
--------------------------------	------------



*ans l'inconstance, la mauvaise couverture et l'insuffisance des actions de la réponse béninoise contre le VIH/SIDA, la prévalence du VIH aurait reculé considérablement et l'épidémie aurait été infléchie, maîtrisée et même écartée.*



*l est indispensable de mettre l'accent sur les groupes cibles, notamment les femmes âgées de 15 à 45 ans, sans négliger les autres, pour qu'elles adoptent des comportements sans risque !*



*iriger aussi les efforts de prévention et de prise en charge les plus soutenus et les plus suffisants vers les zones les plus infectées sans négliger les zones à IDH faibles d'où partent les populations migrantes.*



*ujourd'hui la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH doit être considérée comme un moyen de prévention qui mérite d'être mieux financé. Les guérisseurs naturalistes (herboristes) les plus efficaces devraient être identifiés, rassurés, valorisés et intégrés dans le système sanitaire de lutte contre le VIH/SIDA.*

## MESSAGE DU RNDH 2005

Le SIDA n'est plus synonyme de MORT. Cette nouvelle, si elle est diffusée de manière adéquate, encouragera au dépistage volontaire et à des attitudes et comportements préventifs à condition que TOUS soient mieux informés et que la prise en charge globale des personnes infectées soit exhaustive, moins coûteuse et assurée au moyen d'une Médecine moderne plus humaniste et mieux soutenue et d'une Médecine traditionnelle éprouvée, rassurée, valorisée, organisée et responsabilisée. Le potentiel de développement humain du pays dépend du niveau de détermination, de sincérité, d'abnégation et de persévérance de la réponse béninoise renouvelée contre le VIH/SIDA.

Les conséquences de l'épidémie du VIH/SIDA sur le processus de développement humain au Bénin revêtent une importance croissante qui tient aux risques réels encourus dans le cas où la réaction du pays face à l'épidémie ne se montre pas plus volontariste.

En l'état actuel du dispositif de lutte contre l'épidémie, le nombre des infections par le VIH pourrait augmenter jusqu'à remettre en cause de façon sensible le développement humain d'ici à 2015 si des mesures plus hardies n'étaient pas prises. Telle est la principale conclusion du Rapport national sur le développement humain au Bénin-édition de 2005, septième d'une série désormais consacrée au plaidoyer et au dialogue en faveur de l'être humain en tant que centre de tout processus de développement. Le Rapport révèle certaines insuffisances de la réponse du Bénin face au VIH/SIDA et à ses conséquences sur le processus de développement humain durable. Ces insuffisances représentent autant d'occasions manquées pour améliorer le niveau de l'indicateur du développement humain du pays.

Le Rapport montre par ailleurs que la réponse du Bénin contre le VIH/SIDA souffre moins d'une inadéquation des stratégies par rapport aux besoins de la lutte que du manque de volonté réelle suffisante dans la mise en oeuvre des mesures d'endiguement du fléau "VIH/SIDA".

Cette édition de 2005 a été préparée par une équipe d'experts et de spécialistes du VIH/SIDA sous la supervision du Ministre du Développement, de l'Economie et des Finances, SEM **Pascal I. Koupaki**, de Madame le Représentant Résident du PNUD-Bénin, **Edith Gasana**, et sous la direction technique de Madame **Mikiko Sasaki**, Représentant Résident Adjoint du PNUD-Bénin, de Monsieur **Idrissa Diagne**, Economiste Principal du PNUD-Bénin, de Monsieur **Jules Ahodékou**, Secrétaire Général de l'ex-MCPD, de Monsieur **Mathias Pofagi**, Chef du Service des Etudes de Stratégies et d'Evaluation des Performances à la Direction de la Planification Stratégique (DPS), de Monsieur **Corneille Agossou**, ex-Assistant au Représentant Résident du PNUD, de Monsieur **Agbodji Jacques Houensou**, Chargé de programme au PNUD, de Monsieur **Louis Kamoyédji**, Responsable de la Cellule NEX et de Monsieur **Médard Padonou**, Chargé du Suivi-Evaluation à la Cellule NEX.

Le groupe d'experts et de personnes-ressources est composé de : Madame **Martine Boladji Adeloui**, Directrice Nationale du projet RNDH, Monsieur **Georges Lamidé Ossé**, Expert-DHD et Chargé du Projet RNDH, Monsieur **Gibril Martin**, Expert Statisticien du projet RNDH, Monsieur **Tadjou Din Sidi Ali**, Secrétaire-Comptable du projet RNDH, Monsieur **Cyriaque Bodonon**, Chargé de la distribution au projet RNDH, Messieurs **Valentin G. Ahanhango**, **Alexandre Biaou**, **Rodolph Missinhoun**, tous consultants dudit Projet.