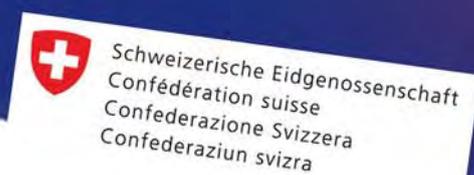


Plaidoyer du CeRADIS-ONG
pour une meilleure efficacité des politiques et
programmes de prise en charge du VIH au Bénin :
la partition de la presse béninoise



Avec l'appui de la Direction du Développement et
de la Coopération de la Confédération suisse
via son bureau de coopération au Bénin

La lutte contre le VIH, couvre de multiples aspects : c'est à la fois la prévention et la prise en charge globale ; c'est également du plaidoyer. SIDA égale GUERRE, donc une circonstance exceptionnelle. Cette compréhension de la chose, nous avons voulu la partager à travers notre engagement à soutenir les personnes rendues vulnérables du fait de l'infection au virus du sida.

Le plaidoyer est une forme originale de dialogue qui découle de l'une des fonctions naturelles de la société civile à savoir, le suivi de la performance du gouvernement sur toutes les questions qui font appel à sa responsabilité dans la prise en compte des droits et besoins fondamentaux du citoyen, et plus particulièrement à propos du sida qui touche au droit à la vie, droit naturel par essence.

Toutefois, faire du plaidoyer, loin d'être une chose aisée est plus qu'un challenge, « c'est tout simplement choisir de ne se pas se faire des amis ». Telle est en fait notre certitude. C'est tout de même une œuvre passionnante menée avec le cœur, bravant les incompréhensions et autres inimitiés, mais avec par-dessus tout, la fermeté du combattant convaincu de la justesse de sa cause et armé de la certitude de la victoire au bout du tunnel. Oui ! victorieux, nous en sommes sortis, auréolé de la gratitude des uns, couronné d'une reconnaissance quasi-unanime de notre leadership et surtout, soutenu dans une entreprise plutôt à risque mais à la finalité flatteuse et relaxante.

C'est dire que le parcours n'est pas sans anicroche, entre des responsables qui se sentent épinglés et ceux qui font semblant de comprendre la démarche, il fallait restituer une certaine authenticité. En réalité, l'action ne saurait viser des objectifs personnalisés, au risque de finir soit dans un cul-de-sac, soit dans une impasse, dans la mesure où les ambitions étaient si grandes que l'on ne saurait se permettre le pari d'une aventure peu prometteuse.

Le VIH pose des problèmes de « droits de l'homme », d'après le monumental Nelson Mandela. Au demeurant, ces droits sont dits sacrés et inviolables. Et pourtant, sous nos yeux une certaine tendance semblait condamner à la portion congrue de l'attention, ces personnes qui n'ont aucunement choisi de contracter un mal dit du siècle. Il

fallait donc agir ; et loin de chercher à marquer une empreinte quelconque dans l'opinion, il s'agissait davantage de conférer honneur et contenance à des marginalisés produits par un système particulier dans un contexte aux intelligences tout de même remarquables.

L'intolérance face à la marginalisation des personnes perçues comme condamnées à mort à court terme est le socle de ce cheval de bataille. Entre les ruptures fréquentes et récurrentes de molécules et d'intrants, les pannes perpétuelles d'appareils de comptage CD4, les indisponibilités des médecins traitants et toutes les autres situations d'irrégularités plutôt meurtrières, les Personnes Vivant avec le Vih ont souffert le martyr, outre la charge de la maladie, de la stigmatisation, des rejets et de la discrimination.

Nous avons, pour notre part, choisi de renoncer au silence devant le crime pour ne pas être des complices devant l'histoire, complices des compromissions et des prévarications.

La solidarité internationale n'a pas été de reste ; elle a joué une partition éminemment appréciable par sa détermination et son engagement au quotidien à soutenir les questions de Droits de l'Homme. L'appui de la solidarité internationale s'est en effet manifesté sous diverses formes y compris, les formations, les échanges d'expériences, ... etc. C'est le lieu de rendre un hommage mérité aux soutiens de première heure, les partenaires français Equilibres & Populations et Solidarité Sida qui ont très vite perçu la pertinence de la démarche. Entretemps, relayés par l'Agence Française de Développement à travers le projet Plaidoyer –Sud coordonné techniquement par le consortium - AIDES – Act Up – Solidarité Sida qui n'a pas mis du temps à se laisser convaincre pour nous proposer de porter au Bénin cette initiative sous régionale.

Sollicitée à son tour, la coopération suisse au Bénin n'a pas hésité à accompagner le mouvement, ce qui a achevé de nous convaincre de la justesse de notre démarche. Avec ce dernier partenaire, nous avons pu poursuivre l'interpellation des autorités de notre pays et appeler leur attention sur des questions spécifiques liées à la Lutte contre le Sida. Nous exprimons très sincèrement nos sentiments de profonde grati-

tude à la Direction du Développement et de la Coopération de la Confédération suisse via son bureau de coopération au Bénin dont le concours financier nous aura permis de développer des actions de plaidoyer à travers des réflexions et analyses portées par les professionnels de la presse en vue d'améliorer l'efficacité des politiques et programmes de lutte contre le VIH au Bénin. Cette action inédite nous aura également donné l'avantage d'identifier d'autres sources d'informations et de renforcer notre réseau de relations dans la perspective d'une professionnalisation de notre observatoire sur la qualité de la prise en charge au Bénin.

Par ailleurs, Il convient de saluer le prestigieux travail de la presse qui s'est prêtée sans réserve et sans ménagement aux objectifs de l'action. Nous n'aurions pu satisfaire aux attentes sans la vaillante contribution de ces plumes rigoureuses, engagées et professionnelles. Tout au long du processus, la presse a réussi le pari de confirmer tout le bien qu'on en dit et cela est à son honneur.

La présente revue de presse, plus que la représentation d'une étape, n'est en réalité qu'un nouveau point de départ à partir duquel vont s'amorcer de nouvelles actions de plaidoyer. Merci à toutes les consciences engagées de nous accompagner.

Bonne lecture.

La direction exécutive du CeRADIS

Thématique1

**LA MISE EN OEUVRE DES ENGAGEMENTS ET
RECOMMANDATIONS DE LA 7^{ème} SESSION CNLS**

Un an après la 7^e session du CNLS

Le point sur la mise en œuvre des recommandations attendu

La 8^e session du Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) est prévue pour se tenir en principe ce mois-ci. Elle interviendra après celle de l'année dernière qui a été fortement appréciée, au regard de ses conclusions et de la participation effective du chef de l'Etat, Boni Yayi, président du Comité. Un an après cet engagement exceptionnel, où en sommes-nous dans la mise en œuvre des recommandations issues de ces assises ?

Par Reine AZIFAN (Avec la collaboration de CÉRADIS-ONG)

La 7^e session du Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) restera gravée dans les annales de la riposte nationale contre le Sida au Bénin. C'est la première fois en effet que le chef de l'Etat, président du Comité, a présidé en personne une session du CNLS. Les recommandations issues de cette session ont été tout aussi édifiantes car, elles traduisent l'engagement du président de la République à donner un coup d'accélérateur à la lutte contre le Sida au Bénin. A l'issue de cette session du CNLS, une série de recommandations et d'engagements ont été pris. Les deux engagements forts concernent : l'ancrage institutionnel du CNLS qui, après avoir navigué pendant des années entre le ministère du Plan et celui de la Santé, sera désormais rattaché à la présidence de la République; et l'augmentation du budget consacré à la lutte contre le Sida. S'agissant des recommandations, elles sont une douzaine et leur mise en œuvre devrait contribuer à améliorer la riposte nationale contre le Vih/Sida. Qu'en est-il de leur mise en œuvre selon le chronogramme retenu ? Motus et bouche cou-

sue au secrétariat permanent du CNLS où on se préoccupe plutôt de la tenue prochaine de la 8^e session prévue pour se tenir en ce mois d'octobre. « Il y a une communication réservée à cette question. Le point de la mise en œuvre des recommandations de la 7^e session sera fait et vous aurez tout lors de la 8^e session », a martelé Dr Antoinette Assani, responsable de la Cellule santé au secrétariat permanent du CNLS. Bien que disponibles, assure-t-elle, ces informations ne seront pas communiquées à la presse avant la session prochaine. Tout en choisissant de réserver la primeur des informations relatives à la mise en œuvre des dites recommandations au président et aux membres du Comité, Dr Antoinette Assani précise tout de même que « Il y a eu du mieux depuis 2012 et l'année 2013 marque un nouveau départ pour réorganiser la coordination de la lutte contre le Sida au Bénin ».

Les PVV toujours dans l'attente d'un mieux-être

Plusieurs acteurs de la lutte contre le Sida ayant participé



Dr Antoinette Assani

à la 7^e session avouent ne pas être informés non plus du niveau d'application des recommandations. C'est dire qu'au niveau du SP/CNLS, il n'y a pas un système d'information qui permettrait à ces acteurs d'être au même niveau d'information avant une nouvelle session.

On apprend cependant que quelques recommandations ont connu un début de mise en œuvre. C'est le cas du point concernant l'organisation d'une réflexion multisectorielle pour alléger les procédures d'acquisition des intrants. Il faut signaler à ce sujet qu'un atelier a été organisé en fin d'année 2012 à l'intention des acteurs concernés pour

définir l'approche nécessaire à l'atteinte de cet objectif. Le point relatif à l'audit institutionnel et organisationnel des structures nationales à charge de la riposte au Vih/Sida a également connu un début de mise en œuvre. L'audit du Comité national de coordination (CNC) démarré en avril dernier se poursuit avec la Grant Mechanism Solutions (GMS), un organisme américain.

Par contre, d'autres recommandations semblent demeurer en l'état, selon certains acteurs intervenant dans la lutte contre le Sida. Il en est ainsi par exemple du point relatif à la création au ministère en charge de la Famille d'une ligne budgétaire pour renforcer l'appui nutritionnel et scolaire aux OEV. De source proche du ministère, on apprend que le plaidoyer à ce sujet n'a pas porté ses fruits, le budget 2013 du ministère et celui de 2014 qui vient d'être élaboré n'ont pas prévu de ligne spécifique pour la prise en charge nutritionnelle des OEV, précise-t-on. « Ce que nous faisons pour les OEV en matière d'appui nutritionnelle, et scolaire est insignifiant », reconnaît notre interlocuteur qui a requis l'anonymat. Il plaide pour que les

partenaires du ministère puissent prendre en compte ce volet. Du côté des PVV, c'est toujours la désolation puisqu'elles sont toujours confrontées aux mêmes difficultés qu'auparavant. Toutes choses qui compromettent la qualité de leur prise en charge. C'est ce qui amène le vice-président du Réseau des personnes vivant avec le Vih/Sida (Répub+), Christian Ahouantché, à déclarer que « La 7^e session du CNLS n'a pas servi à grand-chose ».

Le volet financement ne sera pas du reste

Les regards sont donc tournés vers la 8^e session pour en savoir davantage sur le niveau de mise en œuvre des recommandations de la 7^e session. Les acteurs du secteur attendent surtout de voir le chef de l'Etat, président du CNLS, réitérer l'exploit de l'année dernière en participant aux travaux et contribuer ainsi au renforcement du leadership au niveau de la riposte nationale contre le Sida. Le volet financement ne sera pas du reste. « Mon gouvernement contribuera à une augmentation substantielle du budget consacré au Programme de lutte contre le Vih/Sida (PNLS) et examinera avec beaucoup d'attention les recommandations formulées au cours de la 7^e session du CNLS », déclarait Boni Yayi le 1^{er} décembre 2012 à l'occasion des manifestations officielles de la Journée mondiale contre le Sida. Au PNLS, le coordonnateur adjoint Ali Imorou Bah-Chabi assure que le chef de l'Etat a tenu parole en augmentant le budget du programme. Ce qui a permis, comme il l'a promis, de consacrer 1,5 milliard FCFA à l'acquisition des antirétroviraux. Les acteurs attendent par ailleurs de prendre connaissance des mécanismes mis en place pour améliorer des taux de consommation des ressources externes et internes affectées et la qualité des dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le Vih/Sida.

Les recommandations de la 7^e session du CNLS

La 7^e session du CNLS tenue en octobre 2012 s'est soldée par les recommandations ci-après :

Rendre fonctionnel l'organe de concertation du CNLS conformément aux articles 6 et 7 du décret N° 2002-273 du 18 juin 2002.

Organiser une réflexion multisectorielle pour alléger les procédures d'acquisition des intrants (ARV, réactifs...) assortie de décisions concrètes

Réfléchir sur les mécanismes appropriés pour l'amélioration des taux de consommation des ressources externes et internes affectées et la qualité des dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida.

Etudier la possibilité d'étendre le système RAMU aux personnes vivant avec le VIH/Sida.

Promouvoir et renforcer l'implication du secteur privé.

Procéder à un audit institutionnel et organisationnel des structures nationales (PNLS, SP/CNLS, CNC) à charge de la riposte au VIH/Sida.

Elaborer et mettre en place un plan de renforcement de capacités des ressources humaines en charge de la gestion de la subvention allouée à la lutte.

Formaliser l'enseignement sur le VIH/Sida au niveau des enseignements primaire et secondaire.

Procéder à un audit de toutes les UFLS afin de déterminer les moyens nécessaires pour leur fonctionnement.

Créer au ministère en charge de la Famille une ligne budgétaire pour renforcer l'appui nutritionnel et scolaire aux OEV.

Mettre en place un comité inter ministériel pour réfléchir sur la reprise des travaux de construction du siège du SP/CNLS.

Prendre un décret pour mettre en œuvre la loi sur le VIH, en son article 8, portant création d'un fonds national et d'assistance de lutte contre le sida.

R. A.



VEILLER AUX SOINS ET A L'AMÉLIORATION DE LA RIPOSTE CONTRE LE VIH/SIDA TOUCHÉS PAR LE VIH/SIDA

Des 12 engagements pris en octobre 2012 par le Comité national de lutte contre le VIH/Sida (CNLS), en présence du chef de l'Etat, président dudit Comité, pour booster la lutte contre le VIH/Sida au Bénin, seulement quelques-uns ont pu être sérieusement mis en œuvre. Et là encore, si les acteurs baissent la garde, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida, continuera d'être reléguée au second rang.

Que reste-t-il des 12 engagements pris en octobre 2012 par le CNLS ?

A l'exception de la présence du chef de l'Etat aux travaux de la 7ème session du Comité national de lutte contre le VIH/Sida (CNLS) en octobre 2012, les avancées en ce qui concerne la riposte efficace contre le VIH/Sida au Bénin sont minces. La preuve, des douze engagements pris lors de cette session, il n'y a que quelques points qui ont connu un début de mise en œuvre. La question de la tutelle et du leadership du CNLS est en train de trouver une réelle porte de sortie. « De plus en plus, des réunions conjointes s'organisent entre acteurs de la lutte contre le VIH/Sida au Bénin », a reconnu à ce propos, le lundi 7 octobre dernier, docteur Antoinette Assani, responsable de la Cellule santé au CNLS. Seulement, ce leadership du CNLS dans la conduite de la lutte contre le VIH/Sida peut avoir plus d'impact si la structure disposait d'un siège qui lui est propre. Dans les faits, quand bien même la onzième recommandation souligne la nécessité de reprendre les travaux de construction du siège de la structure, le Secrétariat permanent du CNLS (SP/CNLS) demeure, un an après, en location.

1,5 milliard débloqué mais ...

Une autre mince avancée dans la mise en œuvre des recommandations d'octobre 2012, est

la promotion et le renforcement de l'implication du secteur privé dans la lutte contre le VIH/Sida. Certaines grandes entreprises de la place ont souscrit à des engagements en vue de la protection des leurs. Quant aux petites entreprises privées, principalement celles du secteur informel qui emploient le plus de monde, elles ne bénéficient pas encore de cette attention. Un peu comme ce point quatre des recommandations apparemment laissé en rade. Selon le contenu de ce point, il est prévu d'examiner la possibilité d'étendre le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) aux personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVIH). Peut être accueilli avec satisfaction, le déblocage de 1,5 milliard promis en octobre 2012 pour l'acquisition des antirétroviraux (ARV) et réactifs. « L'engagement du pays est concrétisé et sera bis repetitas (en 2014) », s'est en effet réjoui Ali Imorou Bah Chabi, le coordonnateur adjoint du Programme national de lutte contre le Sida. Mais, à côté de cette note de satisfaction, couve l'incapacité du pays à être prompt à assurer une riposte efficace contre le VIH/Sida au cas où le Fonds mondial se désengagerait financièrement de la lutte au Bénin. La preuve, l'annulation par le Fonds mondial de la dernière commande du pays se fait ressentir sur les sites de prise en

charge.

Seulement, 30% des fonds consommés

Dans ce même sillage, inutile d'aborder la question de la consommation des crédits. Le Bénin ne cesse de courir après une amélioration des taux de consommation des ressources externes et internes affectées à la lutte contre le VIH/Sida. Seulement, 30% des fonds alloués à la lutte dans le cadre de la première phase du round 9 ont été réellement consommés. La plupart du temps, les procédures de passation des marchés sont, entre autres, indexées comme facteur de ce dysfonctionnement. Sur la question, docteur Ludovic Guédjé, expert en formation des marchés publics, a expliqué qu'il se pose plutôt un problème de planification des besoins au sein des structures. Celles-ci, a-t-il insisté, devraient élaborer un plan de passation des marchés au regard de leur besoin, procéder à sa validation puis à la publication. Une démarche, en amont, négligée pour « créer l'urgence » afin de forcer le gré-à-gré. Dans ces conditions, on ne peut qu'assister aux ruptures des ARV et de plus en plus, des réactifs pour les analyses biologiques au profit des PVVIH. Un problème que se sont engagés à résoudre les acteurs de la lutte contre le VIH/Sida en décidant au



La huitième session du CNLS qui s'ouvre dans quelques jours, saura-t-elle poser les jalons pour donner un nouveau souffle aux recommandations de 2012 ?

terme de la 7ème session d'octobre 2012 du CNLS de réfléchir sur les modalités pouvant alléger les procédures d'acquisition des ARV et réactifs. Un atelier a même été organisé dans ce sens. Mais il faut traduire cette volonté dans la réalité. Entre autres, en élaborant le plan prévisionnel de passation des marchés en appendice au projet de budget, a suggéré Ludovic Guédjé. Ce qui actuellement, n'est pas en train d'être fait en cette période budgétaire. Autrement, pour 2014, il ne faut pas s'attendre à une grande amélioration des conditions de prise en charge des PVVIH si ces vieux démons continuent d'influencer la politique de lutte contre le VIH/Sida au Bénin.

Pas de création de Fonds spécial et d'assistance depuis 2006

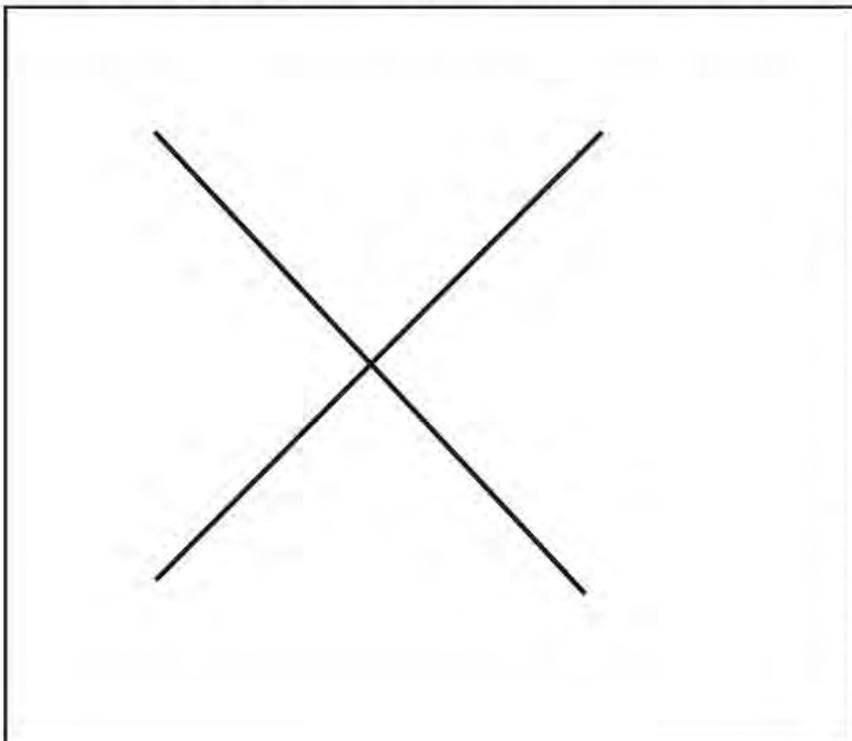
Le président du Comité national de lutte contre le VIH/Sida, met du temps à prendre le décret portant création et fonctionnement du Fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de Sida tel que prescrit l'alinéa 5 de l'article 8 de la loi n° 2005 - 31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida en République du Bénin. Ce décret, a confirmé Marie-Joseph Aclasto, la directrice exécutive de l'Association béninoise de droit du développement (ABDD), une ONG intervenant dans la promotion de la prise en charge juridique des PVVIH, « n'est pas encore pris en Conseil des ministres ». Et demain, risque de ne pas être la veille. Car, a-t-elle renseigné, la

loi sus-indiquée fait l'objet d'actualisation au niveau de la direction de la Codification du ministère de la Justice. Rien d'étonnant donc, si au niveau du ministère de la Famille, la décision d'octobre 2012 de renforcer l'appui nutritionnel et scolaire des orphelins et enfants vulnérables, une couche dans laquelle se trouvent les enfants des PVVIH et les PVVIH, ne bouge d'un iota. En 2013 comme au budget-programme 2014, le montant alloué par l'Etat ne dépasse pas les 25 millions. Et cette ligne, au meilleur des cas, est consommée à moitié, non spécifiquement pour les PVVIH mais pour toutes les couches vulnérables.

Les défis à relever par la 8ème session d'octobre 2013

La huitième session du CNLS qui s'ouvre dans quelques jours, saura-t-elle poser les jalons pour donner un nouveau souffle aux recommandations de 2012 ? Notamment, en y renforçant la politique de communication du CNLS en vue de l'appropriation des recommandations et de leur mise en œuvre dans une approche participative. Ce qui permettra de faire part, au fur et à mesure, des résultats au lieu de les conserver comme c'est actuellement le cas de ceux produits à l'issue de l'audit du Comité national de coordination des projets du Fonds mondial démarré en avril dernier.

Vadim QUIRIN avec la Collaboration de CERADIS ONG



Un an après la 7ème session du CNLS au Bénin

Statu quo : les malades du VIH/Sida toujours laissés à eux-mêmes

À la sortie de la 7^{ème} session du Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) en octobre 2012, une lueur d'espoir avait gagné la majorité de la population. Les recommandations issues de ces assises ont réconforté plus d'un. Un an après cette session, le bilan que dressent les potentiels bénéficiaires du fruit de cette session est désolant. Pour eux, c'est le statu quo et les malades sont toujours laissés à eux-mêmes.

Victorin Fassinou
(Avec la collaboration de CeRADIS-ONG)

La lutte contre le Sida au Bénin a du plomb dans l'aile, tant l'espoir suscité par les travaux de la 7^{ème} session du CNLS tarde à se concrétiser. La plupart des Personnes vivant avec le VIH/Sida approchées estiment que les recommandations sont rangées au tiroir. A entendre leurs propos, les engagements pris par le Chef de l'Etat à ces assises n'ont jamais été honorés. « De façon pratique, nous n'avons senti aucune amélioration concernant la qualité de la prise en charge de nous PVVIH. Au contraire ! Les choses vont de mal en pire pour nous. Nous n'avons plus ce que nous considérons entre-temps comme acquis », a révélé, les larmes aux yeux, une PVVIH au Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoucou Maga de Cotonou (CNHU-HKM). Selon ces citoyens éprouvés par la maladie, les ruptures des antirétroviraux (ARV) sont monnaies courantes depuis 2012. La réalisation des bilans CD4, la charge virale, la biochimie, ne sont plus respectées. Les médicaments de première nécessité, comme le Cotrimoxazole (BATRIM), ne

se retrouvent plus sur les sites de prise en charge.

L'engagement de l'Etat dans la lutte contre le Sida en 2012 n'a pas été senti. Pour preuve, les PVVIH évoquent le cas des séances de sensibilisation annoncées à l'issue des assises de cette session et qui n'ont jamais été organisées depuis 2012, alors que la lutte, selon eux, doit être au quotidien. L'Etat ne joue pas pleinement le rôle qui est le sien dans la lutte contre le VIH/Sida et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PVVIH. Le Bénin n'assume pas les 20% des ARV comme convenu. Le jour où les partenaires lâcheront le Bénin, il y aura catastrophe au pays, soutiennent-elles. « Zéro discrimination envers les PVVIH n'était donc qu'un mensonge. Faudrait pas que les gens fassent semblant de nous accompagner », a martelé E. F. Des allégations des PVVIH renseignent que c'est le statu quo en ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations de la 7^{ème} session du Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) d'octobre 2012, puisqu'elles ne sont informées de rien et ne constatent aucun changement positif sur le terrain. Selon les informations recueillies, bon nombre des acteurs ayant participé à la 7^{ème}

session et les représentants du REBAP+ ne sont même pas informés des quelques engagements qui ont connu un début d'application. Toutes choses qui font croire que le SP/CNLS n'a mis en place aucun système de communication pour informer régulièrement les acteurs concernés de ce qui se fait.

En dépit de ce black out constaté au niveau du CNLS, les informations glanées ici et là nous éclairent que dans la mise en œuvre des recommandations du CNLS, la recommandation relative aux audits institutionnels a connu un début de mise en œuvre, notamment l'audit du CCM encore appelé CNC. Cet audit a démarré en avril dernier et se poursuit sous la houlette d'un organisme américain, la Grant Mechanism Solutions (GMS). Que s'est-il passé pour qu'on en arrive à cette situation que déplorent les potentiels bénéficiaires du fruit de cette session ? Où en sommes-nous dans la mise en œuvre effective de ces recommandations selon le chronogramme retenu ? Quelles sont les difficultés d'application de ces recommandations ? Le Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) attend-il la 8^{ème} session qui se tiendra dans les

prochains jours pour faire le point ?

Des recommandations pourtant attrayantes, mais !

Pour le Responsable de la cellule santé, Dr Antoinette ASSANI, il y a forcément une amélioration de la riposte nationale contre le Sida. Les activités ont été bien coordonnées au cours de l'année. « Le rapport d'activité CNLS 2012 en dira long », ajoute Dr ASSANI.

Les recommandations retenues à l'issue de la 7^{ème} session CNLS d'octobre 2012 étaient, entre autres, d'organiser une réflexion multisectorielle pour alléger les procédures d'acquisition des intrants (ARV, réactifs...) assortie de décisions concrètes, de rendre fonctionnel l'organe de concertation du CNLS conformément aux articles 6 et 7 du décret N° 2002-273 du 18 juin 2002.

Il s'agissait également de réfléchir sur les mécanismes appropriés pour l'amélioration des taux de consommation des ressources externes et internes affectées et la qualité des dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida et d'étudier la possibilité d'étendre le système RAMU aux personnes vivant avec le VIH/Sida.



Pour Dr Antoinette Assani, les activités ont été bien coordonnées en 2013

Les participants ont également préconisé un audit institutionnel et organisationnel des structures nationales (PNLS, SP/CNLS, CNC) à charge de la riposte au VIH/Sida. L'élaboration et la mise en place d'un plan de renforcement de capacités des ressources humaines en charge de la gestion de la subvention allouée à la lutte, la formalisation de l'enseignement sur le VIH/Sida au niveau des enseignements primaire et secondaire, l'audit de toutes les Unités Focales de Lutte contre le Sida des différents ministères (UFLS) afin de déterminer les moyens nécessaires pour leur fonctionne-

ment ont été décidés. La création au Ministère en charge de la Famille d'une ligne budgétaire pour renforcer l'appui nutritionnel et scolaire aux Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), la promotion et le renforcement de l'implication du secteur privé, puis la réflexion sur les mécanismes appropriés pour l'amélioration des taux de consommation des ressources externes et internes affectées et la qualité des dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida, sont autant de points inscrits dans la liste des recommandations ayant sanctionné les travaux de cette session.

Respect des conclusions de la 7ème session ordinaire du Cnls

«Depuis un an, c'est le statu quo», apprécient les Pvv

La 8ème session du Comité national de lutte contre le Sida (Cnls) a lieu probablement en ce mois d'Octobre 2013. Et pour de nouveaux engagements et recommandations, certainement. Au Cnls, c'est apparemment le sentiment d'avoir avancé, concernant la mise en œuvre des conclusions de 2012, alors que les bénéficiaires directs, que sont les personnes vivant avec le Vih (Pvv), notent du surplace et se désolent.

Blaise Ahouansè

(Avec la collaboration de CeRADIS ONG)

« Par rapport aux préparatifs de la 8ème session Cnls, qui va se tenir probablement en octobre, tout est en bonne voie. » Dr Antoinette Assani, Responsable de la Cellule santé au Sp/Cnls, rassure ainsi de la tenue effective de la prochaine session ordinaire du Comité national de lutte contre le Sida (Cnls). Elle ajoute : « La communication en Conseil des ministres est passée et approuvée. Et tout ce qu'on devrait faire pour tenir la session est en train d'être finalisé. Je peux dire que nous sommes presque prêts pour tenir la 8ème session. »

La session va durer deux jours. Et comme à l'accoutumé, ces deux jours de travaux vont déboucher sur de nouveaux engagements et recommandations, pour la suite de la réponse nationale de la lutte contre le Sida au Bénin. A quelques jours de la prise de ces nouvelles décisions, il est normal de faire le point des conclusions de la session de 2012 et de voir le niveau d'exécution, ainsi que les retombées sur la vie des personnes vivant avec le Vih/Sida (Pvv) qui sont les bénéficiaires principaux.

Les recommandations de la 7ème session Cnls

La session ordinaire du Cnls du 23 Octobre 2012, au Palais des Congrès de Cotonou, était particulière. C'était la première fois que le Chef de l'Etat, en sa qualité de Président du Cnls, a présidé en personne les travaux de la session, conformément à l'article 2 du décret 2002-278 du 18 juin 2002 créant le Cnls. Le Président a donc signifié son retour, pour la bonne cause de la lutte contre l'épidémie. Il a pris un certain nombre d'engagements, en termes de financement de la lutte, de l'affirmation de son

leadership, etc. Douze recommandations ont été formulées. Il s'agit de : «Rendre fonctionnel l'organe de concertation du Cnls, conformément aux articles 6 et 7 du Décret N° 2002-273 du 18 juin 2002» ; «Organiser une réflexion multisectorielle, pour alléger les procédures d'acquisition des intrants (Arv, réactifs...) assortie de décisions concrètes» ; «Réfléchir sur les mécanismes appropriés, pour l'amélioration des taux de consommation des ressources externes et internes affectées, et la qualité des dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le Vih et le Sida» ; «Etudier la possibilité d'étendre le système Ramu aux personnes vivant avec le VIH/Sida» ; «Promouvoir et renforcer l'implication du secteur privé» ; «Procéder à un audit institutionnel et organisationnel des structures nationales (Pnls, Sp/Cnls, Cnc) en charge de la riposte au Vih/Sida» ; «Elaborer et mettre en place un plan de renforcement de capacités des ressources humaines en charge de la gestion de la subvention allouée à la lutte» ; «Formaliser l'enseignement sur le Vih/Sida au niveau des enseignements primaire et secondaire» ; «Procéder à un audit de toutes les UFLS, afin de déterminer les moyens nécessaires pour leur fonctionnements» ; «Créer au ministère en charge de la Famille, une ligne budgétaire pour renforcer l'appui nutritionnel et scolaire aux Dev» ; «Mettre en place un comité interministériel, pour réfléchir sur la reprise des travaux de construction du siège du Sp/Cnls» ; «Prendre un décret pour mettre en œuvre la Loi sur le Vih, en son article 8, portant création d'un Fonds national de lutte et d'assistance contre le Sida». Tout ceci, pour mettre le Bénin sur la plateforme des pays modèles dans la lutte contre le Sida.

Silence sur le niveau d'exécution au Cnls



Dr Antoinette Assani, Responsable de la Cellule santé au Sp/Cnls. C'est le silence, pour l'instant, sur le point de la mise en œuvre des recommandations de la 7ème session du Cnls

Pour l'heure, il n'est pas possible d'avoir la moindre information au Cnls, sur le niveau de mise en application de ces recommandations. Pas que ces informations ne sont pas disponibles, mais sous prétexte qu'il y aura une communication à ce propos, lors de la prochaine session, les responsables du Cnls sont fermes sur leur mot d'ordre. «Ne rien dire sur la mise en application des recommandations de la 7ème session avant la tenue de la 8e session». La Secrétaire permanente du Cnls nous l'avait notifié avant notre rencontre avec le responsable de la Cellule santé au Sp/Cnls. «Non ! Le jour de la 8ème session, vous aurez tout. Ce qui a été fait durant l'année 2012 sera présenté sous forme de communication. Le point de la mise en œuvre des recommandations de la 7ème session aussi sera présenté.» Réponse de Dr Antoinette Assani lors de la rencontre. Néanmoins, ceci n'est pas synonyme de ce qu'il n'y aurait rien, ou pas grand' chose à exposer, concernant ces recommandations. Des propos de la responsable de la Cellule santé au Sp/Cnls, on perçoit quand même qu'il y a des avancées qu'elle n'a pas voulu confirmer ou infirmer. Aussi, d'autres sources nous informentelles de l'organisation de réunions et d'ateliers et autres initiatives pour un début d'application de

certaines recommandations. C'est le cas entre autres, des audits institutionnels et organisationnels des structures nationales (Pnls, Sp/Cnls, Cnc) en charge de la riposte au Vih/Sida». D'après nos sources, l'audit du CNC confié à l'agence américaine Grant Mechanism Solutions (GMS) a démarré en avril dernier.

Désolation chez les bénéficiaires

Au niveau des Pvv, il n'y a pas de langue de bois. Les points de vue sont identiques, tant au niveau du Responsable du Réseau béninois des associations de Pvv (RéBAP +), joint au téléphone, qu'au niveau des patients et médiateurs rencontrés sur le site de prise en charge (PEC) du Cnhu, à Cotonou. «Notre situation, à la date d'aujourd'hui, comparée à un an, c'est le statu quo parce que nous sommes toujours confrontés aux mêmes problèmes», affirme notre interlocuteur du Cnhu qui a requis l'anonymat. Ces problèmes, à l'en croire, ont pour nom, l'inexistence de fonds d'indigence pour aider, un tant soit peu, les malades pour leur hospitalisation et pour leur évacuation ; les ruptures répétées, surtout en ce qui concerne les médicaments de deuxième ligne, occasionnant des échecs thérapeutiques ; l'impossibilité parfois de faire des examens inscrits dans le

paquet minimum en matière des Normes de prise en charge des Pvv au Bénin ; panne, inexistence ou vétusté d'appareils d'analyse ; mauvais traitement voire non-reconnaissance des conseillers psychosociaux que sont les médiateurs, par l'Etat béninois ; mauvaise prise en charge nutritionnelle ; non-respect des 15% du Budget National, pour pallier aux ruptures d'ARV, etc. Face à tout ceci, le Responsable du Réseau national des associations de Pvv, se demande où se trouve alors l'engagement de l'Etat. C'est au vu de cette situation qui perdure, que les patients concluent que rien n'a bougé en matière de mise en œuvre des recommandations de la session 2012. Car, en réalité, la finalité de toutes ces actions, devrait être le renforcement de l'efficacité de la réponse nationale à la lutte contre le Sida. Et en ce qui concerne notamment les Pvv, cela devrait conduire à une amélioration des conditions de leur prise en charge. Ce qui n'est pas le cas, à les en croire.

Aussi, ce point de vu des Pvv se justifierait-il visiblement par un déficit voir l'inexistence de stratégie appropriée de communication entre le Sp/Cnls et eux. Car, les Pvv à leur niveau, n'ont aucune connaissance de ces informations que nous avons pu avoir dans les coulisses, sur ce début d'application de cer-

taines recommandations. Dr, le savoir, pourrait déjà, jouer beaucoup sur leur psychologie. Un facteur capital dans la lutte contre le Sida. A la limite, ce qu'ils savent pour l'heure, c'est qu'il y a eu des réunions. Mais ils s'interrogent sur la finalité de ces rencontres et soutiennent qu'il ne s'agit pas de comptabiliser les réunions, ateliers et séminaires, pour estimer qu'il y a eu des actions mais plutôt, d'actions concrètes pouvant booster cette réponse nationale. «Si les recommandations de leurs différentes réunions sont effectivement mises en œuvre, nous devrions ressentir cela. Du mois d'octobre 2012 à ce jour, le président du Réseau a participé à plusieurs réunions, où il a exposé ses points de vue, mais qu'en ont-ils fait ?» se désole l'un des médiateurs rencontrés sur le site de PEC du Cnhu. Il ajoute : «Il ne faut pas que les gens fassent semblant de nous accompagner. On ne veut plus ça. On veut du concret.»

Vivement la 8e session pour qu'on nous dise réellement tout, d'une part. D'autre part, que diligence soit faite, entre cette session et la 9ème, pour que les engagements et recommandations soient respectés et mis en application, avec des effets palpables sur la vie de ces 62.000 Pvv, environ, que compte le Bénin. □

MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DE LA 7ÈME SESSION DU CNLS

Encore beaucoup de chemin à parcourir selon Marius Acotchou

EN OCTOBRE 2012, LE COMITÉ NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH SIDA (CNLS) A ORGANISÉ SA 7ÈME SESSION ORDINAIRE. C'ÉTAIT UNE OCCASION POUR LES ORGANISATEURS DE FAIRE LE BILAN DE LEURS ACTIVITÉS, DE COMBLER CERTAINES INSUFFISANCES ET DE RELEVER ENSEMBLE AVEC LES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS, DES DÉFIS AU PROFIT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (PVVIH). AU TERME DE LA SESSION, UNE SÉRIE DE RECOMMANDATIONS ONT ÉTÉ FORMULÉES PAR LES PARTICIPANTS. UN AN APRÈS, ET À L'ORÉE DE LA TENUE DE LA 8ÈME SESSION, LA SITUATION SEMBLE N'AVOIR PAS CHANGÉ OUTRE MESURE SELON LE PRÉSIDENT DU RÉSEAU DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (RÉBAP+).

ELÉONORE DJEGUI (AVEC LA COLLABORATION DE CÉRADIS ONG)

Lorsque nous jetons un regard sur ce qui est en train d'être fait, on peut dire sans risque de se tromper que nous sommes encore à l'étape embryonnaire de la mise en œuvre des recommandations issues de la 7ème session du Comité National de Lutte contre le Sida. Nous n'avons pas vraiment décollé» déclare Marius Acotchou, président du Réseau Béninois des Associations Personnes Vivant avec le VIH/Sida au Bénin (RÉBAP+) et membre du CNLS. Selon Marius beaucoup de chemin reste encore à parcourir.

Au regard des informations recueillies auprès de cette cible et au CNLS, il est en effet difficile aujourd'hui, de faire un point de la mise en œuvre des douze recommandations de la session précédente qui consistent à rendre fonctionnel l'organe de concertation du CNLS conformément aux articles 6 et 7 du décret n°2002-273 du 18 juin 2002, organiser une réflexion multisectorielle pour alléger les procédures d'acquisition des intrants dont les ARV et les réactifs assortie de décisions concrètes, réfléchir sur les mécanismes appropriés pour l'amélioration des taux de consommation des ressources externes et internes affectées et la qualité des dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida, étudier la possibilité d'étendre le système Ramu aux personnes vivant avec le VIH/Sida, promouvoir et renforcer l'implication du secteur privé, procéder à un audit institutionnel et organisationnel des structures nationales que sont le programme national de lutte contre le Sida (PNLS), le Secrétariat permanent du comité national de lutte contre le Sida (le SP/CNLS), le comité national de coordination des interventions financées par le Fonds mondial (CNC) à charge de la riposte au VIH/Sida. De même, élaborer et mettre en place un plan de renforcement des capacités des ressources humaines en charge de la gestion de la subvention allouée à la lutte, formaliser l'enseignement sur le VIH/Sida au niveau des enseignants primaire et secondaire, procéder à



Ph. DR

Antoinette Assani, responsable de la Cellule Sant

un audit de toutes les unités focales de lutte contre le Sida (UFLS) afin de déterminer les moyens nécessaires pour leur fonctionnement, créer au ministère en charge de la Famille une ligne budgétaire pour renforcer l'appui nutritionnel et scolaire aux orphelins et enfants vulnérables (OEV), mettre en place un comité inter ministériel pour réfléchir sur la reprise des travaux de construction du siège du SP/CNLS et enfin, prendre un décret pour mettre en œuvre la loi sur le VIH, en son article 8, portant création d'un fonds national et d'assistance de lutte contre le Sida.

Un petit effort quand même

Sur la base des informations collectées auprès des personnes ressources, il y a lieu de reconnaître toutefois qu'un petit effort est fait par le SP/CNLS par rapport à la mise en œuvre des recommandations issues de sa 7ème session. Ainsi au niveau de la coordination de cette structure, il y a une amélioration aujourd'hui. Le problème de leadership est en train d'être réglé puisque contrairement à ce qui se passait par le passé où chaque acteur de lutte contre le VIH/Sida intervenait de façon disparate dans

son domaine d'intervention, le SP/CNLS arrive maintenant à les rassembler et à mieux les suivre pour être efficace. Le SP/CNLS est de plus en plus impliqué dans le suivi des actions conduites par des acteurs clés de lutte contre le VIH/Sida au Bénin sous tutelle du CNLS, à savoir le Corridor, Plan Bénin, SEIB. «Tout récemment le SP/CNLS était présent lors de l'atelier de validation du rapport provisoire d'une étude initiée par le projet corridor. Avant cette activité, il y a eu une séance présidée par le SP/CNLS pour la mise en place d'un comité de pilotage des études

qui seraient initiées par Plan Bénin. Il en est de même pour SEIB aussi qui passe par le biais de SP/CNLS pour pouvoir discuter d'un certain nombre d'activités» témoigne Dr Antoinette Assani, Responsable de la Cellule santé du SP/CNLS. Pour Dr Antoinette Assani qui juge inopportun de parler de la mise en œuvre des recommandations de la 7ème session avant la tenue de la 8ème, l'année 2013 sera un nouveau départ pour réorganiser la coordination du CNLS. Elle rassure toutefois, qu'à la session prochaine ce qui est fait durant l'année 2012 sera présenté aux participants à travers des communications, suivi de la validation du rapport du CNLS.

On note également une certaine avancée en ce qui concerne l'audit institutionnel et organisationnel du Comité national de coordination (CNC) confié à la Grant Mechanism Solutions (GMS), un organisme américain. Cet audit qui a démarré en avril dernier se poursuit.

Marius Acotchou, pour qui la mise en œuvre des recommandations a mis du temps à prendre corps avoue ne pas savoir si les dispositions ont été prises par qui de droit pour que le SP/CNLS soit rattaché à la Présidence de la République comme prévu. Au sujet de la mobilisation des ressources financières il déclare : «les difficultés sont énormes parce que la plupart des projets sont pratiquement terminés. Aujourd'hui, seul le Fonds mondial continue d'apporter son appui à la lutte contre le VIH/Sida. Il faut qu'à l'interne nous puissions mobiliser les ressources en regroupant tous les acteurs clés de cette lutte. La mobilisation des ressources peut se faire à travers un partenariat public-privé si nous voulons vite décoller ».

Libérer l'information !

Les propos du président du Rébap+ posent un problème communicationnel au sein de SP/CNLS. Sauf si cela est fait à dessein, on a l'impression que le tout premier responsable de l'ensemble des PVVIH au Bénin, de surcroît membre du SP/CNLS n'est pas imprégné des réalités de la structure en matière d'actions menées en leur faveur, de ce qui est concrètement fait au nombre des recommandations formulées à la session précédente et d'en informer la presse.

On a le sentiment que le SP/CNLS n'a mis en place aucun système de communication pour informer régulièrement les acteurs concernés par la mise en œuvre des engagements et recommandations de la 7ème session du CNLS.

Il importe que le CNLS revoye son système de communication car en analysant les propos du représentant du REBAP+ il n'est pas informé de quelques engagements qui ont connu un début d'application.

Engagements pour une meilleure riposte au Vih/Sida

A quoi aura servi la 7ème session du Cnls ?

Au-delà de la question des ruptures d'ARV et de réactifs, les soins et le traitement, l'appui aux Orphelins et enfants vulnérables (Oev), la coordination de la réponse nationale, laissent toujours à désirer. Si le taux de séroprévalence est passé de 4% en 2000 à 1,2% en 2012, il faut noter que la riposte nationale au VIH n'a guère connu beaucoup d'amélioration. Il y a des dysfonctionnements graves à tous les niveaux que la mise en œuvre des recommandations de la 7e session du CNLS devrait permettre de corriger.



Le Chef de l'Etat attendu sur les recommandations de la 8ème session

La 7ème session du Comité national de lutte contre le Sida s'est tenue mardi 23 octobre 2012 en présence du chef de l'Etat. Les travaux ont été marqués par le lancement du Plan stratégique national (PSN) 2012-2016. Il s'appuie sur la vision de l'ONUSIDA à savoir « zéro nouvelle infection, zéro décès lié au Sida, zéro discrimination à l'horizon 2015 ». A cette occasion, le chef de l'Etat a promis rattacher le Secrétariat permanent (SP) du CNLS à la Présidence de la République et de lancer l'audit organisationnel du Comité en vue d'une meilleure gestion des ressources mobilisées. Pour ce qui est des Antirétroviraux (Arv), le Chef de l'Etat a réaffirmé sa volonté de construire très bientôt au Bénin, une usine de fabrication

sous-régionale des médicaments. D'autres engagements ont été pris, le tout dans l'objectif noble d'améliorer la qualité de la prise en charge. Mais, selon le vice-président du Réseau Béninois des Associations de Personnes Vivant avec le VIH/Sida (RéBAP+), Christian Ahouantché, la 7ème session du Cnls n'a pas servi à grand-chose. Rien n'a bougé depuis sur le terrain. Ayant assisté en personne aux travaux de la 7ème session, il se révolte aujourd'hui de ce que les engagements pris sont vains et sans effet sur le terrain. « J'ai été approché par les conseillers du Chef de l'Etat pendant les travaux de la 7ème session. Et le Chef de l'Etat devrait nous recevoir de temps à autre pour faire le

point des avancées de la lutte contre le Sida au Bénin. Un an après rien n'a bougé, c'est toujours le statu quo. Et le Chef de l'Etat ne nous a toujours pas reçus. Même pas une seule fois », confie-t-il. Très remonté, le vice-président du RéBAP+ dénonce les lourdeurs administratives et les procédés du Cnls. Car à quelques jours de la tenue de la 8ème session, les organisations et associations intervenant dans la lutte, ne sont toujours informées de rien. Pour lui, le fait de les y associer à la vielle ou à la dernière minute, comme par le passé, ne laisse rien augurer de bon. Il conclut que, la riposte nationale au VIH est toujours un parent pauvre des préoccupations des autorités.

« Il ne faut pas que les gens fassent semblant de nous accompagner »

Prenons un médecin qui doit prendre en consultation plusieurs patients, a-t-il le temps de prendre en conseil une PVVIH? Je pense bien que non. Donc il faut que les PVVIH puissent parler de leur vécu à leurs pairs. On les appelle les conseillers psychosociaux. Ces médiateurs jouent un grand rôle dans la prise en charge psy-

chologique des PVVIH. Mais l'Etat béninois ne les recon-
naît pas », a-t-il poursuivi. « Il ne faut pas que les gens fassent semblant de nous accompagner. Rien n'a fondamentalement changé », a laissé entendre l'un des médiateurs du site du CNHU. Du côté du Comité national de lutte contre le Sida, on rassure que le maximum est fait pour améliorer la prise en charge des PVVIH. Une communication est prévue pour faire

le point de la mise en œuvre des recommandations lors de la prochaine session. C'est pourquoi le silence est de mise au niveau des responsables de la structure. Cependant, le Dr Antoinette Assani, Responsable santé près du Cnls, a confié que le Cnls, depuis la 7ème session, a aidé à une meilleure réorganisation de la coordination nationale. Il y a aussi eu des études sur les groupes cibles, études présidées par le Sp/Cnls. D'autre part, le Sp/Cnls a supervisé la mise en place du comité de pilotage par Plan/Bénin. Le Cnls aide Plan Bénin dans ses interventions sur le terrain, dont la séro-surveillance. On notera avec une pointe d'espoir que 1,5 milliard de francs du budget national a été consacré à l'achat des Arv, comme promis par le Chef de

l'Etat. Par ailleurs, la recommandation relative aux audits institutionnels a connu un début de mise en œuvre, notamment avec l'audit du Comité national de coordination. Cet audit démarré en avril 2013 est toujours en cours de réalisation la Grant Mechanism Solutions (GMS), un organisme américain.

Les recommandations issues de la 7ème session

Prendre un décret pour mettre en œuvre la loi sur le VIH, en son article 8, portant création d'un fonds national et d'assistances de lutte contre le sida. Mettre en place un comité interministériel pour réfléchir sur la reprise des travaux de construction du siège du SP/CNLS. Créer au Ministère en charge de la Famille une ligne budgétaire pour ren-
forcer l'appui nutritionnel et scolaire aux OEV. Procéder à un audit de toutes les UFLS afin de déterminer les moyens nécessaires pour leur fonctionnement. Formaliser l'enseignement sur le VIH/Sida au niveau des enseignements primaire et secondaire. Elaborer et mettre en place un plan de renforcement de capacités des sources humaines en charge de la gestion de la subvention allouée à la lutte. Procé-

der à un audit institutionnel et organisationnel des structures nationales (PNLS, SP/CNLS, CNC) à charge de la riposte au VIH/Sida. Promouvoir et renforcer l'implication du secteur privé. Etudier la possibilité d'étendre le système RAMU aux personnes vivant avec le VIH/Sida. Réfléchir sur les mécanismes appropriés pour l'amélioration des taux de consommation des ressources externes et internes affectées et la qualité des dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida. Organiser une réflexion multisectorielle pour alléger les procédures d'acquisition des intrants (ARV, réactifs...) assortie de décisions concrètes. Rendre fonctionnel l'organe de concertation du CNLS conformément aux articles 6 et 7 du décret N° 2002-273 du 18 juin 2002.

Wilfrid NOUBADAN
(Avec la collaboration de CÉRADIS ONG)

Thématique 2

**QUALITE DE LA PRISE
EN CHARGE DES PVVIH**

Qualité de la prise en charge médicale des PVV

Le suivi biologique en souffrance

La prise en charge médicale des personnes vivant avec le Vih (PVV) au Bénin est basée sur une politique de gratuité. C'est dans ce cadre qu'un paquet minimum d'activités est offert aux patients. Sur les sites de prise en charge, tout ne se passe pas comme prévu. Si les ruptures d'ARV y sont de moins en moins observées, les réactifs et certaines molécules manquent cruellement, compromettant ainsi le suivi biologique des patients et l'efficacité de la riposte nationale contre le Sida.

Par Reine AZIFAN

Sur le site du dispensaire IST sis à Tokpa Hoho à Cotonou, un des 82 sites de prise en charge que compte le Bénin, la prise en charge des PVV s'effectue comme d'habitude. Selon Rock Houngbo, secrétaire général adjoint du Réseau des personnes vivant avec le Vih/Sida (Répub+) et médiateur sur ledit site, il n'y a pas de problème majeur. «Les ruptures d'ARV ont été atténuées ces derniers mois, cependant, on note des ruptures de réactifs et de quelques molécules pour la prise en charge des infections opportunistes», explique-t-il. Il s'agit par exemple du Batrim qui est en rupture sur presque tous les sites. «Les malades doivent déboursier de l'argent pour s'acheter le Batrim eux-mêmes mais ils ne le font pas parce qu'ils sont déjà habitués à la gratuité», ajoute-t-il. Il reconnaît que les problèmes de ruptures d'intrants ne sont pas toujours dus à une rupture au plan national. «Quand on ravitaille un site, c'est le pharmacien qui gère. S'il ne fait pas le point à temps à la Centrale d'achat des médicaments essentiels (CAME), la livraison ne se fait pas non plus à temps», explique Rock Houngbo. Le paquet de soins offert aux PVV dans le cadre de la gra-



Ali Imorou Bah Chabi

tuité comprend le dépistage, les consultations médicales, le bilan initial et de suivi, les antirétroviraux (ARV), certains médicaments pour les infections opportunistes.

Une situation difficile à vivre

Les problèmes que connaissent actuellement les centres de prise en charge sont surtout liés aux ruptures de stock en réactifs et consommables de laboratoire et aux pannes des appareils par défaut de maintenance. Pourtant, le suivi biologique des patients est un point capital de la prise en charge médicale des PVV. Il aide le prescripteur à prendre des décisions rapides en vue d'adapter le traitement en fonction de la situation du malade. Si le suivi n'est pas bien assuré, le malade peut se retrouver en échec thérapeutique et présenter une résistance du germe aux ARV usuels. Toutes choses qui contribuent à l'augmentation du taux de décès chez les patients. De l'avis du docteur Grégoire Magnidet, médecin spécialiste en transfusion sanguine et Vih/Sida, les ruptures de réactifs

constituent une réalité que personne ne peut nier aujourd'hui. Les causes se trouvent, selon lui, dans le sous-développement de notre pays. «Lorsque vous dépendez de l'extérieur, vous ne pouvez pas avoir les intrants au moment voulu», souligne-t-il. Cette situation est difficile à vivre pour les médecins car, explique le Dr Grégoire Magnidet, «C'est nous-mêmes médecins qui les sensibilisons sur l'importance de l'observance du traitement. On ne doit pas suspendre le traitement, leur disons-nous. Nous-mêmes qui donnons ces

consignes ne les respectons pas». Lorsqu'intervient une rupture d'ARV, cela a pour conséquence, la démotivation des patients qui se tournent vers la médecine traditionnelle, des cas d'abandon de traitement, des perdus de vue. Cependant, nuance-t-il, «Quand une molécule est en rupture, il arrive que nous la remplacions par une autre, il est rare qu'il n'y ait pas du tout de molécule pour remplacer». S'agissant des réactifs, ils sont tout aussi importants : «Celui qui soigne un patient a besoin

de savoir si le traitement qu'il a prescrit marche ou pas. S'il n'y a pas de suivi régulier, le médecin ne peut pas savoir si ça marche ou pas et la conduite à tenir». Le manque de réactifs n'influe pas seulement sur le suivi biologique des PVV. «On n'arrive pas non plus à dépister. Or, un dépistage précoce et un traitement précoce permettent d'avoir plus de résultat», poursuit Dr Magnidet.

Les causes des ruptures d'intrants

Les raisons qui justifient les ruptures d'intrants se trouvent dans la complexité des procédures du Fonds mondial, principal bailleur de fonds du PNLS. Des procédures assez contraignantes qui ne permettent pas aux structures de prise en charge de disposer des intrants en temps

voulu. La prise en compte des observations et autres injonctions du principal bailleur induit parfois des retards dans le lancement des dossiers d'appel d'offres et par conséquent dans la livraison des commandes et la distribution sur les sites. A en croire le coordonnateur adjoint du Programme national de lutte contre le Sida (PNLS), Ali Imorou Bah Chabi, «Le problème de réactifs persiste parce que la commande de 2012 a été annulée par le Fonds mondial». En plus, le contrat liant le Fonds mondial et le PNLS est venu à terme le 31 décembre 2012. Conséquences : le tiers des 50 équipements pour CD4 ne fonctionne pas faute de maintenance et de réactifs. S'agissant des ARV, il n'y a pas eu de rupture cette année, relève Ali Imorou Bah Chabi qui précise que «Il peut avoir rupture d'ARV sur des sites lorsque les commandes ne sont pas exprimées à temps à la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux



Bientôt, le bout du tunnel ?

Connaissant le Fonds mondial et ses procédures, comment se fait-il qu'on invoque à nouveau des raisons de procédures pour justifier les ruptures ? « Si tant de pays africains connaissent des situations de ruptures d'intrants, ce n'est pas parce que les personnes qui gèrent ces dossiers sont incompétentes. Le sous-bassement de cette situation, ce sont les problèmes structurels », répond Ali Imorou Bah Chabi.

Par rapport au manque de Batrim constaté sur plusieurs sites, il assure que « Le problème est déjà résolu et cette molécule devrait être déjà au niveau des sites. Il a fait part des initiatives prises pour améliorer la qualité de la prise en charge des PVV au Bénin. Au nombre de celles-ci, il cite le projet de mise en place d'une unité de production locale d'ARV pour lequel des pourparlers sont en cours avec le Brésil. Il précise qu'une commande d'ARV et de réactifs est lancée sur financement du budget national pour 1,5 milliard. De même, dix nouveaux sites de prise en charge verront le jour au cours de l'année. Face aux ruptures récurrentes d'intrants pour le traitement des PVV observées dans plus d'une dizaine de pays d'Afrique de l'Ouest en 2012, les pays de la CEDEAO ont décidé, à travers l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS) de constituer un stock de sécurité pour dépanner les pays pendant les périodes de ruptures. Aux dires d'Ali Imorou Bah Chabi, le Bénin participera à la constitution de ce stock de sécurité qui sera basé à Abidjan en Côte d'Ivoire.

Pour certains acteurs de la lutte contre le Sida au Bénin, la solution au problème d'intrants passe par l'inscription au budget national, du financement complet et total du programme de prise en charge médicale des PVV au Bénin.

R. A.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

La totale disponibilité des réactifs pour les examens médicaux des personnes vivant avec le VIH/Sida (PVIH) n'est pas une réalité sur tous les sites de prise en charge. Des commandes de réactifs sont attendues par le Bénin selon le Programme national de lutte contre le VIH/Sida (PNLS). Mais, si le délai de cette attente se rallonge, « l'entière rupture des réactifs pour les analyses sur toute l'étendue du territoire national » deviendra la situation à laquelle seront confrontées les PVIH.

Quand les réactifs se font désirer ...

« Les réactifs sont inexistants. Il n'y a que l'analyse du CD4 qui se fait. Là encore, pour avoir accès à cet examen médical, les patients doivent se rendre, trois ou quatre fois, sur le site de prise en charge du CNHU à Cotonou ou de Louis Pasteur à Porto Novo ». Ainsi décrit Laurence Abatti, présidente de l'Association des femmes actives contre le Sida (AFAS), la situation de rupture des réactifs sur la plupart des sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida (PVIH). Actuellement, confirme docteur Elias Glonou, responsable du centre de prise en charge « Arc-en-ciel » à Cotonou, « nous n'avons pas les réactifs pour faire tous les bilans ». En effet, renchérit-il, « Depuis plus de trois semaines, nous avons suspendu de faire le dosage du CD4 car tous les réactifs ne sont pas disponibles ». Le comble, renseigne Odile Litchéhou, membre de l'AFAS, « il n'y a même pas de réactif pour le dépistage préliminaire ».

Présentement, soutient Marc Adjala, responsable du centre de prise en charge de l'ONG Racines à Savalou (une localité située à 300 km environ de Cotonou), « il y a une rupture de réactifs pour faire face au test rapide ». Au point où, « à notre niveau, poursuit-il, nous ne pouvons plus envisager le dépistage de masse avec le stock de sécurité existant ». De nos jours, ne désavoue pas Virgile Dégila, chef laboratoire de l'hôpital de zone de Savalou, « nous avons un problème de réactifs de confirmation (celui qu'il faut pour confirmer ou non le premier résultat obtenu au cours du processus de dépistage) ». Car, fait-il observer, « ces réactifs ne sont plus en quantité suffisante ». Sur la même lancée, docteur Ali Imorou Bah Chabi, coordonnateur adjoint du Programme national de lutte contre le VIH/Sida (PNLS) au Bénin, ne nie pas cette difficulté d'approvisionnement des sites de prise en charge de réactifs. « Nous avons du mal avec les réactifs », lance-t-il comme un cri de cœur. En effet, explique-t-il, « la commande de 2012 a été annulée par le Fonds mondial et nous avons des difficultés ».

Les mesures envisagées

Toutefois, apaise le coordonnateur adjoint du PNLS, une nouvelle commande de réactifs d'1,5 milliard de francs CFA, couvrant une période de

12 mois, est déjà passée et le pays n'attend que la livraison. Mieux, renseigne-t-il, des dispositions sont en train d'être prises par l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS) afin qu'au niveau sous-régional, un stock de sécurité de 30 000 patients soit constitué par pays pour ne plus être confronté à des situations de rupture de réactifs ou d'antirétroviraux (ARV). Et si l'on s'en tient à ses propos, la Côte d'Ivoire serait le pays où ces produits seront entreposés.

Mais avant la mise en œuvre de cette politique échelonnée sur le moyen et le long termes, afin de gérer la question de rupture des stocks des réactifs, Alexandre Adinci, infirmier-major et responsable du site de prise en charge de l'hôpital de zone de Savalou, indique qu'il s'adapte aux réalités du terrain. Autrement dit, qu'il se limite aux examens cliniques des patients qui ne présentent pas de signe extérieur de dégradation de leur état de santé. Et pour ceux qui sont affectés, il leur demande les bilans. De son côté, Judith Hounyovi Djossou Amoussou, ingénieur des travaux en analyse biomédicale au laboratoire de l'hôpital de zone de Ouidah, informe qu'elle a simplement « puisé des stocks de réactifs approvisionnés par l'hôpital pour satisfaire la demande des PVIH ».

1000 FCFA par mois, pour dorénavant avoir accès aux examens médicaux

En ce moment, fait remarquer son collègue Basile Guénanon, infirmier-major audit hôpital, le paquet minimum des examens entre temps gratuit, ne l'est plus. Pour y avoir désormais accès, les PVIH doivent déboursier entre quatre à sept mille francs CFA, selon les sites de prise en charge. Ce taux va jusqu'à trente mille francs CFA martèle Laurence Abatti. Au centre « Accompagnement, dépistage, information et solidarité (ADIS) » de l'ONG Racines à Cotonou, informe Doris Agboton, la coordonnatrice, « Aujourd'hui, nous ne pouvons que garantir la gratuité des CD4 (une analyse qui permet d'apprécier la capacité immunitaire du patient face au VIH/Sida et de décider de son éligibilité aux ARV) parce que l'Etat met à notre disposition des réactifs ».

Mais, en ce qui concerne les autres examens dont la Numération formule sanguine (NFS) qui détermine si le patient est anémié ou non, « nous prati-

quons à ADIS des taux forfaitaires et sociaux grâce aux subventions de nos partenaires », ajoute-t-elle. Et pour justifier ce qui a conduit à l'adoption de ces taux, Doris Agboton souligne que « L'Etat avait décrété gratuit le bilan de santé initial (le paquet minimum) que doit faire une personne dépistée gratuitement mais les mesures d'accompagnement ne suivent pas encore ». D'ailleurs, elles risquent de ne jamais être mises en œuvre avec le programme du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU). Car, renseigne le coordonnateur adjoint du PNLS, il se pourrait que soient inscrits au titre de ce programme les examens médicaux des PVIH. Ce qui suppose, selon le contenu du RAMU présenté par le ministère de la Santé, qu'au lieu d'avoir gratuitement accès aux analyses, les PVIH doivent désormais souscrire par mois, un montant de 1000 francs CFA.

Vers l'échec de l'objectif, zéro nouvelle infection à VIH/Sida au Bénin

En cas de manque de ressources financières, ces patients ne peuvent plus avoir accès aux examens médicaux, définis comme norme par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Généralement, commente Doris Agboton, ces examens sont de deux ordres. Le bilan initial qui permet de mettre ou non sous ARV la PVIH.

Puis, les bilans périodiques qui interviennent chaque six mois pour essentiellement apprécier l'évolution du taux de CD4 chez le patient. Au total, précise docteur Elias Glonou, il s'agit de l'examen annuel de la charge virale, pour savoir si le virus se multiplie ou non dans l'organisme de la PVIH. Il y a également les deux examens de CD4 à faire par an ainsi que les deux bilans de suivi. « Ne pas faire tous ces bilans, le patient se trouve en échec clinique avant que l'on prenne les décisions », s'offusque le médecin responsable de « Arc-en-ciel ». Car, argumente-t-il, « l'état de santé du patient, au lieu de s'améliorer, va se dégrader ». Entre autres, indique-t-il, « les maladies opportunistes vont s'aggraver et si rien n'est fait, le patient peut être emporté par la mort ». Les conséquences de l'absence des examens médicaux sont aussi perceptibles au niveau de l'engagement pour l'élimination de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant (ETME), dévoile Odile Litchéhou. « Actuellement, les accouchements se font sans le test préliminaire du VIH/Sida », dénonce-t-elle. Dans ces conditions, « peut-on atteindre l'objectif zéro nouvelle infection à VIH ? », interroge-t-elle.

Le problème de maintenance des appareils, l'autre paire de manches ...

Un autre défi à relever pour

assurer la pérennité des examens médicaux chez les PVIH, la maintenance des appareils de laboratoire utilisés pour ces analyses. « Notre appareil est en bon état à Arc-en-ciel », rassure docteur Elias Glonou. Même constat au laboratoire de l'hôpital de zone de Ouidah, selon Judith Hounyovi Djossou Amoussou. Elle bénéficie en effet, d'une maintenance trimestrielle initiée par les responsables dudit hôpital. Sinon, cette maintenance n'aurait assurée par un organisme, ne se poursuit plus depuis plus d'un an à l'hôpital de zone de Savalou, confie Virgile Dégila. Néanmoins, en cas de panne légère, témoigne-t-il, « Je les appelle, je leur explique le problème, ils me donnent les instructions que je mets en application et le problème est ainsi réglé par téléphone ».

Bientôt, reconforte docteur Ali Imorou Bah Chabi, seront conjugués au passé les défauts de maintenance des appareils servant aux examens médicaux des PVIH. Car, le contrat est renoué avec la structure compétente, informe-t-il. Seulement, pour l'instant, au laboratoire de référence du PNLS à Cotonou, les appareils attendent les fruits de ce renouveau pour reprendre, de plus belle, avec les examens médicaux des PVIH, constate l'un des patients.

Vadim QUIRIN avec la collaboration de CeRADIS ONG



Une photo adaptée à la circonstance. Ces personnages n'ont aucun lien avec le VIH/Sida

Un geste qui risque de s'estomper sans réactif

Prise en charge médicale des PVVIH dans l'Ouémé

La rupture du stock des réactifs, une entrave majeure à la lutte*(A Porto-Novo, Il faut déboursier 12.000F pour faire le bilan initial)*

Depuis plus d'un an, les Personnes vivant avec le Vih Sida (PVVIH) de l'Ouémé, plus précisément de Porto-Novo et ses environs, souffrent le martyre pour leur prise en charge médicale. Même s'il n'y a plus rupture des ARV sur le terrain, le problème de rupture des réactifs couplé avec la panne des appareils de laboratoire se pose avec acuité. Le Cipec étant dans l'incapacité de satisfaire ces PVVIH, la Clinique Louis Pasteur de Porto-Novo a pris le relais et offre le bilan aux patients à un prix qu'il appelle forfaitaire, soit 12.000 F. Désormais donc, le bilan initial qui donne le OK pour la prise en charge médicale n'est réservé qu'aux PVVIH ayant de moyens.



Photo DR

M. Imorou Bah Chabi a apaisé les uns et les autres

**Victorin Fassinou
(Avec la collaboration de CeRADIS-ONG)**

La lutte contre le Vih/Sida dans le département de l'Ouémé est frappée de plusieurs obstacles qui ne permettent pas une bonne prise en charge médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). Depuis plus d'un an, les réactifs qui entrent en ligne de compte dans la réalisation de certains bilans des

PVVIH sont en rupture. A part le test de VIH et le NFS qui continuent d'être faits gratuitement au Centre d'Information, de Prospective et de Conseils (Cipec), toutes les autres analyses, à savoir CD4, Glycémie, Transaminase, créatinine et Plaquettes, se font dans Porto-Novo et ses environs seulement dans la clinique Louis Pasteur. Des informations recueillies des responsables de laboratoire, il ressort que tous les appa-

reils de laboratoire sont défectueux depuis des mois.

Les bénéficiaires n'ont plus accès aux services des Cipec. Les usagers des centres de prise en charge à Porto-Novo et ses environs, à l'instar de CM/Porto-Novo, les centres de santé d'Adjarra, de Missérétié et des Aguégués, se ruent désormais vers la clinique Louis Pasteur de Porto-Novo où ils font le bilan cette fois-ci en payant.

Même si certains médiateurs reconnaissent que de plus en plus l'Etat et les partenaires font de leur mieux, les PVVIH rencontrées à Porto-Novo, au Cipec et au Centre hospitalier départemental de l'Ouémé-Plateau (Chd-OP) sont toutes unanimes sur le fait que la qualité de leur prise en charge médicale n'est pas ce qui a été arrêté par les autorités en charge de la lutte contre le Vih Sida lors des grandes assises au plan national. Toutefois, ces PVVIH ont reconnu qu'il n'y a pas eu rupture en tant que tel dans l'approvisionnement en ARV. « Mais chaque fois qu'il y a rupture d'un produit, les mé-

decins du Chd-OP font tout pour y substituer un autre produit équivalent », a confié un groupe de PVVIH. Mais leur doléance est simple, c'est de voir désormais fonctionnels les Cipec et plus viables les sites de prise en charge. Cette situation de rupture de stock de réactifs n'est pas sans conséquence sur la santé de ces PVVIH.

Une situation déplorable

Le suivi des PVVIH est conditionné au résultat du bilan périodique qui se fait tous les six mois. Pour défaut de moyen, bon nombre de PVVIH n'arrivent plus à faire tous les examens contenus dans le bilan puisque désormais, il faut déboursier 12.000F de sa poche pour faire l'ensemble des tests que comporte ce bilan. Les conséquences sont néfastes, dira l'agent de santé du site de prise en charge d'Adjarra. Selon ses explications, le suivi biologique permet d'adapter les ARV aux différentes formes que prend le virus. Donc pendant la période de non suivi ou de rup-

ture d'ARV, les malades du Vih /Sida développent des infections opportunistes. Le virus évolue sous une autre forme. Certains malades dépérissent. D'autres contractent des maladies très graves. En un mot, la rupture des ARV et le non suivi des malades ont de graves conséquences sur la santé des patients. Pour soulager un tant soit peu les malades dans Porto-Novo, le Groupement d'intervention publique Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau (GIP ESTHER), outil d'intervention de la France pour la mise en œuvre de sa politique d'aide au développement dans le domaine de la santé, serait en train de mener les démarches pour que le coût du bilan soit revu complètement à la baisse.

Une lueur d'espoir

La rupture des réactifs pour les examens médicaux et la panne des appareils de laboratoire observées ces derniers mois ont une justification, explique le

Coordonateur adjoint du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), Ali Imorou Bah-Chabi. A ses dires, le contrat entre le PNLS et le Fonds Mondial était venu à son terme en décembre 2012. Donc de janvier à juillet 2013, une trêve a été notée dans plusieurs activités comme l'approvisionnement des réactifs et la maintenance des appareils. A l'en croire, des commandes de réactifs sont déjà lancées sur financement du budget national à hauteur d'1,5 milliard de francs. La situation de rupture de stock des réactifs connaîtra dans les prochains jours un dégel, peut-on retenir des explications de M. Bah-Chabi. Le Coordonateur adjoint du PNLS annonce la mise en place prochaine, sous l'égide de l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS), d'un stock de sécurité d'intrants (ARV et réactifs) pour aider les pays de la CEDEAO en cas de rupture. Mais pour les PVVIH et les médiateurs, le Bénin pouvait éviter cette crise en anticipant sur ses commandes.

Réponse nationale contre le Sida au Bénin

Le manque de réactifs compromet la qualité de la prise en charge des PvVih

La prise en charge des personnes vivant avec le Vih (PvVih), un point capital de la réponse nationale contre le Sida, se trouve depuis des années face à un certain nombre de problèmes. Zoom sur ces problèmes et leurs conséquences sur le suivi biologique des patients et les débuts de solutions.

Blaise Ahouansè

(Avec la collaboration de CeRADIS ONG)

« Zéro nouvelle infection, zéro décès lié au Sida, zéro discrimination ».

C'est l'un des objectifs fixés par l'Onusida pour 2025. « Notre objectif, c'est que les PvVih vivent longtemps », explique Dr Ali Imorou Bah Chabi, Coordonnateur adjoint du Programme national de lutte contre le Sida (Pnls). Ceci passe par le traitement des malades et leur suivi par le biais d'une prise en charge de qualité des PvVih. Mais le chemin conduisant à l'atteinte de cet objectif est plein d'embûches. Sur l'ensemble des 13 sites de prise en charge que coordonne le Centre d'information, de prospective, d'écoute et de conseil (Cipec) des départements du Mono et du Couffo, l'obstacle premier, c'est le manque de réactifs, à en croire Clément Assogba, Secrétaire des services administratifs du Centre. A cela s'ajoutent le manque de certains médicaments, la vétusté et les pannes prolongées des appareils de laboratoire et l'insuffisance de supervision sur les sites de prise en charge. La liste est longue.

S'il y a une situation particulière dans les départements du Mono et du Couffo, c'est l'évolution du taux de décès liés au Sida, à en croire Gilbert Degbèlo, ingénieur biomédical et responsable du laboratoire du Cipec. Cette situation est due à ces patients appelés « les perdus-de vue ». Des PvVih qui disparaissent après un temps de traitement croyant qu'ils sont guéris. « Ils ressentent un bien-être et se croient déjà guéris », explique l'ingénieur biomédical. Face à la stigmatisation que vivent les PvVih, certaines d'entre elles préfèrent se rendre sur un site éloigné de leur domicile. C'est sans compter avec les conséquences financières de leur choix. Conséquences qu'elles n'arrivent toujours pas à supporter et arrêtent le traitement chemin faisant, fait-il remarquer. Et pourtant, c'est une situation que le Pnls a voulu éviter en rapprochant davantage les sites de prise en charge des malades. Pour le Dr Etienne Houkonnou du Cipec Mono-Couffo, il faut une supervision rapprochée des sites de prise en charge.

Dans le Mono-Couffo, on note aussi une propagation inquiétan-



Le Coordonnateur adjoint du Pnls, Dr Ali Imorou Bah Chabi, dit prendre des dispositions pour une correction

te de l'épidémie. Le taux de prévalence dans le Mono-Couffo est respectivement de 2,2% et de 2,4 %, contre la moyenne sur le plan national est de 1,2%.

Le Pnls confirme les dysfonctionnements et s'explique

Ces dysfonctionnements, notamment les ruptures de réactifs, le manque de certains médicaments et les pannes des appareils, sont reconnus par le Pnls. Au sujet des ruptures, le Coordonnateur adjoint du Pnls explique : « On a eu des problèmes de réactifs parce que, la commande 2012 a été annulée. » Ceci, pour avoir été invalidée par le bailleur qu'est le Fonds Mondial (Fm). Il s'agissait des réactifs pour l'analyse biologique de comptage des CD4. Outre cette raison d'objection du Partenaire technique et financier (Ptf) qui prend aussi du temps, les ruptures d'Arv sont aussi liées à d'autres contraintes dont la distance entre le Bénin et les usines de fabrication des réactifs et Arv, le temps ou la procédure pour traiter une requête (3 à 9 mois dans les conditions optimales), le retard d'envoi par le fournisseur, le retard dans le décaissement des fonds et d'autres raisons qui sont d'ordre commercial à la discrétion du Pnls et des Ptf.

En ce qui concerne les pannes d'appareils, elles sont liées à l'arrêt du contrat entre le Fm et le Pnls. Venu à terme le 31 décembre 2012, ce n'est qu'en juillet 2013 que le contrat a été renouvelé. « Pendant ce temps, on n'a pas pu continuer la maintenance des appareils » avoue Docteur Ali Imorou Bah Chabi.

D'où la panne des appareils. Mais à la reprise dudit contrat, le système de maintenance a été réactivé. Ceci concerne les 50 équipements de CD4 mis à disposition sur le plan national par le Pnls mais dont 1/3 n'a pas fonctionné pendant ce temps de trêve contractuelle. Pour le suivi, le Pnls a aussi mis à disposition, 10 équipements pour la charge virale.

Conséquences sur le suivi biologique

Ruptures de réactifs ou pannes d'appareils, elles ne sont pas sans effets néfastes sur la qualité de la prise en charge des PvVih. Tout comme le CD4, il y a d'autres tests obligatoires auxquels le malade est soumis dès sa mise sous traitement. Entre autres, la glycémie, la créatinémie, les transaminases (Alat), le cholestérol total, le cholestérol Nds, les triglycérides, l'uricémie, le gamma Gt, l'amylose, le NFS et la charge virale. Il est évident qu'en l'absence des réactifs pour ces analyses, ou lorsque les appareils sont en panne, il n'est non seulement pas possible de mettre des patients sous traitement mais aussi il n'y a pas de suivi des malades déjà sous Arv afin de savoir quels médicaments leur prescrire. Des médicaments que le patient est obligé de prendre tous les jours. En effet, le bilan CD4 ou numération CD4 par exemple est un examen biologique qui se fait au moment du « bilan d'inclusion » qui détermine l'admission d'un patient à la thérapie antirétrovirale, et, tous les six mois au cours de son suivi médical. C'est aussi un bon indicateur de la santé générale et des capacités de défense

du corps de la PvVih contre le virus et de la progression du virus.

Les ratés dans ces analyses et le non respect de la fréquence des médicaments sont sources d'échecs thérapeutiques dus aux résistances que peut commencer par développer l'organisme du patient.

« Quand la PvVih manque une seule fois de prendre un médicament ou le prend avec retard, cela lui crée des problèmes. Son organisme peut commencer par développer des résistances. Et c'est ce qui occasionne les échecs thérapeutiques », confie Constant Migan, médiateur sur le site de prise en charge du Cahu, à Cotonou. Et devenu plus faible, l'organisme laisse libre cours à d'autres maladies et infections opportunistes qui se développent si rien n'est fait et la mort s'ensuit. Et pour éviter une telle issue, il y a un palliatif, aux dires de Constant Migan. Mais en réalité, cette solution cache un danger qui plane sur la vie de PvVih. Il s'agit, à en croire le médiateur, de remplacer un médicament de première ligne en rupture par un autre de deuxième ligne disponible. L'inquiétude des malades, c'est que, quand ce médicament de 2ème ligne sera aussi en rupture, il n'y aura pas de solution vu le niveau actuel de la lutte au Bénin. Il va falloir en effet un médicament de 3ème ligne. Ce qui n'est pas encore disponible au Bénin, précise-t-il.

Des débuts de solutions

Pour l'instant, le Pnls dit prendre des dispositions pour une correction de ces difficultés.

Déjà, avec la reprise du contrat de maintenance, le problème de panne des appareils est en train d'être réglé. Au sujet des ruptures, le Coordonnateur adjoint du Pnls rassure que pour le compte de cette année 2013, il n'y a pas eu de rupture d'Arv. Pourtant, sur certains sites comme dans ceux du Mono-Couffo, on continue de se plaindre de manque de réactifs et d'Arv. Aux dires du Coordonnateur adjoint du Pnls, ceci pourrait se justifier par le fait que le Centre n'ait pas fait la demande d'approvisionnement à temps ou qu'un passage de la Centrale d'achat des médicaments essentiels (Came), le responsable du Centre n'était pas présent. Il peut aussi y avoir une mauvaise gestion du site. Et c'est pour anticiper sur ces problèmes que le Pnls organise des formations sur la gestion des stocks, précise le Coordonnateur adjoint.

Une autre situation connue cette année, c'est la non disponibilité temporaire des médicaments comme le batrim et l'Abacavir. Le cas de l'Abacavir était dû, à l'en croire, au contrôle de qualité. D'après les normes en la matière, avant la mise à disposition des médicaments sur les sites de prise en charge, il doit forcément y avoir ce contrôle au Canada. L'opération dure une semaine à 10 jours. Pendant ce temps, aucune admission de ce médicament n'est permise.

En dépit de ces dysfonctionnements, Dr Ali Imorou Bah Chabi se veut optimiste. Par rapport aux contraintes liées à l'achat d'Arv, une politique de fabrication régionale et locale est en train d'être mise en place. Pour mémoire, le Président de la République du Bénin, Thomas Boni Yayi, déclarait à l'occasion de la Journée mondiale du Sida, édition 2012 : « Je suis en train de négocier avec les partenaires sud-africains pour qu'ils nous aident à installer une industrie de médicaments génériques et des antirétroviraux dans la sous-région ». Des pourparlers sont engagés aussi avec le Brésil pour la même cause. Dr Ali Imorou Bah Chabi annonce, par ailleurs, la constitution prochaine d'un stock de sécurité d'intrants thérapeutiques de la Cedeao qui va être logé à Abidjan en Côte d'Ivoire. Les pays de la Cedeao y logeront un stock pour 30.000 malades. En temps de rupture dans un pays, ce dernier pourra en prendre en attendant que la situation ne revienne à la normale chez lui.

On note également une marche vers l'autonomisation financière du Pnls pour l'acquisition des Arv. De 650 000 000 millions de Francs Cfa en 2006, la contribution de l'Etat béninois au budget du Pnls est passée à 2 milliards au titre de l'année 2013. □

QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH

Le manque de réactifs plombe l'efficacité de la riposte nationale

LE DÉPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES POUR LE VIH PERMET DE SAUVER PLUSIEURS NOUVEAU-NÉS DE L'INFECTION DU VIRUS DU SIDA. DEPUIS QUELQUES MOIS, LE DÉPISTAGE DU VIH N'EST PLUS POSSIBLE DANS CERTAINES MATERNITÉS PUBLIQUES EN RAISON DE LA PÉNURIE EN RÉACTIFS. AU-DELÀ DES FEMMES ENCEINTES, C'EST L'ENSEMBLE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) QUI SUBIT LES CONSÉQUENCES DE LA PÉNURIE DE RÉACTIFS. UNE SITUATION QUI COMPROMET LA QUALITÉ DE LEUR PRISE EN CHARGE.

ÉLÉONORE DJEGUI (EN COLLABORATION AVEC L'ONG CÉRADIS)

Nous sommes au centre de santé de Zogbo dans le 9ème arrondissement de Cotonou. Il est 08 heures 30 mn. Le calme règne dans l'enceinte du centre. Pourtant, un nombre important de personnes s'y trouvent. A la maternité du centre, les agents de santé sont déjà à leur poste. Ils se distinguent facilement par leur tenue de travail. Sur la véranda, de nombreuses femmes enceintes sont assises sur des bancs et attendent leur tour pour la consultation prénatale. Le sourire est pratiquement absent de leurs visages malgré la fraîcheur matinale. Rien de surprenant quand on est en état de grossesse. « Je suis fatiguée de rester assise » lâche l'une des femmes qui essaie de se lever du banc. Elle, c'est Sabine. Elle s'est rendue dans cette maternité à sept heures dans l'espoir de se faire consulter rapidement et de repartir à la maison. Mais Sabine doit encore patienter quelques minutes, le temps que les trois femmes qui la précèdent se fassent consulter. A l'intérieur, les sages-femmes s'occupent de celles qui se sont fait enregistrer. Parmi elles, certaines sont des porteurs du virus du Sida qui s'ignorent pour n'avoir pas fait le dépistage par manque de réactifs. « Pour dépister les femmes enceintes, nous avons régulièrement

les intrants du Cipec Suru Léré. Et quand il y a rupture, nous le leur signalons. Dès qu'il est possible, le Cipec nous ravitaille en intrants. Actuellement, il y a une rupture générale des réactifs. Les quelques-uns qui ont été mis à notre disposition sont déjà utilisés. Nous les avons reçus depuis trois mois et la rupture signalée remonte à un mois » informe Marie Elisabeth Kiki Tognibo, Contrôleur d'action sanitaire, Sage-femme responsable du centre de santé de Zogbo.

La situation de pénurie ne permet ni une prévention de la transmission du VIH au nouveau-né ni une prise en charge correcte et efficace des personnes infectées. Or, le défi à relever aujourd'hui, c'est l'atteinte de l'objectif zéro nouvelle infection, zéro discrimination, zéro décès. Le manque de réactifs qui s'est généralisé et des kits d'accouchement sur certains sites laisse planer le doute dans les esprits quant à l'atteinte de cet objectif.

Contribution des médiateurs

Sur le site de Zogbo quatre femmes sont dépistées séropositives en un mois et sont sous traitement, « malgré la crise, nous ne référons pas nos femmes enceintes vers d'autres sites. Nous nous débrouillons plutôt pour les satisfaire comme nous le pouvons », confie Marie Elisabeth Kiki Tognibo. Laurence Abatti, présidente de l'Association de Femmes



Un centre qui abrite aussi un site de prise en charge des PVVIH

PVV (AFAP-horizon) et médiatrice sur ce site confirme aussi l'inexistence des réactifs sur le site de Zogbo. Selon Laurence Abatti, le site ne dispose pas non plus de kit d'accouchement : « nous sensibilisons les femmes enceintes, nous les amenons à faire le dépistage. Mais le site ne dispose pas de kit d'accouchement. Pire, toutes les analyses sont aujourd'hui payantes sauf le CD4. Ce qui n'était pas le cas avant ».

Interrogée à ce sujet, la responsable du centre rassure de la disponibilité des kits pour le suivi. Mais avant de donner le kit approprié à chaque cas, la sage-femme apprécie le degré de coloration des muqueuses de la femme enceinte et peut aussi demander un taux d'hémoglobine pour apprécier son anémie.

Le dépistage du VIH est important pour toute femme enceinte et doit se faire à n'importe quel âge de la grossesse mais de préférence un peu plus tôt. Ainsi, l'essentiel pour Marie Elisabeth Kiki Tognibo est la disponibilité des médicaments. Quant aux réactifs pour le dépistage, il est possible de rattraper à n'importe quel moment de la grossesse.

Comme à Zogbo, plusieurs autres sites de prise en charge subissent les conséquences de la pénurie de réactifs et des pannes prolongées des appareils. Plusieurs acteurs soutiennent que les difficultés du

suivi biologique constituent les points faibles majeurs de la prise en charge médicale des PVVIH au Bénin. Elles se traduisent par les ruptures de stock en réactifs et consommables de laboratoire ; l'absence des appareils de laboratoire pour les bilans de routine ou les pannes de ces appareils par défaut de maintenance ; les difficultés d'accès à la charge virale avec comme conséquence un retard à la détection des échecs thérapeutiques.

Pourquoi cette rupture ?

Au Programme national de lutte contre le Sida (PNLS) et à la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME), la rupture en réactifs pour le dépistage du VIH est confir-

mée. Elle s'explique par le fait que le partenaire à ses exigences que le Bénin doit respecter. Le Fonds Mondial qui finance aujourd'hui l'achat des intrants par le biais de la CAME, exige des procédures sans lesquelles l'achat des intrants n'est pas autorisé. Toutefois, informe une personne ressource de l'Unité de Gestion des Programmes Spécifiques de la CAME, les dispositions sont prises pour l'achat des kits de dépistage rapide. Ils seront probablement disponibles courant mi-novembre 2013.

Le gouvernement a fait un grand effort en octroyant 1,5 milliard de francs Cfa pour l'achat des intrants. Néanmoins, certains acteurs souhaitent une amélioration de l'enveloppe à hauteur de 04 milliards, l'allègement des procédures de décaissement et l'utilisation des Fonds dans le but de ne plus connaître les cas de rupture de stock au Bénin au profit des bénéficiaires.

Le Coordonnateur adjoint du PNLS, Dr Ali Imorou Bah Chabi, confirme les exigences du partenaire par rapport à la commande des intrants. Cela explique d'ailleurs l'annulation par le Fonds Mondial de la commande de 2012 du PNLS. Le choix du fournisseur par le partenaire et la lenteur des procédures justifient la situation actuelle qui prévaut sur les sites. « En réalité, la situation de rupture ne dépend pas des acteurs. Le partenaire a ses exigences que nous sommes tenus de respecter » souligne le coordonnateur adjoint du PNLS.



Ph. DR

Le coordonnateur adjoint du PNLS, Ali Imorou

Subvention du Fonds mondial

Dans le cadre du projet « Accélération de l'accès aux services de prévention de l'infection par le VIH, de soins et traitement et de soutien à base communautaire » le Fonds Mondial a octroyé tout récemment au titre de la phase 2 du Round 9 un appui financier au Bénin. Le PNLS, Plan Bénin et SEIB sont les bénéficiaires principaux de cette subvention dont la signature a eu lieu au ministère de la santé. Pour le compte du PNLS, la subvention va couvrir l'Élimination de la Transmission Mère Enfant, le Conseil/dépistage pour les groupes à risque, la prise en charge des Infections sexuellement transmissibles pour les groupes à risque, la sécurité transfusionnelle, le traitement anti-rétroviral, la co-infection Tuberculose /VIH et la prophylaxie/traitement des infections opportunistes.

Prise en charge des Psvih au Bénin**Des dysfonctionnements persistent**

Sur les 60.000 personnes infectées au Bénin par le Vih/Sida, 23125 bénéficient des antirétroviraux. Les sites offrant des services de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (Ptme) sont passés de 33 à 450 sites en 12 ans, avec un taux de couverture de 46% soit près d'une femme sur deux pouvant prévenir l'infection chez son nourrisson. En dépit de ces bons résultats, il persiste beaucoup de dysfonctionnements dans la prise en charge des Psvih au Bénin.

Le taux de contamination verticale mère-enfant se situe autour de 20% et mérite d'être diminué de manière drastique. Quatre cents enfants naissent chaque année au Bénin avec le Vih/Sida tandis que l'on assiste à des ruptures incessantes d'intrants en général, dont des réactifs et des médicaments antirétroviraux (Arv) dans les centres de prise en charge sur l'ensemble du territoire national. A cela s'ajoutent les pannes des appareils de laboratoire qui empêchent un bon suivi biologique des malades. Cette tendance se confirme au niveau du Centre d'informations, de prospectives, d'éducation et de conseils (Cipec) Mono-Couffo. Le centre s'occupe de la prise en charge médicale et coordonne également les activités de 13 sites de prise en charge dans les deux départements. Ici, les principaux acteurs rencontrés évoquent des situations de rupture d'intrants, surtout de réactifs. Mais, l'urgence, c'est le cas des perdus de vue. C'est le problème qui se pose avec acuité dans le Mono-Couffo, selon l'ingénieur biomédical, Gilbert Degbèlo, responsable du laboratoire du Cipec. La situation de ces patients perdus de vue devient une situation préoccupante car, après six mois de traitement, certains patients disparaissent. « Ils ressentent un bien-

être, et se croient déjà guéris ». A la base de cette situation, il y a la stigmatisation des Psvih par l'entourage. Certaines d'entre elles sont donc obligées de trouver des sites de prise en charge loin de leur domicile. Et par manque de moyens financiers conséquents, s'ils n'arrivent plus à faire la distance pour poursuivre le traitement, ils abandonnent. Selon ce responsable, le virus du Sida se propage par ce biais. Les décès augmentent et une résistance se développe aussi. Quant à Clément Assogba, Secrétaire des services administratifs, près le Cipec Mono-Couffo, il confirme que la préoccupation essentielle, c'est le manque de réactifs. Il faut en avoir suffisamment pour ravitailler les sites. Malgré ces difficultés, il affirme que la lutte contre le Vih avance par rapport au passé. « Il y a des progrès, il suffit d'avoir des réactifs ». Aujourd'hui poursuit-il, les patients ayant besoin de traitement sont tous mis sous Arv et si les molécules sont disponibles, ils sont bien soignés.

Accentuer les interventions dans le Mono-Couffo Faisant le point de la situation de la prise en charge des Psvih dans le Mono-Couffo, le Dr Etienne Hounkonnou, responsable du Cipec, confie que le nombre de

femmes enceintes dépistées de Janvier à juin 2013, est de 10 522. Alors que parmi 102 femmes enceintes séropositives détectées, 89 sont déjà sous trithérapie. Au cours de la même période, 167 psvih hommes ont été mis sous traitement préventif contre 304 femmes. Les cas d'infections opportunistes diagnostiqués : 61 masculins et 142 féminins. Le taux de prévalence dans le Mono, est de 2,2%, et de 2,4 % dans le Couffo. Un taux au-dessus de la moyenne nationale stabilisée autour de 1,2 %. Pour le Dr Hounkonnou, « le combat à mener reste entier ». Il faut accentuer les interventions dans le Mono-Couffo. Il faut aussi une supervision rapprochée des sites de prise en charge en général, et des sites de Ptme surtout. Il faudra surtout selon lui, accroître les activités d'information et de sensibilisation des femmes enceintes et des jeunes filles en âge de procréer.

Pannes de machines, ruptures d'Arv Selon le Docteur Ali Imorou Bah Chabi, Coordonnateur adjoint du Pnl, les ruptures d'intrants sont dues à plusieurs facteurs. Il y a entre autres, la distance entre le Bénin et les usines de fabrication, le temps de la procédure et les lourdeurs administratives (3 à 9 mois dans les conditions optimales), le retard d'envoi de la

part du fournisseur, le retard dans le décaissement des fonds.

Pannes de machines, ruptures d'Arv

En ce qui concerne les pannes d'appareils, elles sont dues à l'arrêt du contrat entre le Fonds mondial et le Bénin. Venu à terme le 31 décembre 2012, ce n'est qu'en juillet 2013 que le contrat a repris, d'après les explications du Docteur Ali Imorou Bah Chabi. «Pendant ce temps, on n'a pas pu continuer la maintenance des appareils» avoue-t-il. Mais à la reprise dudit contrat, le système de maintenance est réactivé. Ceci concerne les 50 équipements de CD4 mis à disposition sur le plan national par le Pnl mais dont 1/3 n'a pas fonctionné pendant ce temps d'arrêt du contrat. Pour le suivi, le Pnl a aussi mis à disposition, 10 équipements pour la charge virale.

Ces dysfonctionnements ont des effets néfastes sur la qualité de la prise en charge des Psv. Par exemple, le bilan Cd4 est un examen biologique qui se fait au moment du «bilan d'inclusion» qui détermine l'admission d'un patient à la thérapie antirétrovirale, et tous les six mois au cours de son suivi médical. Le Cd4 est un indicateur général de la santé, des capacités de défense du corps, de la Psvih et de la progression du virus. L'absence de réactifs et les pannes récurrentes

d'appareils de laboratoire ne favorisent donc pas la réalisation de cet examen. Ce qui empêche la mise sous traitement et le suivi de ceux déjà sous Arv. Or, le manque de suivi et la non observance du traitement occasionnent des échecs thérapeutiques. L'organisme du patient développe alors des résistances. L'organisme affaibli, fait le lit à d'autres maladies et aux infections opportunistes.

Perspectives

Avec la reprise du contrat, rappelle le Dr Imorou Bah Chabi, le problème des pannes d'appareil est en train d'être réglé. Il rassure que les ruptures sont mieux gérées. « Dans l'ensemble pour le compte de cette année 2013, il n'y en a pas eu, ou pas encore », déclare-t-il. Certes, des problèmes persistent, mais ils sont dus plutôt au fait que la demande d'approvisionnement n'est pas faite à temps. Il peut aussi avoir des cas de mauvaise gestion du site. Il confirme la non disponibilité temporaire de médicaments comme le Batrim et l'Abacavir. La non disponibilité de cette molécule ARV est due, à l'en croire, au contrôle de qualité. D'après les normes en la matière, avant la mise à disposition des médicaments sur les sites de prise en charge, il doit être forcé et avoir ce contrôle de l'échantillon. Ceci dure une

semaine à 10 jours. Pendant ce temps, ce médicament ne peut être administré aux malades. Par rapport aux contraintes liées à l'achat d'Arv, il est en train d'être mis en place une politique de fabrication régionale et locale. Des pourparlers sont engagés avec le Brésil pour la même cause. Autre solution, le projet de constitution d'un stock de sécurité de la Cedeao qui va être logé à Abidjan en Côte d'Ivoire. Ce stock y sera entreposé pour ravitailler les pays en situation de rupture.

Pour la question de financement, il y a une marche douce vers l'autonomisation financière du Pnl pour l'acquisition des Arv. Cette marche se ressent sur son budget. La contribution de l'Etat béninois au budget du Pnl est passée à 2 milliards au titre de l'année 2013. Mais les sources de financement du Pnl restent extérieures en grande partie. C'est dans ce contexte, que le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme vient de signer de nouvelles subventions de lutte contre le VIH au Bénin. Elles contribueront entre autres, à poursuivre l'élargissement du traitement et des programmes visant à prévenir la transmission du VIH par des femmes enceintes à leur enfant. L'objectif étant d'offrir un traitement à 90 pour cent des personnes qui en ont besoin d'ici 2015.

Réalisé avec la collaboration de CeRADIS-Ong

Thématique 3

**MISE EN OEUVRE DES NOUVELLES
RECOMMANDATIONS DE L'OMS**

Traitement précoce des personnes vivant avec le Vih (PVV)

Le Bénin pourra-t-il prendre en compte cette recommandation de l'OMS ?

«Un traitement antirétroviral plus précoce, plus sûr et plus simple peut entraîner un déclin irréversible de l'épidémie», c'est ce que soutient l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Elle a rendu publiques en juin dernier ses nouvelles recommandations thérapeutiques concernant le Vih. Au Bénin, les modalités de mise en application des dites recommandations ne sont pas encore étudiées. Les PVV s'impatientent et appellent les structures en charge de la lutte contre le Sida à agir promptement pour sauver leurs vies.

Par Reine AZIFAN (Avec la collaboration de CeRADIS Ong)

« Des éléments récents indiquent qu'un traitement antirétroviral (TAR) administré plus précocement aide les personnes porteuses du Vih à vivre plus longtemps et en meilleure santé et réduit substantiellement le risque de transmettre ce virus à d'autres personnes », souligne l'OMS. Un TAR précoce pourrait permettre d'éviter 3 millions de décès et prévenir 3,5 millions de nouvelles infections par le Vih d'ici à 2025 dans le monde. Tous les pays sont donc encouragés à mettre en route le TAR chez les adultes vivant avec le Vih dès que la numération des CD4 est inférieure à 500 cellules/mm³ ou moins – c'est-à-dire lorsque leur système immunitaire est encore fort. Les précédentes recommandations de l'OMS, formulées en 2010, incitaient à proposer le traitement au stade de 350 cellules CD4/mm³ ou moins. Ce changement d'approche fait suite à la découverte d'éléments prouvant que traiter plus précocement les personnes porteuses du Vih avec des médicaments sûrs, abordables et faciles à gérer peut à la fois les maintenir en bonne santé et abaisser leur charge virale, ce qui réduit le risque de transmettre le virus à une autre personne. Aux enfants de moins de cinq

ans et aux femmes enceintes et allaitantes vivant avec le Vih, les nouvelles recommandations prévoient de fournir un traitement antirétroviral, indépendamment de leur numération des CD4. Par ailleurs, l'Organisation recommande que toutes les personnes vivant avec le Vih et atteintes d'une tuberculose évolutive ou d'une hépatite B au stade maladie reçoivent le traitement antirétroviral. Elle préconise également de prescrire à tous les adultes débutant un TAR la même pilule quotidienne unique renfermant une association de médicaments en doses fixes. « Cette association est plus facile à prendre et plus sûre que d'autres associations précédemment recommandées et peut être utilisée chez l'adulte, la femme enceinte, l'adolescent et le grand enfant », précise l'OMS.

Où en sommes-nous au Bénin ?

La prise en charge des PVV est gratuite au Bénin depuis plusieurs années. Cependant, les ruptures récurrentes d'antirétroviraux (ARV) et de réactifs pour les examens de laboratoire portent un coup dur à la qualité de cette prise en charge. Les nouvelles recommandations de l'OMS, si elles sont adoptées, viennent accroître le nombre de personnes à prendre désormais en charge. Elles sont bien accueillies des PVV qui sont les bénéficiaires du traitement antirétroviral. « C'est une très bonne chose », se réjouit Yabi Vincent Kpambouragui, le nouveau vice-président du Réseau des associations de PVV (Rébap+). Mais si on doit encore attendre les partenaires, se désolent-ils, ça va être difficile. « Il faut que le gouvernement anticipe et mette les médicaments à disposition sur les sites. Ce n'est pas une affaire des PVV seules, mais une question de développement », ajoute-t-il. « Nous qui avons eu la chance de débiter le traitement dans un pays du Nord, savions depuis



Photo: B. B. B.

Sans la disponibilité des antirétroviraux, impossible d'assurer le traitement précoce des PVV

des lustres que l'indétectabilité de la charge virale auprès d'une PVV sous traitement réduisait considérablement la transmission du Vih au cours de rapport sexuel », précise pour sa part, Denis d'Oliveira, nouveau président du Rébap+.

Une augmentation des intrants est inévitable

Selon le chef service prise en charge du Programme national de lutte contre le Sida, Amédée de Souza, les recommandations de 2010 ont été adoptées dans un document normatif en 2012 et à ce jour, ce sont elles qui sont appliquées au Bénin. Les nouvelles recommandations de l'OMS étendent le champ de prise en charge systématique à d'autres catégories de PVV. Deux comités travaillent sur la question, précise-t-on au PNLS. Une telle décision ne sera pas sans conséquence. La mise en œuvre des dites recommandations impliquera, aux dires d'Amédée

de Souza, une augmentation des intrants (ARV et réactifs) et une augmentation des ressources financières; d'où la nécessité de faire un plaidoyer auprès des partenaires au développement et du gouvernement pour qu'un financement conséquent soit alloué à la prise en charge des PVV. « Si les quantifications sont bien faites et correctement présentées aux partenaires, si le budget national accepte de nous accompagner dans la mise en œuvre de cette mesure, nous aurons à acheter beaucoup d'ARV », explique-t-il. Quand on sait toutes les difficultés qu'éprouve le Bénin à assurer la prise en charge médicale des quelques 26.000 PVV sous traitement, on se demande si le pays peut valablement mettre en application ces recommandations qui auront comme implications, l'augmentation du nombre de PVV à traiter. A cela s'ajoutent les difficultés qu'éprouve le ministère de la Santé à faire fonctionner correctement le comité de quantification.

Parlant des avantages du traitement précoce, Amédée de Souza indique que « L'infection va moins se propager, l'état clinique des patients va s'améliorer et ils seront plus actifs pour participer au développement du pays ». Une raison supplémentaire pour aller vers la mise en œuvre de ces nouvelles recommandations car, même si elle demande aujourd'hui un investissement financier plus important, cette option permettra à terme au PNLS de réduire le taux de contamination et de souffler un tant soit peu. Beaucoup de PVV espèrent voir le Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) se pencher sur la question lors de sa prochaine session et mettre en place les conditions favorables à l'application des recommandations de l'OMS. Avec un taux de prévalence d'environ 2%, le Bénin comptait, au 31 décembre 2012, environ 63.000 personnes vivant avec le Vih dont 26.018 sous traitement antirétroviral.

RÉDUIRE D'ICI 2025 LE RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH/SIDA

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande que le patient dépisté séropositif soit automatiquement mis sous traitement antirétroviral. Le but poursuivi par l'Organisation, commente docteur Gamatié Youssouf, représentant résident de l'OMS au Bénin, est d'atteindre effectivement l'objectif, « zéro nouvelle infection à VIH/Sida » d'ici 2025.

L'OMS recommande la mise, très tôt, sous ARV

(Le commentaire du docteur Gamatié Youssouf, représentant résident de l'OMS au Bénin)



« Plus tôt on commence le traitement, mieux on a de bon résultats »

Les nouvelles recommandations thérapeutiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant le VIH recommandent de proposer le traitement antirétroviral (TAR) à un stade précoce », lit-on dans le communiqué de presse diffusé par l'Organisation le dimanche 30 juin dernier, depuis son siège à Genève en Suisse. En clair, précise le communiqué, l'OMS veut désormais que les adultes vivant avec le VIH/Sida soient mis sous antirétroviraux pendant que leur système immunitaire est encore fort. Autrement dit, lorsqu'après analyse le médecin traitant constate que le taux de CD4 est inférieur à 500. Ceci, contrairement à la recommandation 2010 qui demandait que le patient soit mis sous ARV lorsque le taux de CD4 est inférieur à 350.

Par ailleurs, pour le cas spécifique des enfants de moins de cinq ans vivant avec le VIH, celui des femmes enceintes ou allaitantes porteuses du VIH, ou le cas des personnes séropositives dont les conjoints ne sont pas infectés, l'OMS recommande la mise systématique sous ARV indépendamment des résultats des analyses du taux du CD4. Même attitude à adopter vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et atteintes d'une tuberculose évolutive ou d'une hépatite B au stade maladie.

Autre innovation contenue dans ces nouvelles recommandations est l'appel lancé au médecin traitant d'administrer un seul médicament aux patients renfermant le dosage et les compositions des trois médicaments que prend toute personne nouvellement mise sous ARV.

Les raisons de l'adoption des nouvelles recommandations

Si l'on s'en tient au communiqué, « l'OMS fonde ses recommandations sur des éléments prouvant que traiter plus précocement les personnes porteuses du VIH avec des médicaments sûrs, abordables et faciles à gérer peut à la fois les maintenir en bonne santé et abaisser leur charge virale. Ce qui réduit le risque de transmettre le virus à une personne ». Avec cette nouvelle manière de traiter les personnes vivant avec le VIH/Sida, l'OMS pense qu'on pourrait éviter trois millions de décès et prévenir près de quatre millions de nouvelles infections par le VIH d'ici 2025 dans le monde. Ces recommandations, soutient docteur Margaret Chan, « représentent un autre bond en avant vers des objectifs toujours plus hauts ». Entre autres, indique-t-il, « nous voyons que les perspectives actuelles peuvent donner l'élan nécessaire pour entraîner l'épidémie de VIH vers un déclin irréversible ».

« Nous devons faire face à un nouveau défi », souligne Michel Sidibé, directeur exécutif du Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA). Il s'agit selon ses propos, de « garantir que les 26 millions de personnes susceptibles de bénéficier du traitement aient effectivement accès ». Pas une personne de moins, martèle-t-il. Car, s'indigne Michel Sidibé, « toute nouvelle infection par le VIH ou tout nouveau décès lié au Sida dû à un accès insuffisant au traitement antirétroviral est inacceptable ».

Les attentes des PVVIH

Afin de ne pas rester en marge de cet appel, Amédée de Souza, chef service prise en charge au Programme national de lutte contre le VIH/Sida (PNLS), renseigne que le Bénin a mis en place deux comités qui réfléchissent sur la mise

en œuvre des recommandations 2013 de l'OMS au Bénin. Le premier s'intéresse à la question de la prise en charge d'une manière générale et le second, se penche sur la problématique de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant. Ces démarches entreprises par le Bénin n'empêchent pas Marius Acotchou, ancien président du Réseau béninois des associations des personnes vivant avec le VIH (REBAP+), de nourrir des appréhensions sur la mise en œuvre des nouvelles recommandations dans le pays. En effet, ces recommandations sont à ses yeux « une utopie ». Car se défend-il, les récurrentes questions de ruptures d'ARV et de réactifs doivent être prioritairement réglées. Egalement, il soutient qu'avant de parler de mise systématique sous ARV, il y a lieu de faire le bilan de l'objectif : « zéro nouvelle infection, zéro décès lié au Sida, zéro discrimination d'ici 2016 ».

Les défis à relever par le Bénin

Des réserves auxquelles semblent donner quitus les deux années d'appropriation et d'adaptation par le Bénin de la recommandation 2010 de l'OMS. En effet, le pays a effectivement attendu 2012 avant la mise en application des recommandations 2010 de l'OMS, reconnaît Amédée de Souza. En plus de cette contrainte de temps qui pourrait frapper les nouvelles recommandations, il faut noter celles financières. « Ces nouvelles recommandations de l'OMS demandent qu'il y ait plus de patients à mettre sous ARV », indique le chef service prise en charge du PNLS. Ce qui suppose, argumente-t-il, que le budget national alloue plus de fonds à la riposte contre le VIH/Sida. D'où l'importance d'examiner cette question à l'occasion de la prochaine session du CNLS et de créer les conditions favorables à la mise en œuvre desdites recommandations. Ceci permettra au Bénin d'atteindre l'objectif zéro nouvelle infection et de profiter plus tard de cet investissement qu'il est appelé à faire aujourd'hui.

Le mercredi 23 octobre dernier, au cours d'une conférence de presse, Nourou Adjibadé, directeur exécutif du Centre de réflexions et d'actions pour le développement intégré et la solidarité (CeRADIS), a suggéré que ces ressources affectées à la lutte contre le VIH/Sida au Bénin par le gouvernement passent de deux à quatre milliards de francs CFA. Par ailleurs, explique le chef service prise en charge du PNLS, l'appui du Fonds mondial sera d'un très grand apport pour faire face aux nouveaux défis financiers qu'en-

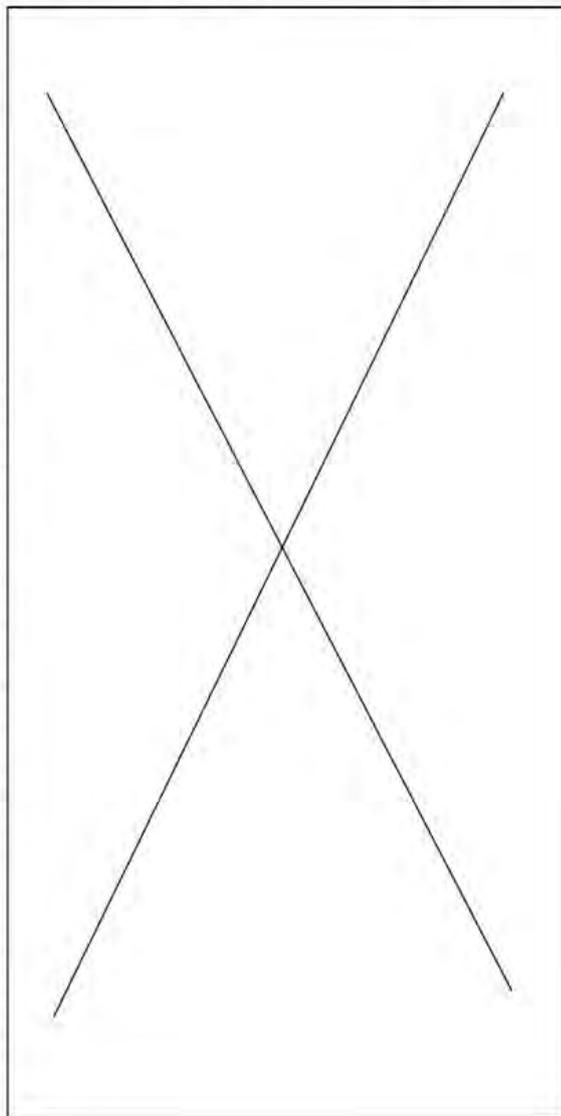
gendrent la mise en œuvre des nouvelles recommandations de l'OMS. A ce sujet, rassure docteur Mark Dybul, directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, « le Fonds mondial et l'OMS collaborent pour appuyer les pays dans la progression vers l'élimination du VIH en tant que menace pour la santé publique ».

Les mots du représentant résident de l'OMS

Des propos confirmés par docteur Gamatié Youssouf, représentant résident de l'OMS au Bénin. A en croire ce dernier, un Fonds de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme est en train d'être créé. L'objectif de ce fonds sera de mobiliser les ressources et d'apporter une assistance technique aux Etats pour les aider à mieux gérer la file ac-

tive. En outre, appuie-t-il, le plaider va se poursuivre auprès des gouvernants afin que les financements innovants deviennent une réalité dans tous les Etats. Car, il est irréversible soutient-il, d'atteindre l'objectif « zéro nouvelle infection à VIH ». Et c'est pour répondre à cela puis en rapport avec l'état d'avancement de la recherche, argumente-t-il, que les nouvelles recommandations sont préconisées. Ainsi, en s'appuyant sur ces recherches, il revient que « plutôt on commence le traitement, mieux on a de bons résultats ». Somme toute, pour l'heure, rassure docteur Gamatié Youssouf, des jalons sont en train d'être posés pour que les Etats améliorent la disponibilité des ARV et réactifs.

Vadim QUIRIN avec la collaboration de CeRADIS ONG



Traitement précoce des PVVIH

Nécessité pour le Bénin d'adopter les nouvelles directives de l'OMS

Les nouvelles directives de traitement des PVVIH, qui ne sont que des recommandations thérapeutiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), proposent le traitement antirétroviral (TAR) à un stade plus précoce. A la date où nous mettons sous presse cet article, le Bénin n'a pas encore adopté le traitement antirétroviral précoce qui se révèle comme le meilleur pour le bien des PVVIH.



Photo DR

M. Amédée de Souza, Chef service prise en charge du Pnls rassure

Victorin Fassinou (Avec la collaboration de CeRADIS-ONG)

Avec les nouvelles directives de traitement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), la lutte contre le VIH SIDA a de beaux jours devant elle. Ces nouvelles recommandations de l'OMS concernant le VIH appellent à un traitement plus précoce de la maladie. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ce nouveau traitement est annoncé pour éviter 3 millions de décès et prévenir 3,5 millions de nouvelles infections par le VIH entre ce jour et 2025.

Ces nouvelles recommandations encouragent tous les pays à mettre en route le trai-

tement antirétroviral (TAR) chez les adultes vivant avec le VIH dès que la numération des CD4 devient chez eux inférieure à 500 cellules/mm³ ou moins, c'est-à-dire lorsque leur système immunitaire est encore fort. Les précédentes recommandations de l'OMS, formulées en 2010, incitaient à proposer le traitement au stade de 350 cellules CD4/mm³ ou moins. Ce traitement antirétroviral plus précoce, plus sûr et plus simple peut entraîner un déclin irréversible de l'épidémie. L'OMS fonde ses recommandations sur des éléments prouvant que traiter plus précocement les personnes porteuses du VIH, avec des médicaments sûrs, abordables et faciles à

gérer, peut à la fois les maintenir en bonne santé et abaisser leur charge virale ; ce qui réduit le risque de transmettre le virus à une autre personne.

L'OMS propose de fournir un traitement antirétroviral, indépendamment de leur numération des CD4, à tous les enfants de moins de 5 ans vivant avec le VIH, à toutes les femmes enceintes ou allaitantes porteuses du VIH et à tous les partenaires séropositifs pour le VIH lorsque l'un des partenaires n'est pas infecté. A travers ses actions, l'Organisation continue de recommander que toutes les personnes vivant avec le VIH et atteintes d'une tuberculose évolutive ou d'une hépatite B au stade maladie reçoivent le traitement antirétroviral. L'autre chose, c'est que les nouvelles recommandations préconisent de prescrire à tous les adultes débutant un TAR la même pilule quotidienne unique renfermant une association de médicaments en doses fixes. Cette association est plus facile à prendre et plus sûre que d'autres associations précédemment recommandées ; elle peut être utilisée chez l'adulte, la femme enceinte, l'adolescent et le grand enfant.

Deux comités pour étudier la question

Où en est le Bénin par rapport à l'adoption de ces re-

commandations ? Quelles en sont les implications ? Le Bénin peut-il valablement mettre en œuvre ces recommandations au regard des problèmes notés dans la prise en charge médicale des PVVIH ? « Le Bénin peut bien faire face aux nouvelles directives de l'OMS », a laissé entendre le Chef du service de Prise en Charge au Pnls, Amédée de Souza. A l'en croire, des dispositions sont en train d'être prises pour que le Bénin passe à son tour à la phase de mise en application de ces recommandations. Selon les premières analyses, dès que les nouvelles directives de traitement des PVVIH seront appliquées, le nombre de PVVIH à mettre sous TAR va augmenter. Pour M. de Souza, cette situation fera assez de charges pour l'Etat. Et c'est d'ailleurs pour étudier et adapter ces recommandations aux réalités béninoises que deux comités ont été mis en place. Il s'agit du comité de prise en charge et du comité de Prévention de la Transmission Mère à Enfant du VIH (PTME). Ces deux comités ont pour mission de travailler en vue de l'application de ces recommandations au Bénin pour le bien des PVVIH. « La mise en œuvre de ces recommandations n'est pas pour 2013. Espérons donc que cela se passe

en 2014 », a déclaré M. de Souza.

Les PVVIH saluent la décision de l'OMS

Pour les PVVIH, la décision de l'OMS est à saluer. « Au fil des jours, on a constaté qu'une personne qui a un taux de CD4 de 250, même si l'on la met sous ARV, n'arrive pas à supporter les effets des antirétroviraux. Dans les pays développés, quand vous êtes infecté, automatiquement on vous met sous ARV. Etant donné que les financements ne sont pas disponibles et qu'il faut sauver au même moment la vie des gens, c'est pourquoi maintenant l'OMS a demandé qu'à partir du taux de 500, on doit mettre la personne concernée sous ARV. Les nouvelles directives vont dans l'avantage des personnes qui sont infectées », a expliqué Comlan Houessou, médiateur sur le site de prise en charge de Dogbo dans le Mono-Couffo. Pour lui, ces nouvelles directives permettront de soutenir les effets des antirétroviraux parce que quand les PVVIH commencent à prendre des antirétroviraux, cela bouleverse tout l'organisme. Face à la défaillance du système immunitaire du malade, ajoutée aux effets des antirétroviraux, beaucoup de

patients perdent la vie. Il faudrait que les patients aujourd'hui aient un taux de CD4 supportable pour qu'en commençant ce traitement antirétroviral, ces médicaments puissent améliorer leur vie au lieu de la compliquer. « La vie des PVVIH est en danger. Si l'OMS fait des propositions pour nous sauver, il faut que l'Etat fasse mettre en application ces directives. Il n'est plus question d'attendre parce que nous savons comment ça se passe avec l'Etat. Cette décision est pour sauver des vies humaines. Les PVVIH demandent à l'Etat d'avoir pitié d'elles et de prendre en compte les recommandations de l'OMS », plaide Comlan Houessou avant de demander de penser à la mobilisation de ressources locales pour la lutte contre le VIH Sida au lieu d'attendre toujours l'aide des partenaires. Le Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) ne restera certainement pas sourd à ce cri de cœur des PVVIH. Il est invité à se pencher sur la question lors de sa prochaine session et à mettre en place les conditions favorables à la mise en œuvre desdites recommandations. Ce serait une option bénéfique pour le Bénin, vu que le traitement précoce permet de réduire de façon substantielle les nouvelles infections.

Appel de l'Oms pour un traitement plus précoce du Vih/Sida

Les PvVih applaudissent, encore du chemin pour l'application au Bénin

Au Bénin, les PvVih se réjouissent des nouvelles recommandations de l'Oms, concernant le traitement de la maladie. Mais en même temps, elles sont attristées de savoir que leur Etat n'est pas encore prêt pour la mise en œuvre de ces nouvelles directives.

Blaise Ahouansè

(Avec la collaboration de Ceradis Ong)

L'Organisation Mondiale de la Santé (Oms) recommande de nouvelles directives dans le traitement du Vih/Sida. Lesquelles ont été rendues publiques à l'ouverture de la conférence de la Société Internationale du Sida, en juin 2013 à Kuala Lumpur. Elles sont relatives à divers aspects de la lutte, dont le traitement antirétroviral (Tar). Dans ce volet, l'Oms incite à une intervention thérapeutique précoce au niveau des adultes vivant avec le Vih, ainsi que chez les jeunes enfants séropositifs et les femmes enceintes ou allaitantes. Cette décision fait objet de joie au sein des Personnes vivant avec le Vih (PvVih). «Par rapport à la réalité d'aujourd'hui, nous devons remercier l'Oms pour ces directives. C'est à l'avantage des personnes qui sont infectées, et cela permettra de soutenir les effets de ces antirétroviraux», affirme Comlan Houessou, médiateur sur le site de prise en charge de Dogbo, dans le Mono-Couffo. Il s'explique : «Parce que, quand vous commencez par prendre les antirétroviraux (Arv), automatiquement cela bouleverse tout l'organisme, et comme le système était défaillant, s'ajoutent maintenant les effets des Arv, et il y a beaucoup qui perdent la vie. Il faut

aujourd'hui, un taux de CD4 supportable, pour qu'en commençant le traitement antirétroviral, ces Arv puissent améliorer leur vie.»

Pour les adultes, si l'Oms recommandait en 2010 un traitement antirétroviral à partir de 350 cellules CD4/mm3 ou moins, elle souhaite que cela démarre désormais dès que ce taux de numération des CD4 est inférieure à 500 cellules/mm3 ou moins. Par contre, au profit des jeunes et femmes enceintes ou allaitantes, cette admission précoce sous Arv, préconise l'Oms, doit se faire indépendamment au taux de CD4, à tous les enfants de moins de 5 ans vivant avec le Vih, et à toutes les femmes enceintes ou allaitantes porteuses du Vih. Cette proposition concerne également les partenaires séropositifs pour le Vih, lorsque l'un des partenaires n'est pas infecté.

«De tels progrès permettent aux enfants et aux femmes enceintes d'accéder au traitement plus tôt, et dans des conditions plus sûres, et nous rapprochent de notre objectif d'une génération sans sida», a déclaré le Directeur Exécutif de l'Unicef, Anthony Lake, rapporté dans un Communiqué de presse de l'Oms, en date du 30 juin 2013. «L'Oms fonde ses recommandations sur des éléments prouvant que,



Le Chef de l'Etat, Boni Yayi, est interpellé pour prendre en compte cette préoccupation lors de la prochaine session du Cnls dont il est le Président

traiter plus précocement les personnes porteuses du Vih avec des médicaments sûrs, abordables et faciles à gérer, peut à la fois les maintenir en bonne santé et abaisser leur charge virale, ce qui réduit le risque de transmettre le virus à une autre personne.» Informe le même communiqué.

«Nous aurons plus d'Arv à acheter»

Reste maintenant à chaque pays d'intégrer ces avis de l'Oms, dans sa politique et programme national de lutte contre le Vih/Sida. Mais, avec les difficultés que connaît le Bénin dans

la prise en charge médicale des PvVih, on se demande s'il pourra répondre favorablement à ces recommandations. «Au Bénin, cela suit un parcours», nous informe Docteur Amédée de-Souza, Chef du Service prise en charge au Programme National de Lutte contre le Sida (Pnls). D'abord, dit le médecin, il faut que cela soit étodié et adopté. Ceci, dans le but de lever un certain nombre d'interrogations liées à ces recommandations qui, signale le médecin, nécessitent qu'on mette sous Arv plus de malades. Car, explique-t-il, «commencer le traitement plus vite, a

beaucoup plus d'avantages, mais nous aurons plus d'Arv à acheter, mais pour un temps». «Pourrait-on faire face à cette augmentation ?» Se demande-t-il. Et il répond : «Oui, si la quantification est bien faite et que les Partenaires techniques et financiers (Ptf) acceptent, et si le Budget national accepte de nous accompagner». Au sujet de ces conditions financières, Comlan Houessou propose : «Il faut penser à rechercher des ressources locales au niveau du Bénin. On ne va pas toujours continuer à attendre les partenaires. On doit se mobiliser et commencer chaque fois quelque chose, avant que les partenaires ne nous viennent en aide.»

Dans l'un ou l'autre cas, pour l'heure, a-t-on appris au Pnls, tout est encore à l'étape d'étude. Deux commissions sont mises sur pied, pour accompagner le Pnls dans le sens d'une stratégie de mise en application de ces recommandations, sans créer d'autres obstacles à la réponse nationale de la lutte contre la pandémie. Mais, le chemin est encore long. «Le Bénin va vers son application, mais pas pour 2013», précise Docteur Amédée de-Souza, qui rappelle que, concernant les recommandations faites en 2010 par l'Oms, ce n'est qu'en 2012 que le Bénin a commencé la mise en application. Encore des mois, voire des années donc, pour rendre effectives celles de 2013.

Une approche que ne partage pas du tout les PvVih. «Nous ne pouvons pas être d'avis avec le Pnls. Notre vie est en danger, l'Oms a fait des propositions et on va nous dire maintenant d'attendre ! C'est des êtres humains qui sont en train de partir, des bras valides qui sont en train de partir. Etant donné que c'est une décision qui doit sauver la vie humaine, les gens sont tenus de respecter», plaide Comlan Houessou. Il exhorte l'Etat béninois et toutes les structures en charge de la lutte contre le Sida au Bénin, à avoir pitié des personnes infectées du Vih/Sida et à prendre en compte ces recommandations que l'Oms a formulées.

Le Comité National de Lutte contre le Sida (Cnls) est interpellé, pour prendre en compte cette préoccupation lors de sa prochaine session, car, pour atteindre l'objectif «zéro nouvelle infection», le Bénin a intérêt à faire l'option du traitement précoce, qui permet de réduire considérablement la transmission du Vih. Cette option demande plus d'investissements financiers dans l'immédiat, certes, mais à terme, lorsque le pays aura de moins en moins de cas de nouvelles infections, il pourra bénéficier de ces investissements, et disposer de ressources humaines en bonne santé pour participer au développement de la Nation. □

Prise en charge médicale précoce du VIH

Le Bénin face aux nouvelles recommandations de l'OMS

Toute initiative prise dans le cadre de la lutte contre la pandémie du Sida en vue d'aboutir au déclin irréversible de l'épidémie dans les pays est salubre et mérite d'être encouragée. C'est en cela que les nouvelles recommandations thérapeutiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) concernant le VIH sont bien fondées et appréciées par les personnes vivant avec le VIH qui souhaitent vivement sa mise en application au Bénin.

Eléonore Djegui Avec la collaboration de l'Ong CeRADIS)

Mis à part quelques personnes vivant avec le VIH/Sida qui semblent n'avoir pas l'information sur les nouvelles recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), certains responsables d'associations de cette cible saluent la décision de l'OMS et soutiennent sa mise en application effective pour une lutte plus efficace contre le VIH/Sida. Christian AHOUCHEDE, médiateur au CHD-Ouémè trouve très normal de commencer le traitement très tôt parce qu'en le faisant, la personne vivant avec le VIH est épargnée de tout notamment les infections opportunistes. S'appuyant sur son propre cas, il déclare : « Moi-même, j'ai commencé mon traitement à 525 cellules/mm³ de CD4 il y a de cela sept ans parce que à partir de 300 par exemple le patient est déjà à moitié mort et il faut le ressusciter. Parfois, certains malchanceux n'échappent pas à la mort. Depuis que je suis sous traitement je n'ai jamais fait une infection opportuniste telle que la diarrhée, les boutons sur le corps... ».

En effet, les nouvelles recommandations de l'OMS encouragent tous les pays à mettre en route les TAR chez les adultes vivant avec le VIH dès que la numération des CD4 devient chez eux inférieure à 500 cellules/mm³ ou moins. En termes clairs lorsque leur système immunitaire est encore fort. Déjà en 2010, quelques pays dont l'Algérie, l'Argentine et le Brésil proposaient déjà le TAR au seuil de 500 cellules CD4/mm³.

Le traitement antirétroviral (TAR) à un stade plus précoce selon l'OMS, aide les personnes porteuses du VIH à vivre plus longtemps et en meilleure santé et réduit substantiellement le risque de transmettre ce virus à d'autres personnes.

Les nouvelles recommandations de l'OMS prévoient aussi chez les jeunes enfants vivant avec le VIH, les femmes enceintes ou allaitantes, de fournir un traitement antirétroviral, indépendamment de leur numération des CD4, à tous les enfants vivant avec le VIH de moins de 5 ans, à toutes les femmes enceintes ou allaitantes porteuses du VIH et à tous les partenaires séropositifs pour le VIH lorsque l'un des partenaires n'est pas in-

fecté. L'OMS continue de recommander que toutes les personnes vivant avec le VIH et atteintes d'une tuberculose évolutive ou d'une hépatite B au stade maladie reçoivent le traitement antirétroviral.

Elle encourage les pays à améliorer les modes de délivrance des services liés au VIH en les liant par exemple plus étroitement à d'autres services de santé relatifs à la tuberculose, à la santé de la mère et de l'enfant, à la santé sexuelle et génésique et au traitement de la dépendance aux drogues. Une autre des nouvelles recommandations préconise de prescrire à tous les adultes débutant un TAR la même pilule quotidienne unique renfermant une association de médicaments en doses fixes. Cette association est plus facile à prendre et plus sûre que d'autres associations précédemment recommandées et peut être utilisée chez l'adulte, la femme enceinte, l'adolescent et le grand enfant.

Un traitement antirétroviral coûteux

Bien que ces recommandations de l'OMS soient salutaires, leur mise en œuvre paraît coûteuse. Pour Comlan HOUËSSOU, ex-président du Rébap+ et responsable de l'Association des PVVIH à Dogbo dans le département du Couffo, le traitement antirétroviral plus précoce est et doit être obligatoire si tant est qu'on veut sauver les PVVIH. Abondant dans le même sens que son collègue Christian AHOUCHEDE, il soutient qu'à 250 cellules/mm³ ou à 300 cellules/mm³ de CD4, les patients n'arrivent pas à supporter la maladie tandis qu'à 500 de CD4 elle est supportable. « Une personne dépistée séropositive doit être automatiquement mise sous ARV. Mais chez nous au Bénin, ce n'est pas le cas faute de moyens financiers » témoigne M. HOUËSSOU. Il urge alors de rechercher des sources de financement. « Vouloir c'est pouvoir » dit-on. De nombreuses personnes vivant avec le VIH/Sida se basent sur cet adage pour dire que l'application des nouvelles recommandations de l'OMS est bien possible au Bénin si l'Etat et tous les acteurs

clés de la lutte se décident à le faire. « Le Bénin est pauvre mais le Béninois est riche rien qu'à voir les belles maisons qui s'érigent tous les jours à Cotonou et environs. Par ailleurs, le Bénin regorge d'assez d'opérateurs économiques nationaux et internationaux pouvant venir en aide à l'Etat qui a fait l'effort d'octroyer pour le moment deux milliards de Francs CFA à la lutte contre le Sida » déclare un citoyen.

Rappelons que les nouvelles recommandations concernant le VIH ont été publiées par l'OMS lors de la journée d'ouverture de la Conférence de la Société internationale du Sida 2013 à Kuala Lumpur. Par rapport à leur mise en application au Bénin, le Dr de Souza Amédée, Responsable du Service de Prise en charge des PVVIH au Programme National de lutte contre le Sida (PNLS), rassure qu'elle sera faite. Un comité technique est déjà mis sur pied et se chargera d'étudier la faisabilité de ces recommandations. Elles seront appliquées à partir de 2014 après la révision du document élaboré en 2012. Celles de 2010 par exemple, sont mises en application au Bénin à partir de 2012. Elles incitaient à proposer le traitement au stade de 350 cellules CD4/mm³ ou moins et 90% des pays les avaient adoptées la même année.

Le VIH/Sida doit être l'affaire de tous et tout le monde doit s'impliquer dans la mobilisation des ressources financières parce que d'une manière ou d'une autre, au moins une personne dans une famille est infectée ou est exposée à l'infection au virus du Sida. Par ces temps où la pénurie en intrants (réactifs) se fait observer sur la plupart des sites de prise en charge, et compte tenu des difficultés et dysfonctionnements notés dans la prise en charge médicale des PVVIH, on se demande si le Bénin pourra efficacement mettre en œuvre ces recommandations. Il urge que la prochaine session du Comité National de Lutte contre le Sida, (CNLS) se penche sur cette question car un traitement précoce est très bénéfique à terme, puisqu'il réduit le risque de transmettre ce virus à d'autres personnes.

Un traitement antirétroviral plus précoce

Les recommandations de l'Oms pour circonscrire les ravages du Vih/Sida

Les nouvelles recommandations thérapeutiques de l'Organisation mondiale de la Santé (Oms) concernant le Vih/Sida recommandent de proposer le Traitement antirétroviral (Tar) à un stade plus précoce de la maladie. Cette nouvelle approche pourrait éviter 3 millions de décès et prévenir 3,5 millions de nouvelles infections par le VIH d'ici 2025 dans le monde. Une mise en application diligente de ces recommandations au Bénin, préviendrait beaucoup de drames.



Une prise en charge précoce des patients préoccupe l'organisation

Selon les études menées par l'Oms, un traitement antirétroviral administré plus précocement aide les personnes porteuses du Vih à vivre plus longtemps et réduit substantiellement le risque de transmettre ce virus à d'autres personnes. Il s'agit d'appliquer un traitement antiviral chez les adultes vivant avec le VIH dès que la numération des CD4 devient inférieure à 500 cellules/mm³ ou moins – c'est-à-dire lorsque leur système immunitaire est fort. Les nouvelles recommandations prévoient aussi de fournir un traitement antirétroviral, indépendamment de leur numération des CD4,

l'adolescent et le grand enfant. L'Oms encourage encore les pays à améliorer les modes de délivrance des services liés au VIH, par exemple en les plus étroitement à d'autres services de santé tels que ceux relatifs à la tuberculose, à la santé de la mère et de l'enfant, à la santé sexuelle et génésique et au traitement de la dépendance aux drogues.

Vaincre les réticences

Même si les recommandations de l'Oms vont faire avancer la riposte au Vih/Sida, leur mise en application n'a pas l'adhésion de tous. D'ailleurs, le Chargé de prise du Programme national de lutte contre le Sida (Pnl), Amedée Souza, pense que « chaque pays doit les adapter à ses réalités ». Il rappelle aussi que deux comités sont déjà mis sur pied et réfléchissent à comment intégrer les recommandations à la stratégie nationale. Le premier comité travaille sur la

prise en charge des Sida et si elle met en complications réside dans les obstacles juridiques et culturels auxquels des groupes cibles tels que les utilisateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transgenres et les professionnels du sexe continuent de se heurter pour obtenir le Tar. Un autre problème encore à surmonter est la proportion importante de personnes qui, pour des raisons diverses, abandonnent le traitement.

En d'autres termes, mettre en applications les nouvelles recommandations, c'est investir plus. L'Etat doit donc augmenter sa capacité, par rapport à la ligne budgétaire consacrée à la lutte contre le Vih/Sida actuellement. Si du moins, les pouvoirs publics veulent faire appliquer ces recommandations, et en recueillir les fruits plus tard. Cette question doit préoccuper le comité national de lutte contre le Sida (Cnls) qui prépare sa huitième session. c'est en effets cette structure qui donne les orientations qu'il faut à la lutte contre le

D'autres difficultés éventuelles

En effet, si le nombre d'enfants susceptibles de bénéficier du Tar a augmenté de 10% entre 2011 et 2012, ce progrès est encore trop lent au regard de l'augmentation de 20% enregistrée chez les adultes, selon les recommandations. Une autre source de

Réalisé avec la collaboration de Céradis-Ong

Thématique 4

**CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE
LCS 2012 - 2016 :
NIVEAU DE MISE EN OEUVRE DES ACTIONS EN
DIRECTION DES GROUPES SPECIFIQUES**

«Il faut intervenir sur cette cible pour freiner la propagation du Vih/Sida»

Le Cadre stratégique national de lutte contre le Sida 2012-2016 a mis un accent particulier sur les groupes les plus exposés au risque de l'infection par le Vih comme les travailleuses de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les utilisateurs de drogues injectables (UDI), les personnes privées de liberté, les routiers et camionneurs ainsi que les jeunes déscolarisés et non scolarisés, etc.. Plan Bénin, l'un des principaux bénéficiaires du Bénin de la subvention série 9 du Fonds mondial a hérité de l'organisation des interventions de lutte contre l'infection par le Vih, et de la gestion des HSH et des UDI et travaille avec ces cibles depuis 2011. Dr Septime Pépin Hessou, médecin de santé publique, spécialiste suivi-évaluation sur le projet Vih/Sida à Plan Bénin, présente dans cette interview, les interventions initiées en faveur des homosexuels.

Propos recueillis par D. GBODOUGBE et R. AZIFAN

La Nation : Dr Septime Hessou, quels sont les indicateurs qui montrent que les homosexuels constituent un groupe à risque ? En d'autres termes, quel est le taux de prévalence de l'infection par le Vih au sein de cette couche sociale ?

Dr Septime Pépin Hessou : Plan Bénin a à charge de conduire des études au Bénin pour élucider en général la situation de cette cible mais en particulier le visage de l'infection par le Vih au sein de cette minorité sexuelle. Le Bénin ne dispose pas encore de données sur la prévalence de l'infection par le Vih dans ce milieu. Mais des études de par le monde ont démontré l'importance de l'infection au sein de ce groupe cible. Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) sont aujourd'hui considérés comme de nouvelles sources d'infection. Il est donc nécessaire de travailler avec cette couche pour des interventions adaptées au fur et à mesure qu'on la découvre. Il est vrai, c'est un milieu dans lequel nous travaillons beaucoup mais il nous est impossible de dire, aujourd'hui, quelle est la prévalence de l'infection par le Vih au niveau de cette cible dans notre pays. Des études de projections ont été réalisées dans la sous-région ouest africaine par l'ONUSIDA, en 2010. Dans le rapport de cette étude, on estime la prévalence de l'infection par le Vih au Bénin au niveau des HSH à 10%, au Burkina Faso à 21%, en Côte d'Ivoire à 17%, au Sénégal à 21% et à 25% au Ghana. Ces chiffres ne sont que des estimations faites avec des méthodes mathématiques et statistiques. Ils nous donnent une idée de ce que pourrait être la prévalence vraie. Mais ce ne sont encore là que des projections et la réalité pourra être connue d'ici à la fin de l'année 2013.

Quels types d'interventions mettez-vous en œuvre en direction de cette cible ?

Plan Bénin s'occupe du volet communautaire dans lequel existent des cibles telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou des rapports homosexuels. Plan Bénin aura à intervenir dans ce secteur et surtout en matière de prévention de l'infection par le Vih. En complément à ces actions, le bénéficiaire prin-

cipal SEIB S.A. s'occupe du renforcement institutionnel des associations faitières des HSH. Concrètement, nous assurons la formation des pairs éducateurs homosexuels qui sont des hommes dans le milieu ayant des rapports avec d'autres hommes. Ces pairs éducateurs sont formés pour qu'à leur tour, ils sensibilisent leurs pairs sur les méthodes de prévention de l'infection par le Vih. Ensuite, dans cette prévention, nous mettons à leur disposition des préservatifs et des lubrifiants pour leur permettre de lutter contre l'infection. Pour ceux qui désirent faire le dépistage et connaître leur statut sérologique, de commun accord avec le Programme national de lutte contre le Sida (PNLS), il est organisé des séances de dépistage au niveau de ces cibles. S'il l'on retrouve parmi eux des personnes infectées, elles sont alors incluses dans la prise en charge des personnes vivant avec le Vih/Sida avec ou sans antirétroviraux. Le PNLS, avec son réseau de services adaptés organisera aussi la prise en charge globale de cette cible en fonction des normes et standards internationaux.

Nous organisons périodiquement des études comme «l'Analyse de la situation des HSH et UDI en matière de lutte contre l'infection par le VIH au Bénin», que nous avons conduite en 2012. Cette étude nous avait permis de connaître un peu ce milieu et d'évaluer leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de lutte contre le Vih mais surtout de connaître approximativement leur nombre et la cartographie en 2012 au Bénin.

Nos interventions sont exemptes de toute stigmatisation et de toute discrimination. Notre but est de contribuer par la lutte contre l'infection par le Vih au niveau de cette cible à l'amélioration de la réponse nationale. Car, il est démontré de par le monde que c'est également une couche sur laquelle il faut intervenir pour freiner la propagation du Vih/Sida dans ce milieu en particulier et en général au niveau de tout le pays.

Quels sont les résultats obtenus ?

Comme vous le savez, nous avons mené avec ces cibles ce genre d'activités sur une longue période. Cependant, nous avons un contrat de confidentialité, des clauses qui interdisent



Dr Septime Hessou

toute déclaration sur eux sans leur propre consentement. Ce qui est important à retenir, c'est que nous avons commencé au fur et à mesure à avoir accès à cette cible. Cette cible nous fait confiance et est très intéressée par les interventions que nous lui proposons. Ce n'est pas seulement ce qui est fait au Bénin, mais aussi ce qui est écrit dans

les documents de normes et standards dans le monde entier en matière de lutte contre le Vih/Sida. Nous nous occupons aussi de leur formation, ce qui nous permet d'identifier des leaders parmi eux qui peuvent à leur tour, apporter la bonne information dans leur milieu. Mais nous pouvons résumer les progrès réalisés en trois

principaux points : une meilleure connaissance de la cible et de la confiance en nos institutions respectives ; l'organisation effective de nos interventions avec la pleine participation des bénéficiaires ; l'adhésion à la méthode de la paire éducateur qui facilite un dialogue pair pour pair en vue d'une acceptation de notre paquet de préventions.

Etant donné que cette cible évolue relativement dans l'ombre, comment Plan Bénin et PSI arrivent-ils à les identifier pour leur proposer ces interventions ?

Il s'agit d'une cible victime de stigmatisation et de discrimination car, la loi ne leur permet pas de mener ouvertement leur vie et orientation sexuelles, mais nous avons des possibilités de les atteindre et de travailler avec eux à travers le réseau des associations et des bureaux des associations des personnes ayant des rapports homosexuels. Pour cela, nous avons pris un certain nombre d'engagements pour que nos interventions ne soient pas préjudiciables à leur sécurité et à leur mieux-être. Ceci les met en confiance et facilite nos contacts avec eux. Du fait de nos engagements vis-à-vis de cette cible, nous ne pouvons pas répondre de manière plus détaillée à cette question.

Les homosexuels plaident pour le respect de leur droit à la santé

Le Plan stratégique national de lutte contre le Sida (PSN) 2012-2016 a prévu des interventions au profit des groupes spécifiques, vulnérables et à risque parmi lesquels les hommes ayant les rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) communément appelés homosexuels. L'objectif visé au niveau de cette cible est que «80% des HSH adoptent des pratiques à moindres risques d'infection à Vih d'ici à 2016». Cela explique le ciblage des interventions pour une meilleure prise en charge de leurs besoins en matière de prévention, de soins et de soutien.

Une étude sur les modes de transmission réalisée en 2009 a révélé que les HSH et leurs partenaires féminins interviennent dans la dynamique de distribution des nouvelles infections. Selon cette étude, la prévalence du Vih/Sida au sein de cette cible est estimée à 4,9%.

Un responsable d'association des homosexuels a requis l'anonymat, confirme que « Les HSH constituent un groupe à haut risque à cause des pratiques sexuelles ». Il précise que lors d'une activité organisée par ce groupe, 44 personnes se sont fait dépister, 11 d'entre elles se sont révélées positives au Vih, preuve que la maladie est bien présente dans ce groupe. Si les homosexuels saluent leur prise en compte dans le PSN, ils déplorent tout de même le manque de programmes spécifiques de prévention et d'accès aux soins pour leur groupe, une insuffisance de moyens matériels et financiers pour les actions en leur direction. «Pour le moment, on ne fait que la prévention encore que ce n'est pas adapté à cette cible, on a commencé timidement à faire le dépistage», confie-t-il. Mais c'est difficile à cause de la stigmatisation, reconnaît-il. Ce qui oblige ceux d'entre eux qui ont contracté le Vih, à se fondre dans la masse des personnes vivant avec le Vih (PVV) pour se faire prendre en charge.

Bien que certains professionnels de la santé aient été sensibilisés sur la question, précise le responsable des homosexuels, il n'y a pas eu de

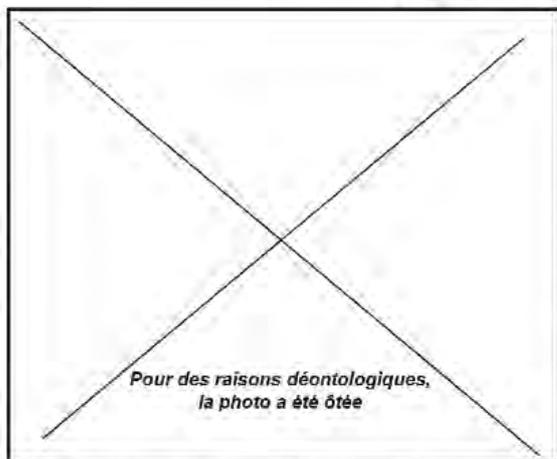
formation adaptée pour la prise en charge de cette population vulnérable. Il soutient qu'il n'y a pas de maladies spécifiques attribuées aux HSH vivant avec le Vih, ils ont plutôt des besoins spécifiques, tels que les préservatifs et les gels lubrifiants à base d'eau. «Compte tenu de la stigmatisation dont nous sommes souvent victimes du fait de notre orientation sexuelle, nous n'osons pas aller vers les centres de santé pour nous faire prendre en charge, ou bien lorsque nous y allons, nous ne dévoilons pas notre orientation sexuelle», se plaint-il. C'est pourquoi, il plaide pour que leur liberté de choix et leurs droits à la santé soient respectés. Ce qui passe selon lui, par la mise en place de services adaptés et la mise à leur disposition, dans le cadre de la prévention, des gels lubrifiants. Il souhaite que les structures en charge de la lutte contre le Sida au Bénin travaillent à former les pairs éducateurs au sein du groupe des HSH pour s'occuper non seulement de la sensibilisation, mais aussi du dépistage et assurent un suivi régulier à ceux qui sont pris en charge.

«Quand les partenaires sont là, on fait semblant de nous accompagner mais dès qu'ils repartent, c'est difficile d'avoir une oreille attentive auprès de nos autorités», se désole ce responsable des homosexuels. A en croire le coordonnateur adjoint du Programme national de lutte contre le Sida, Ali Imorou Bah Chabi, des dispositions sont en train d'être prises pour une prise en charge efficace de cette cible. Il explique que 42 services adaptés sont mis en place pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST). Il est prévu la création de services adaptés intégrés à Cotonou, Porto-Novo et Parakou au profit des homosexuels et consommateurs de drogue injectable, ajoute-t-il.

R. A.

RÉDUIRE DE MOITIÉ LA TRANSMISSION À VIH/SIDA PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2016 Obtenir d'ici deux ans, que 92 travailleuses de sexe sur 100 s'opposent systématiquement aux rapports sexuels non protégés avec leurs clients, n'est pas évident. Car, pour l'heure, au moins 20 à 30 de leurs clients sur 100 ayant des rapports sexuels avec elles, refusent, soit catégoriquement, soit parfois, le port du préservatif.

Le chemin qui reste à parcourir dans le monde des travailleuses de sexe



Pour des raisons déontologiques, la photo a été ôtée

Une IST Sensibilisant ses pairs sur la nécessité du port du préservatif avant tout rapport sexuel avec un client

« Je suis séropositive mais je ne peux le déclarer à mes clients. Quand ils viennent et je leur propose le préservatif, certains acceptent mais d'autres sont réticents. Parfois, ils insistent et je cède. Pourtant, je ne peux leur révéler que je suis porteur du VIH. Car ils vont me fuir et je n'aurai plus de quoi subvenir à mes be-

soins... » Ce sont là, les propos d'une travailleuse de sexe (TS) rapportés par Solange Zotto, présidente de l'Association pour la promotion de l'action sociale et des initiatives communautaires (ONG APASIC), engagée depuis 10 ans dans la sensibilisation en vue du changement de comportement chez les TS. De son côté, confesse « A », TS sur

les sites mobiles de Cotonou, « Avec préservatif, nous prenons entre 1000 et 2000 FCFA chez nos clients. Et si nous acceptons sans préservatif, nous prenons à partir de 3000 FCFA chez les clients ». Ces comportements à risque qui favorisent la transmission du virus du Sida par voie sexuelle, le Bénin s'est engagé en 2012 à les bannir d'ici 2016. « 92% des TS, clients et partenaires fixes ont des pratiques à moindre risque d'infection à VIH d'ici 2016 », est l'objectif poursuivi par le pays. Or la récente enquête de surveillance de deuxième génération du VIH auprès des camionneurs et professionnels de sexe aux Ports autonomes d'Abidjan (Côte d'Ivoire), d'APAPA (Nigeria), de Cotonou (Bénin), de Lomé (Togo) et de Tema (Ghana), commanditée par l'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos (OCAL), montre que le Bénin est encore loin de la réalité. En effet, renseigne docteur Clément Ahoussinou, le consultant qui a conduit l'opération et ex-coordonnateur adjoint du Programme national de lutte contre le VIH/Sida du Bénin, sur un échantillon de 650 personnes enquêtées dont 300 TS. Il a été observé que, plus de 21 sur 100

TS sont infectées au Bénin pendant que la moyenne, le long du Corridor, est de 11 TS infectées sur 100.

Les clients des TS, responsables de la propagation de la pandémie

Les clients des TS sont responsables de cette situation pense Solange Zotto. Certains d'entre eux épousent encore l'idée selon laquelle, le Sida n'existe pas et s'exposent aux comportements à risque, s'indigne-t-elle. Une déclaration que semblent étayer les données de l'édition 2012 de l'enquête de surveillance de deuxième génération des IST/VIH/SIDA. Selon les chiffres de cette opération, près de 9 clients des TS sur 100 ont déclaré n'avoir jamais utilisé de préservatif lors de leur relation sexuelle avec ces professionnelles de sexe. La même enquête révèle qu'au nombre des clients des TS qui sont déjà mariés, plus de la moitié de ceux-ci, environ 52 de ces clients TS mariés sur 100, ont eu des rapports sexuels non protégés avec les TS. Et avec leurs épouses, sur une moyenne de 25 rapports sexuels, ils ne se sont protégés que trois fois.

Par ailleurs, « à l'exception de l'ONG APASIC qui est venue à nous ces jours-ci pour nous sensibiliser et distribuer des préservatifs, cela fait un moment que des ONG se sont rapprochées de nous », renseigne « S », professionnelle de sexe au quartier Joncquet à Cotonou.

Il faut des actions pérennes en direction des TS, de leurs clients mais également des proxénètes, suggère Solange Zotto, la présidente de l'ONG APASIC. « En ce qui concerne notre ONG, nous venons d'installer, grâce au Centre culturel américain, 11 paires-éducateurs TS sur les onze sites de prostitution à Joncquet et nourissons l'ambition de tripler ce nombre pour toucher le plus grand nombre ». Seulement pour l'instant, regrette la présidente, « nous n'avions pas encore un appui des autorités compétentes et même pour la distribution régulière des condoms au TS, nous nous appuyons constamment sur le stock du Centre de réflexions et d'actions pour le développement intégré et la solidarité (CeRADIS) ».

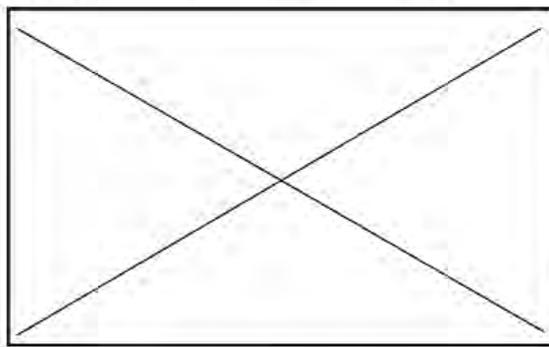
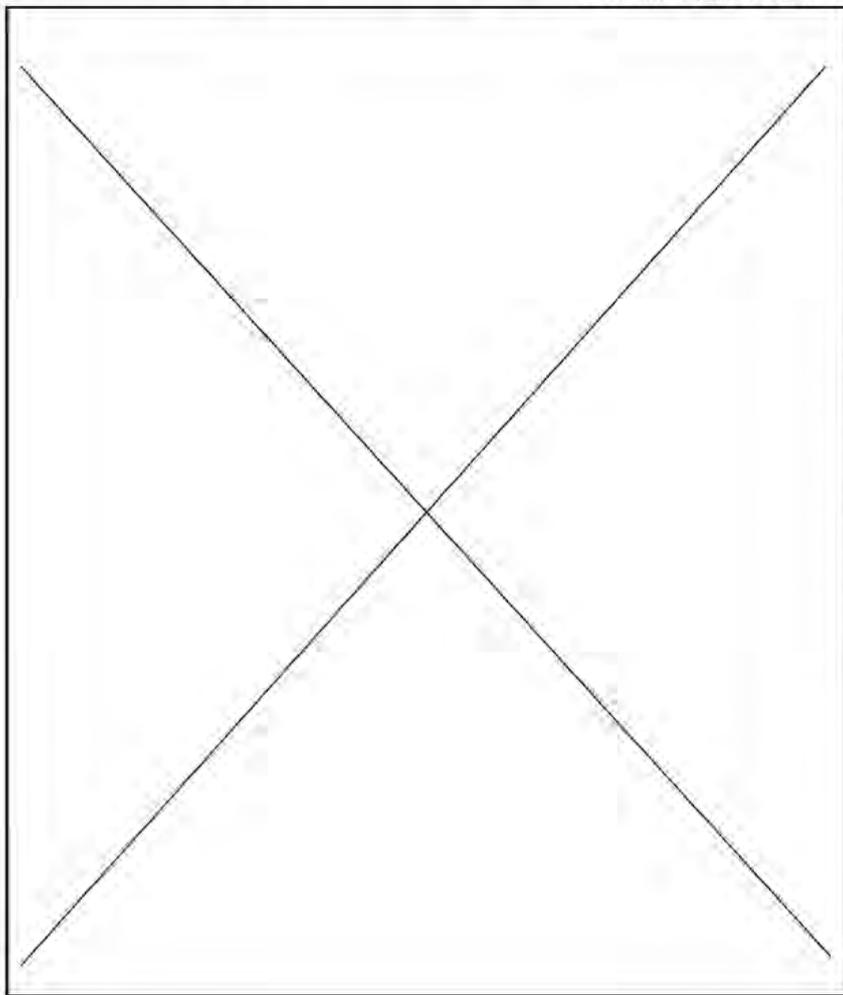
L'engagement du BIT attendu

« De nos jours, tout le monde convient que les actions de lutte doivent accorder une attention particulière aux populations les plus exposées et ayant des comportements à risque », rappelle docteur Moucharrafou Idohou, le point focal de lutte contre le VIH/Sida du Bureau international du travail (BIT) au Bénin. Une dynamique que doit aussi intégrer le BIT dont la biennale 2012-2013 pour le Bénin ne prend en compte, que la lutte sur les lieux formels de travail. « Ces TS ne constituent pas notre première cible », avoue à ce propos le point focal BIT/Bénin. Or, si l'on se réfère à l'édition 2012 de l'enquête de surveillance de deuxième génération des IST/VIH/SIDA, on peut estimer qu'au moins 5% des clients des professionnelles de sexe, pourraient être ces travailleurs des secteurs publics et privés.

Vadim QUIRIN avec la Collaboration de CeRADIS ONG

Des actions à renforcer

« C'est une préoccupation la situation des TS », reconnaît docteur Sonia Boni, le secrétaire permanent du Comité national de lutte contre le VIH/Sida. Elles constituent une cible importante qui mérite toute l'attention, commente-t-elle. C'est pourquoi indique docteur Ali Imorou Bah Chabi, coordonnateur adjoint du Programme national de lutte contre le VIH/Sida, au niveau du Programme, 22 organisations non gouvernementales sont à l'assaut de 9407 professionnels de sexe sur toute l'étendue du territoire national. Il n'en demeure pas moins que, même si 9 TS sur 10 ont une connaissance parfaite des moyens de prévention à cause des actions de ces ONG, 20 à 30 camionneurs, potentiels clients de ces TS, ont reconnu n'avoir pas utilisé de préservatif avec l'une d'entre elles, lors de la récente enquête de l'OCAL.



Entretien avec Parfait Quenum, Président de SCC-ONG

« Les options du PSN concernant les détenus toujours à l'étape de plaidoyer »

Les innovations inscrites dans le cadre stratégique national de lutte contre le Sida concernant les détenus ne sont pas encore mises en œuvre. Dans cet entretien, l'Expert en santé communautaire, en mobilisation sociale, en protection et défense des droits humains et le plaidoyer, Président de Social Consulting Cabinet SCC-ONG, une organisation qui a travaillé aux côtés de plusieurs structures en milieu carcéral pour la lutte contre le Sida, nous parle de ce document. Pour lui, l'on ne peut pas parler d'une progression dans la mise en œuvre de ce cadre depuis 2012 jusqu'à la date d'aujourd'hui, d'autant plus que c'est toujours à l'étape de plaidoyer. Son vœu est de voir ce cadre rentrer dans sa phase active et que les objectifs fixés soient atteints avant 2016 pour le bonheur du peuple béninois.



Photo DR

Pour parfait Quenum, il n'y a pas eu progression concernant le PSN

Victorin Fassinou (Avec la collaboration de CeRADIS-ONG)

Vous avez une certaine expérience de la lutte contre le Sida en milieu carcéral. Pouvez-vous la partager avec nos lecteurs ?

Je participe aux activités de lutte contre les IST/VIH/Sida avec les acteurs au plan national et avec le SP/CNLS qui avait mis en place le Comité de pilotage de la co-infection Tuberculose/VIH en milieu

carcéral en son temps ; je suis membre du Comité de pilotage de la co-infection Tuberculose/VIH en milieu carcéral du SP/CNLS qui a travaillé pour l'atteinte d'un certain nombre de résultats. Comme résultats atteints au sein du Comité de pilotage sur la co-infection TB/VIH, je peux vous citer : l'Etude sur l'analyse de la situation TB/VIH en milieu carcéral au Bénin, le renforcement des capacités des agents de santé en TB/VIH en milieu carcéral, le ren-

forcement des capacités des agents de sécurité en TB/VIH en milieu carcéral, détenus et les mineurs en conflit avec la loi, la mise en place d'organismes de pairs éducateurs en vue d'améliorer la prise en charge de la co-infection TB/VIH dans les prisons au Bénin, la formation, l'adaptation des modules de formation, et la réalisation des supports d'IEC TB/VIH en milieu carcéral.

Le milieu carcéral, je le maîtrise. Les actions de l'Ong SCC que je préside ont fait aussi que je me suis très familiarisé avec le milieu carcéral. L'Ong est membre : du Réseau des ONG Béninoises de Santé (ROBS) qu'elle a représenté au sein du Comité de pilotage sur la co-infection TB/VIH. A ce titre, SCC-ONG a conduit diverses activités de formation du personnel pénitentiaire, des détenus Pairs Educateurs (PE) et de supervision dans les prisons civiles d'Akpro Missérétié, d'Abomey, de Lokossa, de Ouidah, de Porto-Novo, de Parakou et de Natitingou.

Quels sont les grands axes, notamment les innovations du Plan Stratégique National

2012-2016 par rapport aux groupes spécifiques comme les détenus ?

D'abord, permettez-moi de saluer tous les acteurs ayant contribué à ce que ce document soit une réalité. Le présent Plan stratégique national (PSN) de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2012-2016 du Bénin a été élaboré par l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST sur la période de septembre 2010 à décembre 2011. Ce nouveau plan stratégique constitue le document d'orientation de la réponse nationale au VIH au Bénin. Il comporte sept axes stratégiques.

Comme innovations, le document a mis l'accent sur le renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST afin que les nouvelles infections au VIH soient réduites de 50% d'ici à 2016 dans la population générale et dans les groupes à risque et vulnérables. Une très bonne initiative. S'agissant des détenus, l'objectif est de voir 60% des populations (dont 40% de femmes) en milieu carcéral adopter des pratiques à moindre risque d'infection au VIH d'ici 2016. A l'endroit des

détenus, il a été prévu l'élaboration et la mise en œuvre des programmes spécifiques ciblés d'IEC/CCC et de promotion du dépistage dans toutes les prisons. Il a été prévu le renforcement des capacités des pairs éducateurs dans toutes les prisons, le renforcement des capacités du personnel de santé des prisons à la prévention et à la prise en charge des IST/VIH, le renforcement du plateau technique des services de santé des prisons. L'élaboration des outils spécifiques d'IEC/CCC et la promotion du préservatif féminin étaient également inscrites dans ce document. Et enfin, il a été retenu de rendre disponibles les préservatifs masculin et féminin en milieu carcéral. Dans ce registre, il fallait installer des distributeurs automatiques et rendre disponibles les préservatifs auprès des pairs.

Quelles sont les ressources prévues pour le PSN ?

Le Bénin dispose de son Plan Stratégique National 2012-2016 grâce au SP/CNLS. Le plaidoyer pour la mobilisation des ressources recommandé est en cours. De façon con-

crète, nous ne pouvons pas avancer, avec exactitude, des chiffres. Le rendez-vous est pris pour 2016 pour savoir ce qui est fait, donc soyons patients.

Le niveau de progression de la mise en œuvre

Le SP/CNLS et tous les acteurs de la lutte contre les IST/VIH et les nouvelles infections au VIH sont à l'œuvre. Les choses sont toujours à l'étape de plaidoyer. L'on pourrait parler d'une progression timide. Les options du PSN concernant les détenus sont toujours à l'étape de plaidoyer. L'échéance étant pour 2016, c'est donc trop tôt de parler de progression. L'année 2012, il y a eu la session annuelle et l'édition des JMS 2012 qui a connu la participation effective du Président du CNLS en la personne du président de la République ; et l'année 2013 avait annoncé toutes les nouvelles innovations dans la stratégie pour éradiquer au plan national les IST/VIH/Sida. Mais hélas ! Mon vœu est de voir ce cadre rentrer dans sa phase active et que les objectifs fixés soient atteints avant 2016 pour le bonheur du peuple béninois.

CRÉATION DES SERVICES ADAPTÉS POUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PVVIH

Une nécessité pour les homosexuels séropositifs

LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (HSH) COMMUNÈMENT APPELÉS HOMOSEXUELS REPRÉSENTENT L'UNE DES POPULATIONS CLÉS LES PLUS EXPOSÉES AU RISQUE D'INFECTION AU VIH. ILS SONT NOMBREUX À ÊTRE PORTEURS DU VIRUS. LES HSH SONT PRIS EN COMPTE DANS LE PLAN STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST 2012-2016 QUI EST UN DOCUMENT DE RÉFÉRENCE POUR TOUTES LES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE SIDA, CONFORMÉMENT AUX PRINCIPES DES "THREE ONES", D'APPROPRIATION, D'ALIGNEMENT, D'HARMONISATION, DE GESTION AXÉE SUR LES RÉSULTATS ET DE RESPONSABILITÉ MUTUELLE. MAIS HORMIS LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE DU VIH À L'ENDROIT DE CETTE CIBLE, LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES DEPISTES POSITIFS EST UN PROBLÈME ET NÉCESSITE LA CRÉATION DES SERVICES ADAPTÉS SPÉCIFIQUES.

ÉLÉONORE DJEGUI AVEC LA COLLABORATION DE CÉRADIS ONG

Le Plan Stratégique National de lutte contre le Sida (PSN) doit permettre de renforcer les acquis de la réponse nationale au VIH/SIDA, de mettre efficacement en application les mesures relatives à la gratuité des antirétroviraux, des tests de dépistage et des examens de suivi biologique au profit des personnes vivant avec le VIH. Le principal impact attendu de la mise en œuvre de ce PSN est la baisse de la tendance évolutive de l'épidémie du VIH et la réduction de ses impacts sur les individus, les familles et les communautés au Bénin. Pour y parvenir des résultats d'effets ont été définis au niveau de chacun des sept axes stratégiques. Ainsi au niveau de l'axe stratégique 1 par exemple le résultat d'impact attendu est que les nouvelles infections à VIH soient réduites de 50% d'ici à 2016 dans la population générale et dans les groupes à risque de même que les groupes vulnérables que sont les travailleuses de sexe, des usagers de drogues injectables, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les personnes en milieu carcéral, les femmes, les routiers ainsi que les jeunes et les adolescents.

Qu'en est-il pour les HSH ?

Communément appelée population clé dans le jargon de l'ONUSIDA, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les travailleuses de sexe (TS), et les consommateurs de drogues injectables (CDI) représentent une population stigmatisée et discriminée dans les pays, vu que leurs pratiques et orientations sexuelles ne sont pas souvent acceptées par rapport à nos traditions, nos religions, nos valeurs culturelles. Mais cette population doit être prise en charge en ce qui concerne la lutte contre le Sida parce que le constat aujourd'hui, est que la prévalence dans la population générale a relativement baissé face aux différentes interventions qui ont pu être menées aussi bien par les parties nationales que les organisations régionales telles que le projet Corridor Abidjan-Lagos. « Notre idéal n'est pas de faire la promotion de l'homosexualité, mais de sensibiliser les HSH contre le VIH/Sida à cause de leur pratique sexuelle

» déclare un membre de Bénin Synergie plus (BESYP) qui est le réseau des HSH au Bénin. Pour lui, le VIH/Sida tue de nombreuses personnes en leur sein.

Impacts des interventions

Les impacts des interventions ont permis la baisse de cette prévalence au sein de la population générale où, indique le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2012-2016, elle est de 1,2. Mais, les récentes études conduites par l'ONUSIDA et les partenaires ont montré qu'au niveau des populations clés, les prévalences restaient élevées. Ainsi, en plus des actions à mener au sein de la population générale, il est important d'agir ou d'intervenir également au niveau des populations clés afin que l'épidémie de VIH cesse de croître sur cette cible au risque de mettre à mal tous les efforts consentis dans la lutte contre le VIH/Sida.

A l'endroit des HSH, il n'y avait pas d'interventions, mis à part l'analyse de la situation depuis l'année passée pour pouvoir estimer la taille de ces populations. Le Dr Antoinette Assani, responsable de la cellule santé au Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida informe : « Plan Bénin qui a eu ce dossier a continué ses interventions parce qu'après l'estimation, il est indispensable de faire la surveillance au sein de cette population à risque. Plan Bénin, Corridor, PSI sont donc les structures qui sont à pied d'œuvre pour le travail. Plan Bénin a eu à valider le rapport provisoire de l'étude de surveillance de 2^{ème} génération. Après l'analyse situationnelle, Plan Bénin et PSI sont maintenant en train d'initier cette même étude au niveau national ».

Selon le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2012-2016, les données sur HSH ont été modalisées par l'étude sur les modes de transmission (MoT) réalisée en 2008. Cette étude a permis d'avoir une meilleure compréhension de la contribution de ce groupe dans la dynamique de distribution des nouvelles infections dans les proportions suivantes : les HSH 4,9% ; les partenaires féminin des HSH 1,2%. L'étude a permis également de comprendre que le groupe constitué de couples stables « sexe hétérosexuel à faible risque

» prenait une part active dans la distribution des nouvelles infections (28,8%).

Cas du Corridor Abidjan-Lagos

Au niveau du Corridor Abidjan-Lagos, l'étude de la cartographie et l'estimation des tailles des populations clés les plus exposées au risque de transmission du VIH à savoir les professionnelles du sexe et les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les Consommateurs de Drogues Injectables (CDI) le long du Corridor montre que pratiquement au Bénin, on peut estimer à 600 voire 700 les HSH le long du corridor Abidjan-Lagos. Il faut cependant noter que pour le Bénin, les Associations elles-mêmes ont recensé 628 HSH. Une proportion importante de bisexuels a également été constatée dans tous les pays allant de 45% en Côte d'Ivoire à 30% au Bénin. L'estimation totale pour les HSH a été de 2130 pour l'ensemble du Corridor avec des lieux de rencontre plus ou moins fréquentés par ceux-ci, sachant cependant que ces lieux ne sont pas spécifiques aux HSH et changent souvent.

Le corridor a obtenu un don dans le cadre du mécanisme transitoire du Fonds Mondial pour la mise en œuvre des activités ciblant des populations. Elles ont commencé déjà et prennent en compte la formation des pairs éducateurs (30) HSH dans les cinq pays du corridor. Ils auront à mener des activités de sensibilisation de proximité avec leurs pairs. Des sensibilisations de masse seront organisées et en ces occasions des gels, des lubrifiants et des préservatifs seront distribués aux HSH. Les traitements des IST et des dépistages seront effectués également puis les dépistés positifs seront référés dans les centres de prise en charge au niveau national.

Un besoin pressant

La création des services adaptés spécifiques pour la prise en charge médicale des HSH séropositifs est un impératif. « En ce qui concerne la prise en charge médicale des HSH, rien ne se fait encore de façon spécifique au Bénin » informe Jules V. Kouassi, Spécialiste en Environnement et chargé des populations clés particulièrement des hommes ayant des rapports avec



les hommes au Corridor Abidjan-Lagos (OCAL). Pour lui, les HSH ne font pas les rapports sexuels de la même manière que les hétérosexuels. Par conséquent, leur prise en charge diffère. Ils doivent être pris en charge dans les cliniques adaptées qui n'existent pas du tout à Cotonou comme on en trouve à Abidjan. « A Abidjan il en existe une seule dénommée « Clinique confiance ». C'est une clinique qui prend efficacement les HSH en charge parce que les examens cliniques ne sont pas les mêmes » précise Jules V. Kouassi. Selon ses explications, il leur faut un psychologue pour les accueillir. Ensuite, du matériel adapté comme l'anuscopie pour la prise en charge de certains cas d'IST. L'anuscopie est un matériel coûteux qui permet de visualiser, de regarder l'état de l'anus, d'ausculter ce canal chez les HSH qui, dans leur pratique sont confrontés à des déchirures au niveau de l'anus. Or, les plaies, visibles ou invisibles à l'œil nu constituent une porte d'entrée au virus du Sida. « Il faut plus d'interventions pour les HSH pour pouvoir baisser voire faire disparaître cette prévalence qui met à mal toutes les luttes que nous menons » souligne-t-il. C'est dans ce contexte que le projet d'étude initié par l'ONUSIDA BENIN et intitulé « projet de prévention de l'infection par le VIH auprès des HSH à Cotonou. Sensibilisation de proximité et Promotion du dépistage volontaire du VIH et de la Tuberculose » a été réalisé au cours de la période de avril à mai 2011.

Bientôt six services adaptés spécifiques

« Vu la spécificité du traitement des HSH vivant avec le VIH, on ne peut pas dire aujourd'hui, qu'il y a des services adaptés spéci-

quement pour ces cas. Nous les confondons dans la masse, d'abord et bientôt on pourra dégager ces services spécifiques ou ils seront pris en charge » déclare pour sa part, Dr Daho Jean Yaovi, Chef service prévention au Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) du Bénin. « C'est maintenant que nous sommes en train de pénétrer le milieu et nous allons voir comment faire pour respecter leur dignité et en même temps leur offrir les soins » informe le médecin pour qui, le milieu des HSH est très bien organisé. Ainsi, au nombre des 42 centres de santé répartis sur le territoire national qui sont des services adaptés pour la prise en charge des IST et le suivi des travailleuses de sexe (TS) six seront bientôt identifiés pour s'occuper des HSH. Mais en attendant, les patients sont orientés vers les services adaptés existants pour les cas d'IST. Ce sont des centres de santé qui sont positionnés dans des lieux de concentration des groupes à haut risque pour pouvoir offrir des services surtout de prise en charge des IST à ces groupes. Les spécificités des HSH n'étant pas encore connues pour une prise en charge médicale correcte, un Consultant international sera bientôt au Bénin pour les faire connaître. L'identification des six formations sanitaires spécifiques va intervenir sur la base des propositions et conseils du Consultant par rapport aux infections dont souffrent beaucoup plus les HSH et les traitements appropriés. Les services de santé identifiés seront renforcés pour des soins beaucoup plus spécifiques. Il y aura également la formation des agents de santé, médecins spécialisés en la matière pour administrer les soins.

La vision du PSN 2012-2016 s'inscrit dans la stratégie universelle de l'ONUSIDA à savoir « Parvenir à Zéro nouvelle infection, Zéro décès lié au sida, Zéro discrimination à l'horizon 2015 » et l'impact attendu du nouveau Plan stratégique dans le domaine de la prévention est de réduire de 50% les nouvelles infections. Pour ce faire, les HSH représentent l'un des groupes cibles à ne pas négliger. Il est donc important et souhaitable de créer les services adaptés à leur prise en charge médicale afin que la riposte au VIH soit une réalité au Bénin.

Stratégie nationale de lutte contre le Vih/Sida

Les usagers de drogue injectable laissés-pour-compte

Depuis 2002, la prévalence du Vih au Bénin s'est stabilisée autour de 2%. Malgré cette tendance à la stabilisation, il existe encore des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations les plus exposées aux risques d'infection, notamment les travailleuses de sexe (Ts), les prisonniers et les Consommateurs de drogue injectable (Cdi). Malheureusement les Cdi sont toujours laissés-à eux-mêmes dans la riposte nationale contre le Vih.



une pratique à décourager par la sensibilisation et l'éducation

Au sein de ces populations les plus exposées aux risques d'infection, la prévalence de l'infection par le Vih est estimée respectivement chez les Travailleuses de sexe (Ts) et leurs clients en 2008 à 26,5% et 3,9%. Chez les Consommateurs de drogues injectables (Cdi), elle se situe à 6,3%. L'étude sur les modes de transmission réalisée en 2009 au Bénin a révélé que les Cdi et leurs partenaires interviennent dans la dynamique de distribution des nouvelles infections. Les Cdi, comme les autres groupes-cibles, sont des populations stigmatisées, et pour la plupart, elles vivent et subissent les effets de la maladie dans l'ano-

nymat. Il est difficile d'avoir accès à ces groupes. Mieux, ces groupes cibles sont aussi victimes des dysfonctionnements de la prise en charge. Face à l'insuffisance et à la mauvaise orientation des ressources destinées aux groupes spécifiques, il est prévu d'intensifier des actions à l'endroit de certaines populations spécifiques (travailleuses de sexe et clients, jeunes de 15-24 ans, routiers, HSH, CDI, etc.). L'objectif étant de réduire sensiblement la prévalence au sein de ces groupes qui entretiennent l'épidémie au Bénin. Il s'agit d'amener 50% des Udi (dont 30% de femmes) à avoir des pratiques de moindre risque d'infec-

tion à VIH d'ici à 2016. Le cadre stratégique national 2012-2016 propose de responsabiliser chaque cible et d'orienter les ressources à leur endroit. Cela, afin de faciliter la multi-sectorialité de la lutte et l'implication de tous les acteurs. Le cadre propose aussi la réalisation d'études sur les groupes à haut risque. Malheureusement, les résultats des études montrent clairement que les ressources financières mobilisées ces dernières années en direction de ces groupes ont connu une régression et de plus, elles sont mal orientées. Plus spécifiquement, le groupe cible des Consommateurs de drogues injectables, est l'un des laissés-pour-compte. Rien n'a fondamentalement bougé par rapport à leur prise en charge. D'ailleurs, ils n'ont pas une grande visibilité sur le terrain, en raison de la stigmatisation et du peu d'attention dont ils font l'objet, de la part des pouvoirs publics. Une preuve de la situation difficile que vivent sur le terrain les Cdi, le président de leur réseau refuse de s'afficher. En raison de la pression sociale et de la peur de voir fondre ses acquis matériels et moraux, il ne se sent pas prêt à assumer publiquement ses fonctions et responsabilité. Du côté de Plan Bénin, l'un des bénéficiaires

principaux du Round 9 du Fonds mondial, on apprend que des actions se mènent en direction de cette cible notamment en matière de prévention avec comme stratégie prioritaire, la communication pour un changement de comportement à travers des pairs éducateurs et l'offre de services (préservatifs et lubrifiants) et du dépistage. Plan Bénin envisage d'aller plus loin au fur et à mesure que la réglementation va le permettre pour que le Bénin soit au même niveau que les autres pays en termes de normes et standards en matière de prise en charge des Cdi. De toute évidence, assurent certains acteurs de la lutte contre le Sida, il s'agit d'être fragiles quelque peu abandonnés, qui méritent d'être assistés conformément à la réglementation internationale en matière de lutte contre le VIH.

Un centre de prise en charge adapté pour les Cdi

« Si l'on doit baisser le taux de prévalence au niveau des Cdi, il faut éradiquer la stigmatisation », explique Hervé Thossou, Responsable de l'Ong Santé éducation et développement, et Agent communautaire s'occupant des groupes cibles près le Centre d'information et de Conseils (Cic) à Cotonou. Sous sa double-

casquette, cet observateur averti de la question des groupes cibles, dénonce l'immobilisme et l'abandon des Cdi à leur situation. Hervé Thossou se désole que les études promises tardent à venir jusqu'à là. « Il y a un an, des responsables sont venus me parler de ces études qu'on doit mener, mais c'est resté des propositions sans lendemain », confie-t-il. Or, sans ces études, il serait difficile de mieux cerner le phénomène et de voir son évolution. Seule satisfaction, il se félicite de la formation des agents de santé devant s'occuper des Cdi, une formation dont le rapport a été validé endébut d'année. Mais, il dénonce toujours l'inexistence d'un centre de prise en charge adapté pour les Cdi, à l'instar des Ts. Selon, Hervé Thossou, l'urgence face à ces nombreuses défaillances, c'est de renforcer la sensibilisation, surtout auprès des jeunes, afin de les

amener à adopter des comportements sains.

Renforcer la sensibilisation

Il ne voit donc pas d'évolution dans la prise en charge des Cdi sans une sensibilisation plus accrue et un dépistage plus large. « On ne peut avoir de résultats probants sans une plus grande sensibilisation », renchérisse l'assistant social

et un médiateur exerçant sur le site de prise en charge de Suru-léré. Ils expliquent la baisse de la sensibilisation par la fin des actions sur le terrain du Projet multisectoriel de lutte contre le Sida (Pmls 2). Le Pmls, reconnaissent-ils, avait des dé-membrements dans tous les départements sur le territoire national. Ce qui permettait d'assurer une sensibilisation efficace des couches juvéniles. Mais depuis la fin du projet en 2011, plus rien ne se fait dans ce sens. Plus grave, confient-ils, le Bénin fait actuellement partie en Afrique subsaharienne des derniers pays africains en matière de sensibilisation et de dépistage sur la question du Vih/Sida. Une donnée qui complique la donne.

Réalisé avec la collaboration de Ceradis-Ong

Thématique 5

**EFFECTIVITE DANS L'APPLICATION DE LA LOI
N° 2005-31 DU 10 AVRIL 2016 PORTANT
PREVENTION, PRISE EN CHARGE ET CONTRÔLE
DU VIH AU BENIN**

Application de la loi sur le Vih/Sida au Bénin

Le volet juridique, un impératif dans la riposte nationale contre le Vih/Sida

En avril 2006, le Bénin s'est doté de la Loi N°2005-31 du 05 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du Vih/Sida en République du Bénin. Sept ans après son adoption, elle n'est pas assez connue et certaines de ses dispositions peinent à être appliquées au grand dam des personnes vivant avec le Vih (PVV) qui appellent de tous leurs vœux, la création du Fonds spécial d'assistance prévu dans ladite loi.

Par Reine AZIFAN (Avec la collaboration de CeRADIS Ong)

« Les enfants mineurs des personnes décédées des suites du Sida bénéficient d'une assistance médicale et d'un secours psychosocial de la part de la communauté, de l'Etat et de ses structures déconcentrées ou décentralisées.

A cet effet, il est créé un Fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de Sida. Un décret pris en Conseil des ministres en fixera les modalités de création et de fonctionnement », lit-on dans l'article 8 de cette loi. Cette préoccupation a d'ailleurs fait l'objet d'une recommandation de la 7^e session du Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) en 2012. Mais force est de constater qu'à ce jour, ce fonds n'est pas créé parce que le décret y afférent n'est pas pris. Une situation que déplorent les personnes vivant avec le Vih (PVV) qui avaient placé beaucoup d'espoir en la création dudit fonds. « Si nous nous étions réjouis quand

cette loi a été promulguée, c'était parce que nous étions convaincus qu'elle réglerait ce décret que le président Mathieu Kérékou avait déjà pris en 2002 ou 2003, qui demandait à tous les ministères d'inclure dans leur budget, une ligne sur la lutte contre le Sida », affirme Denis d'Oliveira, président du Réseau béninois des associations de PVV (Rébap+). Il déplore la lenteur qui caractérise la prise de ce décret d'application. Il précise que « Si cette loi avait été mise en application depuis ce temps là, ce fonds aurait servi entre autres à pallier les ruptures des intrants (ARV, réactifs...) qui sont dues principalement à la dépendance du Bénin en ce qui concerne la lutte contre le Sida, vis-à-vis des différents projets et partenaires étrangers ». A vouloir toujours attendre l'argent des partenaires pour prendre en charge correctement les PVV, prévient Denis d'Oliveira, le Bénin s'éloigne de l'objectif « Zéro nouvelle

infection, zéro décès lié au Sida, zéro discrimination au Bénin d'ici à 2016 ».

Accompagner les PVV et les OEV

Selon Marie Joseph Aclassato, directrice exécutive de l'Association béninoise de droit du développement (ABDD), « Il est nécessaire, voire urgent de créer ce fonds pour venir en aide aux PVV parce que la plupart du temps, ce sont des personnes vraiment pauvres et le Vih au Bénin a un visage féminin ». Ce fonds devrait permettre de les soutenir et de les insérer dans une activité génératrice de revenu ou de les équiper dans leur activité de formation, ajoute-t-elle. Les PVV en ont vraiment besoin car, soutient Marie Joseph Aclassato, elles consacrent beaucoup de ressources à la maladie et lorsqu'elles sont sous traitement, il faut qu'elles mangent bien. Cela demande des moyens que généralement, les PVV, surtout les femmes, n'ont pas. Le comble, se désolait-elle, « Les PVV sont renvoyées des services sociaux pour indigents parce qu'on considère qu'elles ont beaucoup d'avantages et elles ne sont pas prises en compte sur les fonds des indigents ». Il faut absolument créer ce fonds



Marie Joseph Aclassato, directrice exécutive de l'Association béninoise de droit du développement (ABDD)

spécial pour leur prise en charge de façon spécifique, plaide Marie Joseph Aclassato.

Très active sur le front de la promotion et de la protection des droits de l'homme en particulier des droits humains liés au Vih, l'ABDD a mis en œuvre pendant 20 mois, de 2010 à 2012, le projet pilote de promotion des services juridiques au profit des PVV. A travers cette initiative, l'ABDD a accompagné les PVV en les aidant à connaître leurs droits et devoirs ainsi que les structures auxquelles elles peuvent faire recours en cas de violation de leurs droits. Des PVV qui étaient dans le besoin de ces services ont pu bénéficier d'une assistance juri-

dique et judiciaire. Elle a permis à certains acteurs (professionnels de la Justice, médias, officiers de police judiciaire) de s'imprégner du contenu de la loi.

Invitée à se prononcer sur la création du fonds d'assistance aux PVV qui tarde à se concrétiser, Marie Joseph Aclassato explique que « Cela n'empêche pas l'application de la loi. C'est une loi organique et le décret à prendre par rapport à cet article n'est pas un frein à l'application de la loi ». Elle rassure : « Nous participons à des sessions du CNLS, cet article a fait l'objet de plusieurs discussions et des dispositions sont en train d'être prises pour que ce décret soit pris ».

« Il faut que l'Etat prenne ses responsabilités »

Dans un contexte où les partenaires techniques et financiers se retirent de plus en plus du financement de la lutte contre le Sida, « Il faut que l'Etat prenne ses responsabilités, ne serait-ce que pour la pérennisation des acquis », préconise la juriste. Elle constate que jusque-là, il n'y a que la prise en charge médicale, le volet juridique n'a pas été pris en compte, c'est une lacune que le projet de l'ABDD est venu combler. « Il faut que l'Etat agisse et au plus pressé car, la réalité est là : la discrimination, la stigmatisation, les abandons d'enfants, de partenaires sont monnaie courante. Aujourd'hui, on ne peut pas faire la riposte sans le volet juridique, ça n'aura même pas de sens et on ne pourra pas atteindre l'objectif zéro nouvelle infection, zéro décès lié au Sida, zéro discrimination. C'est une évidence », plaide Marie Joseph Aclassato.

C'est l'Etat et plus précisément le gouvernement qui, au vu de la loi, a la responsabilité de créer ce fonds même si son alimentation ne devrait pas relever de son seul ressort. C'est pourquoi des Ong intervenant dans la lutte contre le Sida appellent à la création effective du fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de Sida qui contribuera, à coup sûr, à améliorer la riposte nationale contre le Vih/Sida. Ce fonds sera également d'une grande utilité pour les milliers d'Orphelins et enfants vulnérables (OEV) qui attendent toujours d'être accompagnés

conformément aux objectifs du plan stratégique national de lutte contre le Sida 2012-2016 qui prévoit que « 100% des OEV ont un accès facile aux soins de santé et bénéficient de leur droit à la protection d'ici à 2016 ». A titre d'exemple, on peut signaler qu'en 2011, grâce au financement du Fonds mondial à travers Plan Bénin, ils n'étaient que 18.150 OEV à bénéficier d'appui scolaire, 11.587 d'appui nutritionnel et 128 d'appui en formation et insertion professionnelle.

Pendant que certains œuvrent pour l'application effective et complète de la loi sur le Vih/Sida, d'autres acteurs appellent déjà à son toilettage. Ce qui ne semble pas déplaire aux PVV. « Cette loi est dépassée », affirme Denis d'Oliveira. A peine la loi a-t-elle commencé par être vulgarisée au sein des associations de PVV que certains experts y ont vu des failles. A en croire Denis d'Oliveira, « L'Onusida pays avait mis un groupe en place appuyé par deux consultants dont l'ancien député Léon Bio Bigou, initiateur de la « première » loi. Ce groupe, après plusieurs rencontres a apporté des réaménagements et une nouvelle mouture de la loi a été déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale depuis environ deux ans ». En attendant la relecture ou le toilettage de la loi sur le Sida, les regards sont tournés vers la prochaine session du CNLS pour en savoir davantage sur l'issue de sa recommandation relative à cette question.



**PROTECTION JURIDIQUE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH**

Méconnaissance de la loi n°2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida en République du Bénin, faible niveau de sa vulgarisation et difficultés d'apporter la preuve d'une violation, sont les handicaps à l'application des textes sur le VIH au Bénin. Des tares que peuvent toujours traîner la relecture de ladite loi enclenchée depuis 2010.

Les entraves à l'application des textes

« Je suis de la police judiciaire mais je n'ai même pas entendu parler de cette loi. Je ne l'applique pas non plus dans mon unité ». Il n'est pas seul, ce gendarme, à méconnaître la loi n°2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida en République du Bénin. Car, « ceux mêmes qui sont chargés de l'appliquer, l'ignorent », regrette le professeur Léon Bio Bigou, député de 1998 à 2007 et initiateur de ladite loi. Outre ce cas de méconnaissance des textes par les acteurs, il y a le problème de la vulgarisation de la loi. « La vulgarisation n'est pas profondément faite », note le professeur Léon Bio Bigou. Et le comble pour freiner cet élan, depuis 2010, soit moins de quatre années après sa publication au journal officiel en novembre 2006, la loi est « retirée » de l'arsenal juridique pour un toilettage qui peine à voir le jour, constate l'Association béninoise de

droit du développement (ABDD). A côté de la problématique de la vulgarisation, il existe encore un faible niveau de recours qualifiables susceptibles de faire établir des faits de discrimination ou de stigmatisation liés au statut sérologique au vu de la loi. La preuve, au cours de la mise en œuvre du projet pilote de Promotion des services d'appui juridique à la lutte contre le VIH/Sida au Bénin par l'ABDD, de juillet 2010 à février 2012, seulement 11 dossiers relatifs à des plaintes des PVVIH ont été poursuivis au niveau des tribunaux et officiers de police judiciaire. Autre entrave, souligne Blandine Sintondji Yaya, de l'Association des femmes juristes du Bénin, les PVVIH éprouvent d'énormes difficultés à réunir les preuves des faits allégués. Près de 39 PVVIH ont été contraintes à abandonner des dossiers ouverts suite à des consultations juridiques. Les cas de violation de la loi

Pendant ce temps, « le VIH fait chasser de la maison et du travail », révèle Constant Migah, membre du Réseau béninois des associations des personnes vivant avec le VIH (RéBAP+). Des propos confirmés par une étude de l'ABDD. En famille, sur les lieux de travail et souvent dans des formations sanitaires, les personnes vivant avec le VIH continuent d'être victimes de stigmatisation et de discrimination. Elles sont confrontées à la divulgation de leur état sérologique, renvoyées du cercle familial ou du domicile conjugal, privées du droit d'héritage. Et pour celles qui travaillent, victimes de licenciement abusif. Le cas demeure critique chez les femmes porteuses du VIH et qui ne sont pas légalement mariées. En cas de répudiation, « la loi ne les protège pas », souligne Blandine Sintondji Yaya.

L'application de la loi participe à la réduction du taux de prévalence

Or, « un environnement juridique favorable au respect des droits humains de chaque citoyen constitue un des moyens les plus adéquats pour le développement d'une riposte nationale efficace à l'épidémie du VIH/Sida », lit-on dans les annales de l'ABDD. C'est pourquoi, rappelle Aminata Kébé, de l'Office du haut commissariat aux droits de l'homme (OHCDH), « L'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA tenue à New York en 2001, ainsi que les déclarations des chefs d'État africains à leurs sommets d'Addis Abeba en 2000, et d'Abuja en 2001 avaient engagé les pays signataires : à «promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/SIDA et les membres des groupes vulnérables ; de veiller à ce que ces personnes jouis-

sent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux en leur assurant, notamment : l'accès aux services sociaux et sanitaires, l'accès à la prévention, l'accès au soutien et au traitement, l'accès à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie ». Déjà en 2008, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le Sida, Navi Pillay, alors Haut commissaire aux droits de l'homme, tirait la sonnette d'alarme : « le sida prospère sur fond d'injustice et d'inégalité ». Or, plaide Nassirou Akakpo Abito, de l'ABDD, promouvoir au Bénin des textes régissant la lutte contre la maladie aidera à baisser sensiblement le taux de prévalence resté à 1,2% au sein de la population générale.

Vadim QUIRIN avec la collaboration de CeRADIS-ONG

La volonté politique, le plus grand handicap à l'application des textes

« Le manque de volonté politique ». Voici ce qui ne fait pas bouger les lignes en matière de mise en œuvre des textes au profit des PVVIH. C'est la conviction du professeur Léon Bio Bigou qui a fait remarquer au cours d'un entretien qu'« il y a des niveaux de pesanteur qu'il est difficile à cerner ». Sinon, comment comprendre que depuis 2006, l'alinéa 5 de l'article 8 de la loi n°2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida en République du Bénin est resté lettre morte. Selon cette disposition, « il est créé un fonds spécial de lutte et d'assistance en matière du Sida. Un décret pris en conseil des ministres en fixera les modalités de création et de fonctionnement ». L'inexistence de ce fonds, analyse le professeur Léon Bio Bigou, entrave, entre autres, le bon fonctionnement des points focaux. Car le décret d'application pris aurait permis à ce fonds de devenir le panier commun de mobilisation des ressources et de financement des activités de lutte contre le VIH au Bénin. L'Etat doit prendre ses responsabilités, martèle le professeur Léon Bio Bigou. Ceci, en créant le fonds pour affirmer sa volonté politique puis en allouant plus de ressources à la lutte.

V.Q.

La loi n°2005-31 du 10 avril 2006 en chiffres

En attendant l'aboutissement du processus de sa relecture, la loi n°2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida en République du Bénin comporte huit titres subdivisés en 37 articles. Huit de ces articles font la promotion des droits des PVVIH. Il s'agit des articles 2, 3 et 5. Des articles 14 à 16 puis 18 et 22. Les articles 4 (alinéa 3), 27 et 30 évoquent les devoirs des PVVIH. Treize des dispositions, à savoir les articles 23 à 35, ont statué sur les sanctions pénales en cas de violation de la loi. Trois articles sont jugés difficiles d'application par le monde hospitalier. Ce sont l'alinéa 3 de l'article 4 puis les articles 5 et 6. Par ailleurs, au regard de l'évolution de la lutte, des insuffisances sont notées dans le texte actuel. Notamment la non prise en compte de la lutte en milieu carcéral et auprès de certaines couches vulnérables, telles les travailleuses de sexe.

V.Q.

Application des textes sur le VIH/Sida, la voie que trace le professeur Léon Bio Bigou

« Je suis au regret d'annoncer que l'enthousiasme que les députés ont eu en initiant la loi sur le VIH n'a pas été suivi lors de sa mise en œuvre. A l'époque, le gouvernement traînait les pas quant à sa vulgarisation. J'ai alors initié la stratégie, «Le député sur le chemin du village». Elle consiste à parcourir les chefs des lieux des départements pour sensibiliser les autorités communales et locales, les têtes couronnées, les jeunes, les femmes, la police, la gendarmerie et toutes les structures organisées au niveau des communes. Cette campagne a permis la traduction de la loi

en huit langues nationales que nous laissons aux bénéficiaires pour le relai de la sensibilisation. Ce qui n'a pas été suivi faute de moyens. Quelques années après la mise en œuvre de cette stratégie parlementaire qui n'a pas été poursuivie depuis mon départ de l'Assemblée nationale, on constate un faible niveau de vulgarisation de la loi. La preuve, ceux qui sont chargés de l'appliquer l'ignorent. Les hommes de loi n'en sont même pas au courant. Les partenaires techniques et financiers ont donc constaté que la vulgarisation de la loi posait pro-

blème. Ils ont alors consenti à la formation du secteur judiciaire et à la médiatisation de la loi. L'idée était aussi de mettre à contribution les artistes... Mais il faut que notre Etat prenne sa part de responsabilité. Car, la vulgarisation doit être une priorité pour le gouvernement. Il peut financer ces initiatives au niveau des organisations non gouvernementales et de toute structure œuvrant dans le domaine. »

V.Q.

Mise en œuvre de la loi relative au Vih/Sida au Bénin

Les PVVIH attendent toujours la création d'un Fonds d'assistance

La lutte contre le Vih/Sida au Bénin est frappée de plusieurs obstacles qui ne permettent pas une bonne prise en charge des malades. Au nombre de ces obstacles, se trouvent les difficultés d'application de la loi n°2005-31 du 5 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du Vih Sida en République du Bénin. La création d'un fonds national d'assistance aux PVVIH prévue à l'article 8 de ladite loi tarde à se concrétiser.

Victorin Fassinou
(Avec la collaboration de CeRADIS-ONG)

« Vu comment vont les choses dans les rangs des personnes vivant avec le Vih (PVVIH), l'on ne dirait même pas qu'il y a au Bénin une loi qui porte prévention, prise en charge et contrôle du Vih Sida. Si ce n'est pas l'Association Béninoise de Droit du Développement (ABDD) qui a fait un effort vraiment considérable, nous dirions qu'en matière de cette loi, les PVVIH n'ont bénéficié de rien », s'est indigné M. Constant Migan, responsable de l'une des associations des PVVIH du Bénin. Tout comme lui, toutes les PVVIH ont déploré le peu d'importance que l'Etat béninois accorde à la mise en application de cette loi. Pour elles, la décision de la 7ème session du Comité national de lutte contre le Sida (CNLS), qui recommandait de prendre un décret pour mettre en œuvre la loi sur le VIH, est à saluer. « On voyait plus efficace la lutte contre le Vih Sida au Bénin. Hélas, c'était un éléphant blanc qui vient allonger la liste des promesses

toujours non tenues dans le domaine », a livré une PVVIH. Pour Mme Marie-Joseph Aclassato, Directrice exécutive de l'ABDD, la création ou la non création de ce fonds n'est pas un obstacle à la mise en œuvre de la loi. Cette loi est organique. Sans le décret, l'on peut toujours l'appliquer. Toutefois, elle reconnaît que c'est urgent de prendre ce décret afin que le Fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de SIDA soit créé et approvisionné pour le bonheur des PVVIH. L'une des raisons qui sous-tendent, selon elle, la nécessité de création de ce fonds est que la plupart des PVVIH sont très démunis et vivent dans une grande précarité. Bon nombre des PVVIH rencontrés sont des gens qui ont perdu leur emploi à cause du Vih. D'après Mme Aclassato, ce Fonds participera à la réinsertion dans des activités génératrices de revenus de ces personnes qui, à cause de la maladie, sont aujourd'hui incapables de faire face à leurs besoins vitaux. L'autre chose, les PVVIH ne sont pas prises en compte en ce qui concerne le fonds

des indigents dans les centres sanitaires comme le CNHU. Ce Fonds viendra, un tant soit peu, en aide aux Personnes vivant avec le Vih Sida. Certains acteurs intervenant dans le domaine et les PVVIH, les bénéficiaires directs, estiment qu'en principe, 7 ans après le vote de cette loi, la prise par l'Etat du décret relatif à la création de ce Fonds ne devrait pas tarder. « L'Etat a des ressources pour créer ce Fonds, mais nous ne savons pas ce qui l'empêche de le faire. Il en a les moyens. C'est vraiment une insuffisance notoire », explique Mme Aclassato. Depuis le vote de la loi, qu'est-ce qui est fait pour sa mise en application ?

L'Etat accusé

Des investigations et des plaintes recueillies révèlent qu'à part quelques organisations ou associations non gouvernementales, à l'instar de l'Association Béninoise de Droit du Développement (ABDD) et de l'Association des femmes Juristes du Bénin (AFJB) qui, à travers de multiples activités, ont fait

bouger des choses avec le soutien des partenaires internationaux dans le domaine, aucune initiative n'est venue de la partie étatique qui devrait promouvoir cette loi. L'Etat, à travers le CNLS, est incapable de pérenniser les bonnes pratiques. De 2010 à 2012, l'ABDD a amélioré les niveaux de connaissances et les capacités d'accès des PvviH et autres personnes vulnérables à des services juridiques de qualité, adaptés à leurs conditions. Dans cette rubrique, 193 séances d'information et de sensibilisation relatives au contenu de la loi sur le Vih Sida au Bénin et sur les services juridiques offerts par l'équipe du projet pilote ont été tenues ; 226 consultations juridiques ont été réalisées ; 152 dossiers ont été ouverts ; 112 dossiers sont conduits à terme et avec la résolution des problèmes de conflits ; 43 cas d'orientation ont été envoyés vers les centres de promotion sociale pour assistance financière et scolarisation des orphelins et enfants vulnérables (OEV). Des activités ont également été menées dans le cadre du renforcement des capacités

des organisations de la société civile et des agents stratégiques de l'administration judiciaire et para judiciaire relativement à l'appropriation de la loi sur le Vih et la protection juridique des PvviH et autres personnes vulnérables. S'agissant de l'assistance et la protection juridiques aux PvviH et autres personnes vulnérables vis-à-vis des situations de discrimination et autres injustices dont elles sont le plus souvent victimes, 96 clients ont été reçus dont 79 femmes ; 51 dossiers ouverts et 30 sont conduits à terme par voies alimentaires ; 11 dossiers ont été poursuivis au niveau des tribunaux et offices de police judiciaire dont 04 sont encore en instance. Même si Mme Aclassato et certains acteurs reconnaissent que le CNLS a accompagné techniquement l'ABDD dans ses activités de mise en œuvre de cette loi, d'autres persistent et signent que le CNLS n'a rien fait pour l'application de la loi n°2005-31 du 5 avril 2006. « On attendait plus de l'Etat avec cette loi », a déclaré une PVVIH rencontrée au Centre hospitalier départemental de

l'Ouémé-Plateau à Porto-Novo. Le souhait de toutes les PVVIH est de voir davantage d'amélioration dans l'application de cette loi dans les prochains jours. Le premier acte, selon elles, qui va donner le top de cette mise en œuvre, c'est la création et l'équipement de ce fonds.

Mentionnons que la loi N°2005-31 du 05 Avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH SIDA en République du Bénin confère le droit à l'information et au traitement aux PVVIH. Cette loi impose aussi des règles éthiques en milieu de santé, de travail ainsi qu'en assurance maladie pour une bonne prise en charge des PVVIH. Des dispositions pénales sont également prévues dans ladite loi. Elle est composée de 37 articles et de sept chapitres à savoir : du Droit à l'information et au traitement, de l'impact du Sida sur l'individu, la société et le monde, du Sida et l'assurance-maladie, des dispositions pénales, de l'éthique médicale et des dispositions finales.

Entretien avec le Professeur Léon Bio Bigou, initiateur de la Loi sur le Vih/Sida au Bénin

«Si elle était appliquée, elle aurait pu faire avancer des choses»

Le Bénin dispose depuis 2006, d'une Loi spécifique sur le Vih/Sida. La Loi N° 2005-31 du 05 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du Vih Sida en République du Bénin. Sept ans après, son application demeure virtuelle. Pourtant, il y avait un plan intégré d'action élaboré à cet effet. Professeur Léon Bio Bigou, l'initiateur, nous en parle ici et fait des propositions. Interview.

Sept ans après la promulgation de la Loi sur le VIH Sida, avez-vous le sentiment que l'application est effective, ou qu'il y a des efforts qui sont en train d'être faits pour y arriver?

Je ne peux pas dire que quelque chose n'est pas fait. Mais, je suis au regret d'annoncer que l'enthousiasme que nous (les députés) on a eu, le dynamisme dont on a fait preuve pour cette loi, n'a pas été suivi du côté de l'exécutif. Aucun texte ne peut être appliqué s'il n'est pas vulgarisé.

En quoi consistait ce dynamisme que vous évoquez?

Déjà à partir de la Loi sur la santé de la reproduction, quand on a senti que le gouvernement traînait les pas pour la vulgarisation, j'ai initié «Le député sur le chemin du village». En tant que premier rapporteur du Réseau des parlementaires sur population et développement. Ma stratégie impliquait les députés à la vulgarisation des lois fondamentales. Les députés ciblent un département, restent au chef-lieu et parcourent toutes les communes. On a commencé par l'Alibori, puis l'Ouémé-Pintou, ainsi de suite. On émit à cinq (5) éditions quand je suis parti de l'Assemblée. Les cibles, ce sont les têtes couronnées, les jeunes, les femmes et toutes les structures organisées au niveau des communes. On a fait des traductions dans des langues locales. Après chaque campagne, nous laissons un lot pour permettre aux autorités locales de continuer la sensibilisation jusqu'à la base. Malheureusement au Bénin, quand il n'y a pas l'argent, personne ne veut rien faire. Ne pouvant pas aller au niveau des hameaux, on restait seulement au niveau des communes, pour que les autorités communales prennent le relais jusqu'au niveau des arrondissements.

Est-ce que ce relais a été pris?

Non. Et c'est là où je dis que j'ai le regret. Nous, on l'a fait au moins en cinq (5) éditions avant que je ne quitte l'Assemblée.

Voulez-vous dire que l'application de

cette Loi sur le VIH Sida au Bénin peine à cause de la chaîne qui a été coupée au niveau communal, et aussi parce que les équipes qui vous ont succédé dans la conduite du réseau parlementaire, ont baissé les bras?

La vulgarisation, c'est l'étape première de l'application d'une loi. On constate qu'il y a des faiblesses. Il y a même ceux qui sont chargés de l'appliquer, qui ne connaissent pas cette loi. Les hommes de loi qui sont dans le domaine juridique, ne sont même pas au courant. Les partenaires ont constaté qu'il y a effectivement un problème au niveau de la vulgarisation. C'est ainsi qu'ils ont encore regroupé les animateurs de la Justice, pour leur parler de cette loi. Chaque fois, j'ai été sollicité pour faire des présentations. Et on a demandé à impliquer les hommes des médias, pour relayer l'information. On a dit qu'il faut cibler une autre couche qui est importante. Les artistes de toutes catégories. Ils ont toujours de belles manières de transmettre leurs messages dans le langage des populations. Toutes ces idées sont restées des propositions. La dynamique qu'on connaît au réseau, est tombée quand je suis parti. Les gens avaient près de 40 000 dollars pour ces genres d'activités, ils n'ont pas pu dépenser un dollar.

La vulgarisation de cette Loi, était-elle une mission de ce réseau seul?

Il faut avouer que notre Etat a sa part de responsabilité. Parce que la vulgarisation, c'est une priorité du gouvernement. Il pouvait financer les activités de vulgarisation au niveau des Ong et toutes autres structures qui œuvrent dans ce domaine. Mais, tout ce qui se fait, c'est essentiellement sur financement extérieur. Et encore, si c'était bien géré, on aurait des résultats. On voit des milliards de dollars qu'on injecte, mais au niveau des résultats on ne voit pas grand-chose. C'est ça qui est dommage. Ceux qui souffrent le plus, c'est les personnes vivant avec le Vih (Pvvh). C'est en leur nom que tout arrive, mais malheureusement, c'est elles qui sont les plus opprimées.



Professeur Léon Bio Bigou, initiateur de la Loi sur le Vih/Sida au Bénin

En marge d'une éventuelle prise de responsabilité de la part de l'Etat, n'est-il pas possible que vous sauviez les meubles, en redonnant au réseau ce dynamisme d'entre temps, même si vous n'êtes plus à l'Assemblée?

Au Bénin, ce qui intéresse les gens, ce n'est plus les idées. Ce qui parle aujourd'hui, c'est l'argent. Et quand vous n'en avez pas, on ne vous écoute pas. S'il faut parler pour ne pas être écouté, il vaut mieux se taire. C'est aussi simple que ça. Sinon, si c'est les idées, qu'est-ce qu'il faut faire, et comment, on n'ira pas chercher l'expertise ailleurs. On le sait. D'autres pays avancés, dans les questions liées à la lutte contre le VIH/Sida, nous sollicitent pour l'élaboration de leur plan d'action intégré pour cette loi.

Est-ce que ce plan existe au Bénin?

Je suis Béninois. Je suis au Bénin. Si c'est moi qui l'ai fait ailleurs, pourquoi ne le ferai-je pas pour mon pays. Je l'ai fait. Mais ici, le plan reste le plan. Les gens n'en font pas une priorité.

A quel niveau se trouve ce plan aujourd'hui au Bénin?

Toutes les structures qui sont dans la mise en œuvre de cette Loi, en principe, l'ont. Qu'est-ce qu'ils en ont fait, je n'en sais rien.

Quels étaient les grands axes dudit plan?

C'est un plan intégré d'action. Pourquoi intégré? Si je prends le cas de la vulgarisation, ce plan définit les structures ou personnes

responsables, les structures et personnes associées, les cibles, la période, le budget, les résultats attendus. Pour les objectifs, il y avait plus de huit, que j'ai déclinés en activité chacun. J'ai dit que c'est les parlementaires qui sont les personnes ressources et qu'on implique les Ong qui sont dans le domaine.

Le Comité National de Lutte contre le Sida (Cnls) a-t-il connaissance de ce plan?

On travaille souvent avec le Cnls. C'est la structure au niveau national. C'est le Chef de l'Etat qui est le patron de tout ça. C'est pour vous dire que, il y a des niveaux de pesanteur qu'on n'arrive pas souvent à comprendre.

Aujourd'hui, cette loi est en toilettage. Pourquoi?

Comment on peut faire le toilettage d'une loi qui n'a pas été appliquée? La Loi du Bénin fait partie des meilleures en matière de loi-type de Néjamená. L'idée de toilettage est arrivée dans le combat entre les structures, les institutions - je ne veux pas les nommer - qui appuient la lutte contre le Sida. Sinon le toilettage d'une loi se fait sur la base de son application. Le problème de toilettage, c'est un débat à un niveau très haut, pour en arriver à la paternité de ci ou de ça. L'idée du toilettage vient aussi du fait que les pays n'ont pas le même concept de loi. Selon que vous êtes dans le système canadien ou francophone ou anglophone, la conception varie. Dans le système francophone, les détails, c'est dans les textes d'application. Mais dans le système anglophone, canadien, il faut tout mettre dans la Loi. C'est vrai que notre

Loi, avec des évolutions, il y avait des aspects sur lesquels on n'avait pas réfléchi. Mais, le problème n'est pas autour de la qualité, mais autour de l'application.

Maintenant que le toilettage est engagé, et puisque que vous êtes dans la Commission, à quelle virgule pouvez-vous toucher?

Quand on regarde on n'avait pas suffisamment tenu compte des gens en milieu carcéral et des travailleuses de sexe. Il y a quand même des éléments pertinents qu'il faut renforcer. Je suis d'accord. Mais, globalement, la loi, telle qu'elle est, si elle était appliquée, elle aurait pu faire avancer des choses, quitte à ce qu'à travers les décrets et autres textes d'application, on continue à combler ses insuffisances.

Dans cette loi, il y a un article sur la mise en place d'un fonds spécial sur le Sida...

Ce n'est pas créé. C'est vous dire, il y a toujours manque de volonté politique. Sinon c'est par là qu'il faut d'abord commencer, ce fonds qui serait chargé de financer toutes les activités liées à la lutte contre le VIH/Sida. C'est à partir de cette idée qu'on a dit que chaque ministère devrait avoir un point focal. Ces points focaux existent, mais disposent de quoi pour faire le travail? On attend que les partenaires nous financent. Non. Ils ne viennent qu'en appui. C'est d'abord les Africains, les Béninois eux-mêmes, qui doivent pouvoir faire l'essentiel. C'est ce qui nous échappe souvent au niveau de la plupart de nos Etats africains.

Que proposez-vous aujourd'hui pour un début de solution?

Que l'Etat prenne ses responsabilités. Le fonds, il faut d'abord le créer et dire comment ça va être alimenté. Puisque c'est déjà dit dans la Loi, on prend un décret. C'est d'abord ça, pour montrer la volonté politique. La simple déclaration ne suffit pas pour dire qu'il y a la volonté politique. S'il y a la volonté politique, ensuite, quelle est l'organisation mise en place pour que

les gens soient au courant de l'existence de cette Loi partout, même dans les campagnes? C'est ça la vraie question. Le Sida n'a pas de frontière, ni de langue. Les résultats par rapport au Vih/Sida, c'est le changement de mentalité et de comportement.

Pour le changement de mentalité et de comportement, il y a quand même des campagnes de sensibilisation qui se font.

Ce qui frappe, c'est quand les populations voient. Les tee-shirts, bics... à l'effigie du Sida, ceci dit quoi à un analphabète? Rien du tout. Si on veut vraiment atteindre les populations, quand il y a le financement, il faut renforcer et équiper les lieux publics de rencontre dans les localités. Et comment? Une fois qu'ils ont le courant, c'est d'avoir un poste télé, un lecteur vidéo. On enregistre les témoignages, les chanteurs. Lorsqu'il y a des séances de sensibilisation, vous enregistrez. Ce sont ces Cd que vous jouez quand vous réunissez les gens dans les localités. Là, la population voit et entend des gens qui avouent avoir la maladie. Le "type" voit quelqu'un qui fait effectivement la maladie, vous n'avez pas besoin de lui dire que le Sida n'existe pas. Sinon, quand c'est au cours des séminaires et ateliers avec pause-café, que vous parlez du Vih/Sida, quelqu'un qui n'a pas ces réalités ou témoignages n'est pas convaincu. Vous faites votre tee-shirt, cela lui sert pour habillement, mais pas parce que c'est un message. Ce message ne passe pas. Mais, quelqu'un qui voit et entend le malade même témoigner, ça change dans sa tête. Même les députés qui étaient dubitatifs par rapport au Vih/Sida, ce sont les images qui les ont amenés à changer de position. Et c'est l'une des raisons pour lesquelles la Loi sur le Sida a été vite votée. Parce que je suis arrivé à leur faire toucher du doigt le danger. Les tee-shirts et gadgets, c'est des gaspillages d'argent. Souvent on exploite mal les ressources qu'on met à la disposition des populations pour faire ce travail. □

Réalisation :
Blaise Ahoransé avec la collaboration de CeRADIS Ong

ENTRETIEN AVEC MME MARIE JOSEPH ACLASSATO, DIRECTRICE EXÉCUTIVE DE L'ASSOCIATION BÉNOISE DE DROIT DU DÉVELOPPEMENT (ABDD) AU SUJET DE LA LOI SUR LE VIH/SIDA.

« Il faut une intensification de la vulgarisation de la loi »

MME MARIE JOSEPH ACLASSATO EST JURISTE, ADMINISTRATEUR DE COMMERCE À LA RETRAITE. AUJOURD'HUI, ELLE S'EST MISE AU SERVICE DES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES NOTAMMENT LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA AU SEIN DE L'ASSOCIATION BÉNOISE DE DROIT DU DÉVELOPPEMENT (ABDD). L'ASSOCIATION COMPOSÉE EN MAJORITÉ DE JURISTES EST PRÉSIDIÉE PAR UN AVOCAT EN LA PERSONNE DE ME REINE ALAPINI GANSOU. L'ABDD S'INVESTIT DANS LA PROMOTION ET LA PROTECTION DES DROITS DE L'HOMME NOTAMMENT LES DROITS HUMAINS LIÉS AU VIH. DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE PROMOTION DES SERVICES JURIDIQUES AU PROFIT DES PVVIH, LES SERVICES JURIDIQUES OFFERTS SONT RELATIFS AUX CONSEILS, AUX CONCILIATIONS, AUX MÉDIATIONS ET À L'ASSISTANCE JURIDIQUE ET JUDICIAIRE.

PROPOS RECUEILLIS PAR ELÉONORE DJEGUI AVEC LA COLLABORATION DE L'ONG CERADIS

Le Bénin dispose d'une loi qui protège les personnes vivant avec le VIH/Sida. Mais le commun des béninois se demande aujourd'hui, si cette loi est mise en application ou non. En votre qualité de juriste et membre influent d'une structure qui défend la cause de ces personnes qu'en dites-vous ?

La loi N° 2005 - 31 du 5 Avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida en République du Bénin a été adoptée en 2006 et vulgarisée. Et comme on a coutume de le dire lorsque la loi est votée, l'Etat peut croire avoir fini son travail au regard de l'édage populaire : « nul n'est censé ignorer la loi ». Mais dans le cas d'espèce, ce sont des personnes sensibles qui sont concernées par cette loi-là. Par conséquent, il faut une intensification de la vulgarisation de la loi en question. Ce qui n'a pas été fait. L'ABDD avec son partenaire l'Organisation Internationale de Droit de Développement (OIDD) qui est la structure faîtière et dont le siège se trouve à Rome en Italie a eu à commander une étude d'évaluation des besoins en services juridiques pour voir si le besoin en service juridique existe réellement.

L'étude d'évaluation des besoins a révélé que la loi sur le VIH a été votée mais n'a pas été suffisamment vulgarisée. De nombreuses personnes ne connaissent pas l'existence de cette loi. Certains en ont entendu parler mais ignorent son contenu.

Les personnes concernées par la loi, en particulier les PVVIH sont victimes entre autres, de stigmatisation, de discrimination, d'abandon, de rejet. C'est dans ce cadre que l'OIDD dans son programme intitulé Droit et Santé a mis en place le projet pilote de promotion des services juridiques avec l'ap-

Ph/ Polycarpe TOVIHO



Marie-Joseph Aclassato, directrice exécutive de l'ABDD

port financier du Fonds de l'OPEP pour le Développement International (FODI). Ce projet a couvert 20 mois de juillet 2010 au 28 Février 2012 et nous avons travaillé sur 4 centres de prise en charge. Il y a au total deux équipes qui travaillent sur les centres de prise en charge des PVVIH. Elles sont composées chacune d'un Juriste assistant et d'un médiateur. Les centres de prise en charge sont comme des couvents et n'y entre pas qui n'est pas invité. Quand nous y allons les médiateurs sont à nos côtés pour faciliter les contacts avec cette frange de population. C'est comme cela que nous avons commencé à sensibiliser les gens sur leurs droits et leurs devoirs et les dispositions

pénales contenues dans la loi.

Parlez-nous des dispositions contenues dans la loi

Si nous prenons l'article 30 par exemple je cite : « Toute personne se sachant infectée par le virus du Sida qui, usant de la violence, contrainte ou surprise, entretient des relations sexuelles non protégées de quelque nature qu'elles soient avec une personne, sera punie de la réclusion criminelle à temps de cinq (05) ans à vingt (20) ans et d'une amende de trois (3 000 000) millions de francs à dix (10 000 000) millions de FCFA. Si l'acte a été commis sous la menace par une ou plusieurs personnes,

par un ascendant légitime, naturel ou adoptif de la victime ou par une personne qui a abusé de l'autorité que lui confèrent ses fonctions, sur une personne vulnérable, une personne majeure incapable ou mineure, la peine sera la réclusion criminelle à perpétuité. » Cela concerne les personnes vivant avec le VIH qui sont conscients de leur situation de séropositivité et infecté volontairement leur partenaire.

Y a-t-il des Béninois qui sont déjà tombés sous le coup de cette loi au Bénin ?

Présentement nous avons un procès au niveau du tribunal. Un

homme âgé PVVIH a violé une camarade de table de sa fille et l'a infecté. La fille violée de 17 ans porterait le même virus que le monsieur après le test selon les propos rapportés par la maman de la fille. L'affaire est récente et est actuellement pendant devant les tribunaux.

Nous avons reçu ce cas en juin dernier dans un centre de prise en charge de la place. La fille a dû abandonner les classes à cause de son infection. Je pense que la maladie l'a affaiblie et elle ne pouvait pas suivre les cours. Ce vieux qui connaît son état et pourtant a

← Suite de la page 10)

« Il faut une intensification de la vulgarisation ... »

violé l'amie à sa fille s'est permis de prendre encore un avocat pour le protéger contre cette mineure qu'il a rendu malheureuse déjà.

Qu'est-ce qui explique selon vous la faible vulgarisation de la loi lorsqu'elle a été votée ?

Au niveau central, je crois que c'est normalement le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et le Ministère de la Justice qui doivent faire la vulgarisation. Et quand on parle en termes de vulgarisation cela veut dire tout simplement une mission, des hommes, des moyens. Si l'Etat ne leur donne pas les ressources nécessaires pour faire le travail ils ne pourront pas le faire. C'est à partir de ces insuffisances que l'OIDD a appuyé l'ABDD parce qu'ils ont un programme Droit et Santé et ils ont obtenu aussi un financement du FODI. C'est de là que le projet pilote de service juridique a été mis en place. Ce projet nous a permis d'aller à la rencontre des personnes vivant avec le VIH/Sida pour les sensibiliser sur la loi parce que s'ils ne connaissent pas elles-mêmes leurs droits elles ne pourront pas les revendiquer. Après la sensibilisation, ceux qui ont des problèmes de stigmatisation, de rejet, d'abandon par les parents ou époux nous consultent. Nous les recevons et les écoutons pour des actions à court, moyen et long termes surtout pour les pro-

blèmes qui nécessitent le recours à la police, gendarmerie et le tribunal.

Doit-on parler encore de stigmatisation des PVVIH aujourd'hui ?

Le problème de stigmatisation des PVVIH est monnaie courante au Bénin. Les gens vivent cela au quotidien. Tout récemment le CNHU nous a appelé au chevet d'une fille de vingt ans que le tuteur est allé déposer au centre après l'avoir battu à mort. Elle a été conduite aux urgences avant de nous faire appel. A notre arrivée sur les lieux, nous n'avons pas pu la voir parce qu'elle était dans le coma profond. Or il faut qu'elle nous parle d'abord avant que nous n'agissions. C'est sur la base de sa

déclaration que nous devons sensibiliser, éduquer et convaincre les parents pour sa réintégration en famille. Nous avons été obligés de nous retirer espérant que sa santé s'améliore. Malheureusement, aux dernières nouvelles, la fille a rendu l'âme sans pouvoir nous faire une déclaration. Pourquoi taper à mort une personne infectée par le virus du sida alors qu'il y a des maladies qui tuent plus que le sida ? C'est vous dire que la discrimination, la stigmatisation, le rejet par les familles sont monnaies courantes et la justice se saisit du dossier dès que la plainte est portée à son niveau. Cela s'observe également dans les centres de santé. Ce qui est inadmissible. Le fait même de séparer les services de traitement de ces patients des autres services

est encore une forme de stigmatisation. On nous a conté des cas au CHD-Ouémé Plateau et un autre dans un milieu familial qui est relatif à l'appui nutritionnel qu'on leur apporte et qui frise la discrimination.

L'article 8 de la loi est le seul qui nécessite la prise d'un décret. Mais à la date d'aujourd'hui le décret n'est toujours pas pris. Comment l'expliquez-vous ?

Cela n'empêche pas l'application de la Loi. C'est une loi organique et le décret à prendre par rapport à cet article n'est pas un frein à l'application de la loi. L'Etat a prévu un fonds de soutien aux PVVIH. Mais néanmoins, il faut créer le fonds pour venir en aide aux PVVIH parce que la plupart

du temps ce sont des personnes vraiment pauvres. Et comme on le dit la pauvreté a un visage féminin, le VIH aussi a un visage féminin. Ils sont renvoyés dans les services sociaux pour indigents parce qu'on considère qu'ils ont beaucoup d'avantages. Ils ne sont pas pris en compte sur les fonds des indigents. Il faut absolument créer ce fond spécial pour leur prise en charge de façon spécifique. Cet article n'empêche pas l'application de la loi. La preuve la vulgarisation continue au Bénin. L'ABDD a eu cette année un financement qui lui a permis d'étendre la vulgarisation sur des sites complémentaires à Porto-Novo. Il y a des associations de PVVIH qui font aussi la vulgarisation et nous sollicitent pour les accompagner.

Un toilettage s'impose

Une loi qui protège les personnes vivant avec le VIH au Bénin est une très bonne initiative et mérite d'être comprise des acteurs concernés. Mais le constat aujourd'hui, est que depuis le vote de la loi et sa vulgarisation seule une frange de la population a connaissance de son existence et peut prétendre maîtriser le contenu pour la simple raison qu'elle n'est pas vulgarisée sur toute l'étendue du territoire. Bon nombre de personnes vivant avec le VIH soutiennent même que la loi N°2005 - 31 du 5 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/Sida en République du Bénin est contradictoire avec la réalité et qu'elle est compromettante aussi pour les bénéficiaires que pour le législateur. C'est le cas de Christian AHOUANTCHEDE, président d'Association de PVVIH et médiateur

au CHD-Ouémé. Selon lui, la loi est à l'Assemblée Nationale pour un toilettage. De son côté, Mme Laurence Abatti, présidente de l'Association de Femmes PVV (AFAP-horizon) et médiatrice sur le site de Zogbo confie que la peur de se déclarer séropositif en allant porter plainte contre une tierce personne pour cause de stigmatisation fait que certaines victimes préfèrent garder le silence plutôt que de se faire entendre par la police ou la justice.

La mise en application effective et le respect de la loi toilettée permettront de lutter véritablement contre la stigmatisation et la discrimination dont font objet les porteurs du virus de sida au Bénin.

Dr Dahou du Pnls à propos de la loi sur le vih**« Il faut maintenant renforcer la prévention et décourager la stigmatisation »**

Dans cet entretien le Dr Jean Yaovi Dahou, Chef service prévention de l'infection par le Vih au Programme national de lutte contre le Sida (Pnls) revient sur les dispositions de la loi portant prévention et prise en charge des Personnes vivant avec le Vih (Pvvh). Il fait le point de sa mise en œuvre, et apporte des éclairages sur les actions en cours pour corriger les dysfonctionnements notés ci et là. Selon lui, il faut le soutien constant de l'Etat pour apporter une autonomie à la stratégie nationale contre l'infection à Vih.



Le médecin appelle à décourager la stigmatisation

Le Matinal : Est-ce que vous pouvez nous situer le contexte dans lequel la loi n° 2005-31 du 05 avril 2006, portant prévention, prise en charge et contrôle du Vih/ Sida en République du Bénin a été votée ?

Dr Jean Yaovi Dahou : La loi a été élaborée dans le but d'enrichir l'environnement juridique de notre pays en matière de lutte contre le Vih/Sida. D'autres pays étaient déjà en avance sur nous. Il fallait mieux protéger les Pvvh qui faisaient dans notre société systématiquement objet de stigmatisation, et aussi renforcer la prévention. Ceci, pour nous permettre d'éviter que les Pvvh en retour, n'aient des comportements déviants, et répandent l'infection dans la population. Donc, il fallait encadrer le comportement des uns et des autres et assurer l'accompagnement nécessaire en matière de soins aux personnes infectées.

Sept ans après la promulgation de la loi sur le Vih/Sida, quel bilan peut-on faire de sa mise en œuvre ?

Le Bénin a posé un pas positif en se dotant de cette loi. Ce qui démontre son engagement. Nous avons conçu des plaquettes, afin que les associations de Pvvh qui sont les acteurs de santé et les Pvvh elles-mêmes s'approprient son contenu. On a essayé de la vulgariser en direction des acteurs de santé qui sont les premiers à rentrer en contact avec les malades. Ils font le dépistage et annoncent les résultats. Le Pnls ne s'occupe que du volet santé de la loi, mais il y a l'aspect juridique aussi. L'objectif, c'est que les Pvvh puissent connaître leurs droits et devoirs.

L'article 2 de la loi stipule : « Toute personne atteinte d'une Infection sexuellement transmissible (Ist) ou vivant avec le Vih, doit jouir sans discrimination, des droits civils, politiques et sociaux (logement, éducation, emploi, santé, protection sociale etc.) Elle a le

droit de bénéficier d'une assistance particulière, des soins de base, de traitement et d'une garantie de confidentialité dans ses rapports avec les professionnels socio sanitaires ». Au regard de la situation actuelle sur le terrain, on peut dire qu'on est loin de cette recommandation.

Non. On peut voir les choses d'une autre manière. L'assistance en matière de soins et de traitement a été mise en œuvre. Aujourd'hui, il y a une gratuité de la prise en charge. Je ne connais de malade au Bénin qui puisse dire qu'on lui prend de l'argent pour lui fournir les Arv. Les bilans qui sont contenus dans le protocole de suivi des personnes sous Arv, si cela respecte le rythme, ces bilans aussi sont gratuits. Maintenant, il peut se poser le problème de tension sur les intrants qui permettent de réaliser ces bilans, cela, c'est un autre aspect de la question. Mais en matière de soins, au moins il y a l'assistance dont parle l'article n° 2, parce qu'il y a la gratuité du dépistage, et de l'accès aux Arv. Les bilans pour le suivi sont également gratuits. On ne peut dénier qu'il y a cette assistance. A un moment donné, on a également bénéficié de l'appui nutritionnel, même si aujourd'hui, cela bat de l'aile. Certaines structures concentrent plus les efforts sur les enfants. Mais globalement, comme la loi le prescrit, les Pvvh doivent recevoir des soins conformément aux normes et procédures en vigueur. Je pense que cela est respecté.

Malheureusement, quand on fait un tour sur les sites de prise en charge, la réalité est tout autre. On est loin de ce que préconise la loi. Est-ce que réellement on peut dire que l'Etat fait tout ce qui en son pouvoir pour que la loi soit vraiment appliquée ?

Il faut reconnaître quand même le rôle sans cesse croissant de l'Etat dans son appui à l'offre des soins. Cette année par exemple, l'Etat a accordé 1,6 milliard pour sécuriser les Arv et les réactifs dans le cadre de l'application de cette loi. Mais les difficultés que vous évoquez, sont dues au fait que nous devons bénéficier de l'appui des partenaires. Les problèmes de pannes d'appareil, les salaires de médiateurs coupés, ces problèmes sont dus au fait qu'au niveau du bailleur principal, le Fonds mondial, après la première phase, il y a eu un temps mort, avant que la 2ème phase ne soit mise en place. Et ce temps de rupture s'est fait ressentir sur tous les acteurs. C'est cela qui a fait que des médiateurs ont vu leurs salaires coupés. Mais, à la date d'aujourd'hui, ils ont tous repris. Dans le même temps, il y a eu un défaut de maintenance des machines, occasionnant les pannes observées. Mais la situation est rentrée dans l'ordre. Si l'appui de l'Etat continue d'être croissant, comme on le constate, on pourra s'autonomiser progressivement et faire face à nos difficultés, sans trop être dépendant des partenaires.

Mais en matière de dépistage et de sensibilisation, nous sommes encore loin du Burkina Faso et du

Rwanda par exemple.

Les difficultés qu'on a connues en 2012, ne nous ont pas permis de faire des dépistages de masse. Comme il y avait eu des problèmes de tension sur les réactifs, nous avons privilégié les activités à l'endroit des femmes, c'est l'offre de la Prévention de la transmission mère enfance (Ptme). On a beaucoup plus orienté les réactifs vers les maternités pour le dépistage des femmes enceintes. Cela ne nous a pas permis d'organiser des dépistages de masse en 2012. Nous sommes en ce moment en train de réfléchir sur comment mobiliser des ressources dans ce sens. D'autant plus que le partenaire qui nous finance aujourd'hui, veut qu'on oriente nos actions vers les groupes cibles les Ts, les Hsh, les Cdi. Le partenaire ne veut plus des actions en direction de la population générale. Le plaidoyer que nous faisons aujourd'hui, avec les promesses de la part de l'Etat, c'est de partir de l'appui de l'Etat pour intensifier les actions en direction de la population générale, tout en orientant l'appui du partenaire vers les groupes cibles.

Où en êtes-vous avec la création du Fonds spécial d'assistance aux PVV prévue dans la loi ?

Cette question me dépasse. C'est le Cnls qui est habilité à répondre de cette question. Le Cnls étant la structure faîtière en matière de lutte contre le Vih au Bénin.

La stigmatisation sur les lieux de travail reste toujours un défi à relever

La sensibilisation prend du temps. Malgré la vulgarisation qui a été faite, il y a des acteurs qui ne maîtrisent pas encore les dispositions. Il y a nécessité de s'adjoindre le concours des hommes de droit pour nous aider sur ce plan. La stigmatisation sur les lieux de travail, et la discrimination en général, partent de l'acceptation de la question du Vih par la société. Des efforts sont faits, et nous remarquons que le Vih ne fait plus obstacle à l'embauche dans notre pays. Mais la discrimination et la stigmatisation continuent, car les comportements ne changent pas du jour au lendemain. On doit donc continuer par sensibiliser. D'ici 2014, on doit pouvoir faire l'enquête de seconde génération, pour mesurer le taux de prévalence sur le plan général, et au niveau de chaque groupe spécifique, afin d'apporter les réponses idoines.

Si vous alliez conclure cet entretien ?

Disons que, des discussions en cours actuellement pour améliorer les dispositions de la loi, surtout en matière de sensibilisation. Il faut aussi renforcer la prévention et décourager la stigmatisation.

Réalisé avec la collaboration de Ceradis-Ong

Thématique 6

**ELIMINATION DE LA TRANSMISSION
MERE-ENFANT EN MATIERE DE VIH/SIDA**

Élimination de la transmission de la mère à l'enfant du Vih/Sida (ETME)

Encore du chemin à faire pour atteindre les résultats attendus

«Le Bénin a fait de la prévention de la transmission du Vih de la mère à l'enfant (PTME), un enjeu majeur de la riposte nationale VIH», lit-on dans le Plan stratégique national de lutte contre le Sida 2012-2016. Elle est prévue pour aider à atteindre l'objectif zéro nouvelle infection d'ici à 2015. Sur le terrain, certains dysfonctionnements plombent l'atteinte de la réduction significative de nouvelles infections à Vih parmi les enfants et des décès maternels liés au Sida.

Par Reine AZIFAN

Il y a quelques années encore, les personnes vivant avec le Vih ne pouvaient pas rêver de mettre au monde des enfants séronégatifs. Grâce aux progrès de la science, le rêve est devenu aujourd'hui réalité. Parmi les stratégies mises en place pour éviter la transmission du Vih de la mère à l'enfant durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, il y a la PTME. L'ambition du Bénin en la matière est de réduire de 14% à moins de 5% d'ici à 2016 la transmission mère enfant du Vih, et de faire en sorte que 100% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un accouchement sous protocole PTME. Si de façon globale, la PTME est en marche dans des centaines de centres de santé à travers tout le pays, il n'en demeure pas moins que des dysfonctionnements persistent et risquent de compromettre à terme l'atteinte de l'objectif zéro nouvelle infection.

6% des femmes séropositives accouchent en absence d'intervention PTME

Selon Laurence Abatti, présidente de l'Association des Femmes PVV (AFAP-Horizons) et médiatrice sur le site de Zogbo à Co-



Le colonel Alain Azondékon appelle à l'engagement de tout un chacun

tonou, beaucoup de problèmes continuent de se poser sur les sites de prise en charge en dépit des multiples promesses faites par les autorités en charge de la lutte contre le Vih/Sida. «Il n'y a pas de réactifs pour dépister les femmes qui viennent en consultation prénatale. Depuis un an au moins, aucun site n'a reçu de stock de réactifs pour toute l'année mais seulement pour 15 jours», déplore-t-elle. Laurence Abatti explique comment, après la sensibilisation des femmes sur la nécessité du dépistage, elle est obligée de les orienter vers d'autres sites où elles peuvent se faire dépister après avoir déboursé au moins 2500 FCFA. Une somme dont elles ne disposent pas toutes. Ce qui signifie qu'il y en a parmi elles qui ne font pas ce test capital. Pourtant, le dépistage est le point de départ pour éviter la transmission de la mère à l'enfant et lorsqu'il est disponible, la plupart des femmes enceintes acceptent de le faire. En 2010, 81% des femmes enceintes admises en consultations prénatales ont été dépistées. «Malgré les succès, plusieurs

insuffisances sont à noter, à savoir le taux de déperdition des femmes testées séropositives qui reste élevé (43,23% en 2009) et 6% des femmes testées séropositives qui accouchent en absence d'intervention PTME», souligne le Plan stratégique national 2012-2016. Laurence Abatti reconnaît cependant que les antirétroviraux (ARV) sont disponibles mais, poursuit-elle, «Il faut dépister avant

de mettre sous traitement». A en croire la médiatrice, deux à trois femmes sont dépistées positives en une semaine sur le site de Zogbo. Preuve que les nouvelles infections sont toujours présentes et il est capital de les détecter, de les traiter pour briser le cycle de transmission. Une fois dépistée positive, la gestante doit se soumettre à un certain nombre d'examen avant sa mise sous traitement. A ce niveau également, explique Laurence Abatti, les choses ne fonctionnent pas correctement. «Les analyses avant mise sous ARV sont payantes à l'exception des CD4 qui sont gratuites mais les appareils ne suivent pas toujours la demande», constate-t-elle. La présidente de l'AFAP-Horizon déplore également l'inexistence des kits d'accouchement et d'ARV pédiatriques sur plusieurs sites. «Comment atteindre l'objectif de zéro enfant séropositif né de mère séropositive dans ces conditions?», s'interroge-t-elle. Au Programme national de lutte contre le Sida (PNLS) on n'ignore point l'existence des problèmes sus-évoqués. Interrogé

il y a quelques semaines sur les problèmes qui entravent le suivi biologique et la prévention des nouvelles transmissions, le coordonnateur adjoint du PNLS Imrou Bah Chabi a assuré que des dispositions sont prises pour pallier les ruptures de réactifs. Les difficultés de maintenance des appareils devraient aussi être conjuguées au passé puisque les contrats de maintenance ont été renouvelés. S'agissant de la PTME, il a indiqué que 550 centres de santé sur 855 sont couverts par la PTME, soit un taux de couverture de 67%. L'ambition que nourrit le PNLS est de porter ce taux à 80% à la fin de l'année en cours et à 100% à fin 2014. Le nombre de femmes enceintes dépistées en 2012 est de 256.639. La prévalence de l'infection à Vih dans le groupe est de 1,02% et le nombre de femmes sous protocole PTME de 1478.

Il faut l'engagement de tout un chacun

Pour le colonel Alain Azondékon, médecin chef et responsable du service de pédiatrie à l'hôpital d'instruction des Armées à Cotonou, «La PTME, c'est d'abord de l'organisation, les équipes de la maternité et de la pédiatrie doivent vibrer ensemble et savoir ce qu'il faut faire». Pour réussir la PTME, soutient-il, «Ce n'est pas forcément les maladies que la femme a, mais c'est tout ce qu'il y a comme ses problèmes sociaux, ses problèmes psychologiques, ses problèmes humains en tant que tels parce que c'est une personne qui a des difficultés, il faut régler ces difficultés sinon c'est ça qui fait le lit de la transmission», ajoute-t-il. En plus de cette prise en charge globale de la femme gestante séropositive, il faut un bon suivi et le contact prénatal pédiatrique qui consiste pour la femme à se rendre à la

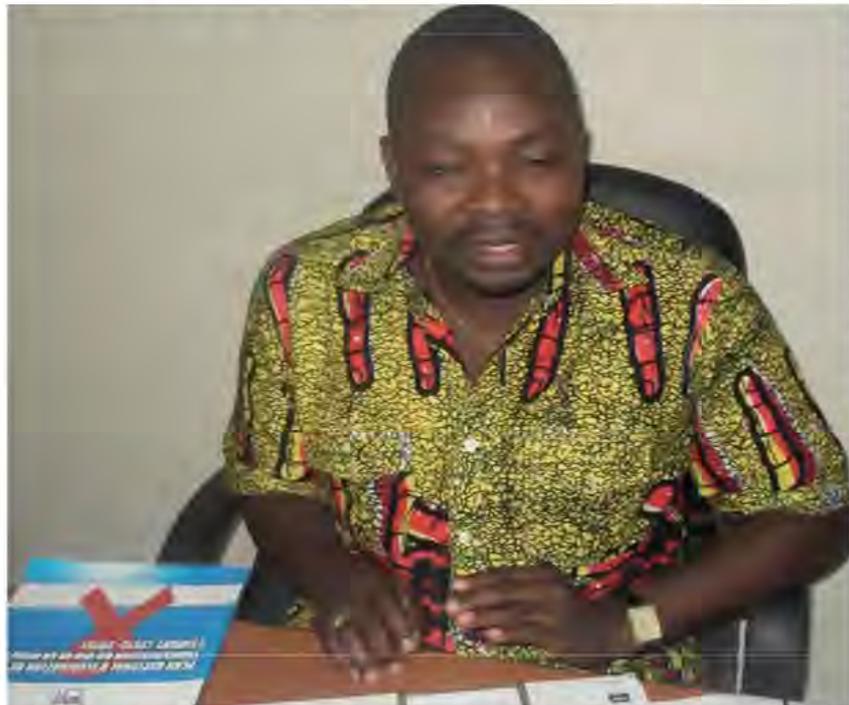
pédiatrie pour s'imprégner de comment son enfant sera pris en charge dès sa naissance. Tout ceci la prédispose selon le médecin colonel, à mieux coopérer car ce que veut une femme enceinte, c'est de mettre au monde un enfant sain et bien portant. L'essentiel est de tout faire pour que l'enfant qui n'a pas contracté le virus dans le ventre de sa mère ne puisse plus jamais l'avoir après sa naissance. Cela exige des précautions à prendre, des actes à poser en temps opportun.

Comme la plupart des sites, celui du Camp Guézo connaît aussi des difficultés mais assure le colonel Alain Azondékon, l'hôpital n'attend pas tout des structures en charge du Sida. «Ce n'est pas beaucoup de moyens, il faut très peu de choses pour atteindre ces résultats. Quand on me parle de ressources pour avoir tout ça, je dis non, nous ne sommes pas les plus riches, c'est l'engagement de tout un chacun». Les dysfonctionnements qui plombent l'atteinte des résultats ne sont pas tant liés aux ressources financières mais plutôt à l'organisation du système. «Nous savons très bien ce qu'il faut faire mais parfois nous n'y allons pas parce que les gens ne veulent pas s'engager, on veut faire le peu pour avoir beaucoup alors qu'il faut faire beaucoup pour le peu et sauver chaque vie», constate le médecin-colonel. Il ne comprend pas qu'on puisse parler aujourd'hui d'élimination de la transmission mère enfant (ETME) qui n'est selon lui, qu'un slogan, sans avoir évalué la PTME. «Pour avoir zéro infection comment il faut faire? C'est d'avoir un bon programme de prévention de la transmission mère-enfant; et si dans le fonctionnement de nos services de santé de la PTME, nous ne réglons pas le problème social, nous n'aurons pas les résultats attendus», soutient-il.

SAUVER LES BÉBÉS BÉNINOIS DU VIH/SIDA

Bien que les données officielles indiquent qu'au Bénin, moins de cinq enfants, nés de femmes séropositives, sont infectés à VIH/Sida, les insuffisances du mécanisme de contrôle de cette performance laissent planer une lueur de doute sur la pertinence des chiffres obtenus. De là, faut-il néanmoins retenir que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est sur les rails au Bénin ?

Les avancées étouffées par la portée des défis



« Couvrir toutes les formations sanitaires en PTME pour maintenir le cap moins de 5% d'infection à VIH/Sida des enfants de moins de 5 ans » reste le défi à relever

Un peu moins de cinq bébés sur 100, nés vivants de femmes séropositives au Bénin, sont infectés par le VIH/Sida. Ces chiffres communiqués par docteur Jean Yaovi Daho, chef service prévention de l'infection par le VIH au Programme national de lutte contre le Sida, correspondent aux données issues des maternités où sont administrés les protocoles de la Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Les statistiques ne sont pas moins encourageantes s'il faut prendre en compte les maternités où il y a des kits PTME et celles qui n'en disposent pas. A ce niveau, ce sont un peu moins de 12 bébés sur 100, nés vivants de femmes séropositives qui sont infectés au VIH/Sida. « Il y a des efforts qui sont faits », se réjouit docteur Jean Yaovi Daho. L'ONUSIDA voit la chose du même œil. « L'ETME au Bénin se porte bien », reconnaît docteur Urlène Kpondéhou, chargée de la question au sein de l'organisation.

Ces chiffres montrent par ailleurs que le Bénin est en phase avec ses attentes exprimées dans le Plan national 2012-2015 d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. A savoir, « La transmission du VIH de la mère à l'enfant durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement est réduite de 14% à moins de 5% d'ici 2015 ».

Ce qui se fait

Ces performances ont été possibles grâce aux sensibilisations des populations et leaders d'opinion ou chefs religieux ; à l'actualisation des documents de dépistage et au renforcement de capacités des agents accompagnés de la mise à disposition systématique sur les sites PTME du kit nécessaire pour le suivi de la mère porteuse du VIH et de l'enfant ; énumère entre autres docteur Jean Yaovi Daho. Il y a aussi l'amélioration du plateau technique en vue du diagnostic précoce, ajoute-t-il. En effet, de quatre sites identifiés pour ces diagnostics, le pays est aujourd'hui passé à cinq sites (Parakou, Tanguéta : le nouveau site, Abomey, Cotonou et Porto-Novo). En outre, insiste docteur Jean Yaovi Daho, les appareils sont désormais en bon état et bénéficient d'une bonne maintenance.

Nécessité d'actualiser les données

Seulement, reconnaît ce dernier : « nous n'avons pas encore pu couvrir la totalité des formations sanitaires du pays ». Sur 100 maternités, il y a 70 qui disposent du protocole PTME. En plus, il y a une disparité de couverture géographique de la PTME. Car, au

moment où certains départements sont à 10% de maternités non encore couvertes en PTME, d'autres sont encore à un taux de non couverture de près de 70%. C'est le cas du département de l'Atlantique-Littoral, où ce sont seulement 30% des maternités qui sont couvertes en PTME. Sans oublier le Mono-Couffo où la moitié des maternités de la zone ne sont pas encore couvertes. Or, selon le Plan national 2012-2015 d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, en absence d'intervention, ce sont 20 à 40 bébés, nés vivants de femmes séropositives, qui sont exposés à être contaminés au VIH/Sida.

Un autre bémol qu'affichent les statistiques actuelles sur la PTME, s'observe au niveau des données de base qui ont servi à l'appréciation du taux de couverture des maternités offrant le protocole PTME. Ce sont les chiffres issus de la cartographie des formations sanitaires de 2010 qui sont utilisés. Ceux-ci donnent 550 formations sanitaires, qui sont des sites de prise en charge, sur un total de 817 qui administrent le protocole PTME. En clair, les formations sanitaires créées après 2010 ne sont pas prises en compte dans cette analyse. Même si docteur Jean Yaovi Daho précise que courant 2013, 50 autres formations s'ajoutent aux 550

pour offrir le protocole PTME au Bénin. Également bannies de cette étude, les cliniques privées qui opèrent illégalement et qui malheureusement suivent des grossesses, accouchent et conseillent pour l'allaitement. « J'ai reçu ces jours-ci, une mère porteuse du VIH qui a accouché d'un bébé infecté au VIH dans une clinique privée. Et c'est un cas où la PTME n'a pas été appliquée », confesse à propos une assistante sociale d'un site de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida.

Autre faiblesse, l'indisponibilité de certaines données pour mieux apprécier les avancées du pays en vue de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME). Apparemment, il n'y a pas de statistiques spécifiques en ce qui concerne la file active des enfants de moins de cinq ans. « Nous pouvons vous communiquer nos chiffres sur la file active des enfants de moins de 15 ans mais nous n'avons pas encore de chiffres totalement disponibles en ce qui concerne la tranche d'âge de 0 à 5 ans », se résigne un médecin. De même, n'est pas encore constituée, une banque de données annuelles fiables sur le nombre d'enfants de moins de cinq ans décédés du fait du VIH/Sida.

Les axes à renforcer

En plus de ces dysfonctionnements, docteur Jean Yaovi Daho cite les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la PTME au Bénin. Il s'agit de « la tension sur les

intrants ». Une expression de l'expert pour éviter de parler de la rupture des antirétroviraux et des réactifs. Autres difficultés, la mobilisation de ressources suffisantes pour toucher les départements faiblement couverts en PTME. L'amenuisement du financement pour les sensibilisations grand public et les communications via les mass médias. De son côté, docteur Urlène Kpondéhou, de l'ONUSIDA, estime qu'il y a au moins quatre axes à dynamiser pour demeurer efficace en matière de PTME au Bénin. Il s'agit de la disponibilité permanente des intrants sur les sites PTME, de l'implication des conjoints et des leaders d'opinion, de la sensibilisation et de la vulgarisation sur la loi VIH pour limiter voire rayer la discrimination, puis la multiplication des sites PTME pour atteindre les zones reculées.

Une vision que porte certainement le Forum national sur l'ETME prévu pour se tenir du 3 au 5 décembre prochain. Un rendez-vous bilan des actions entre acteurs hospitaliers, communautés et bénéficiaires du protocole PTME. Ces assises sauront tracer les nouvelles lignes directrices pour relever le défi actuel de l'ETME au Bénin. Ce défi qui se résume, à en croire docteur Jean Yaovi Daho, en ces mots : « couvrir toutes les formations sanitaires en PTME pour maintenir le cap de moins de 5% d'infection à VIH/Sida des enfants de moins de 5 ans ».

Vadim Quirin avec la collaboration de CeRADIS-ONG

L'ETME et quelques conseils pratiques

L'ETME c'est l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'objectif principal c'est d'atteindre l'objectif zéro que l'ONUSIDA s'est fixé d'ici 2015. C'est-à-dire « zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès lié au VIH SIDA d'ici 2015 », a décrit docteur Urlène Kpondéhou. L'ETME est la vision, a renchéri docteur Jean Yaovi Daho. La PTME qui est la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est ce qui s'applique. Le kit du protocole PTME, a-t-il poursuivi, commence avec la proposition du test de dépistage à la femme enceinte venue en consultation prénatale. S'il s'avérait que le test est positif, elle est intégrée dans la file et est prise en charge.

Ce qui fait dire au docteur Urlène Kpondéhou « qu'une femme séropositive peut avoir un enfant sain ». C'est pourquoi a-t-elle conseillé, « Les époux devront savoir qu'ils jouent un rôle important. Ils doivent soutenir financièrement et moralement leur conjointe. Ceci, en acceptant d'accompagner leur épouse aux consultations prénatales, en faisant le test de dépistage et en acceptant le résultat ». « Accepter de se faire dépister et de se faire suivre - doit être l'engagement de tous pour l'ETME, a appuyé docteur Jean Yaovi Daho.

V.Q.

Prévention de la transmission mère/enfant au Bénin

Le Slogan « Plus d'enfant né infecté du Sida » toujours un vain mot

La Prévention de la Transmission Mère/Enfant du VIH (PTME) qui se fait au Bénin n'est pas encore celle qui contribuera à l'Élimination de la transmission Mère/Enfant, un slogan lancé par le Gouvernement béninois depuis trois ans et réitéré encore lors des travaux de la 7^e session du Comité national de la lutte contre le Vih en octobre 2012. Les acteurs intervenant dans le domaine crient déjà à une promesse non tenue de la part de l'Etat. L'idéal pour eux serait de voir l'acte accompagner la parole concernant ce pan de la lutte.

Victorin Fassinou
(Avec la collaboration de CeRADIS-ONG)

« C'est déplorable, sous les yeux impuissants des médiateurs, bon nombre d'enfants sont nés depuis près de deux ans infectés du Vih Sida. L'Etat ne joint jamais l'acte à la parole s'agissant de la lutte contre le Vih Sida au Bénin. C'est triste que des âmes innocentes continuent de naître séropositives », a livré un médiateur d'un des centres de prise en charge de Cotonou. La Prévention de la Transmission Mère à Enfant du VIH (PTME) qui se fait au Bénin, d'après les médiateurs et les personnes vivant avec le Vih Sida écoutés, est depuis deux ans parsemée d'embûches. Selon les recoupements faits chez les sages-femmes contactées dans les zones sanitaires de l'Atlantique/Littoral, depuis 2012 il n'y a plus de réactifs pour dépister les femmes enceintes juste après la première consultation. Cette information est également confirmée par bon nombre de médiateurs des centres de prise en charge. Or la PTME est l'une des priorités du Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2007-2011 et celui de 2012-2016. Elle prend en compte les 4 composantes

telles que définies par les Nations Unies : la prévention primaire, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, la prévention de l'infection des mères infectées à leurs enfants et les soins, le traitement et soutien aux femmes vivant avec le VIH, leurs enfants et leur famille. L'accompagnement matériel qui, en principe, devrait suivre toutes les étapes de cette prévention dans les centres de santé fait toujours défaut, se plaignent les médiateurs. « Le slogan du Chef de l'Etat « Plus d'enfant né infecté du Vih Sida » est de l'Utopie », a martelé la présidente du Cercle de vie main dans la main. Pour d'autres comme Mme Marie-Joseph Aclassato, Directrice exécutive de l'ABDD, la rupture de réactifs ne peut pas être considérée comme un problème majeur. L'Etat a déjà tout fait en créant le cadre juridique de la PTME. Il a tout fait pour préserver à la femme vivant avec le Vih Sida le droit au mariage et à la procréation. A l'en croire, ailleurs, même dans certains pays de la sous-région, les femmes infectées sont d'office stérilisées. Le problème des réactifs peut être corrigé avec des plaidoyers à l'endroit des autorités concernées. Pour elle, le gros lot du

travail revient à la femme qui, en principe, doit déclarer son état sérologique pour que le suivi soit bien fait. Pour amener les femmes à bien jouer leur rôle, elle estime que des dispositions juridiques doivent être prises pour sanctionner les femmes enceintes qui ne déclarent pas leur état et fuient les centres de santé et les centres de prise en charge. Pour les Personnes vivant avec le Vih Sida, c'est plutôt l'Etat qui a failli à sa mission et n'honore pas son engagement. Il doit tout faire pour que les actions et le matériel accompagnent toutes ses promesses, surtout quand il s'agit de la lutte contre le Vih Sida.

L'idéal

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est un enjeu majeur de la riposte nationale VIH pour le Bénin. Le Plan stratégique 2007-2011 a mis en évidence de nombreux acquis notamment l'extension de la trithérapie/triphylaxie dans toutes les zones sanitaires du pays et l'augmentation du taux d'acceptation du dépistage VIH. Dans ce cadre, 81% des femmes enceintes admises en CPN ont été dépistées en 2010. Le plan stratégique na-

tional de lutte contre les IST/VIH/Sida 2012-2016 renforce ces acquis et définit des stratégies appropriées pour la réduction significative de nouvelles infections au VIH parmi les enfants et des décès maternels liés au Sida. La mise en œuvre efficace et efficiente du cadre de résultats défini vise à contribuer directement à la réalisation des OMD (3, 4, 5 et 6). Ce plan prévoit l'élimination des nouvelles infections au VIH parmi les enfants et le maintien de leurs mères en vie d'ici à 2016. Ainsi, il ambitionne que les nouvelles infections chez les jeunes de 15 à 24 ans et les femmes en âge de procréer soient réduites de 50% d'ici à 2016. Comme bénéficiaires, 50% des femmes séropositives utilisent au moins un moyen efficace pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à 2016. Il prévoit également que la transmission du VIH de la mère à l'enfant durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement soit réduite de 14% à moins de 5% d'ici à 2016. Ce plan ambitionne d'adopter une stratégie de Communication pour le changement de comportement sur le VIH/Sida en direction des adolescents et jeunes et des femmes en âge de procréer. Les actions prioritaires sont, entre autres,



d'étendre le service d'information, d'écoute, de conseil et de dépistage IST/VIH dans 50% des Centres de Jeunes et de Loisirs ; d'atteindre les adolescentes et jeunes filles dans les marchés, buvettes, ateliers et autres lieux à haut risque avec des services d'information, d'écoute, de con-

seil, de santé de la reproduction et de dépistage IST/VIH ; de renforcer les capacités des enseignants à l'utilisation effective des curricula VIH/Sida adaptés à chaque ordre éducatif et de poursuivre les campagnes « Plus tard, plus sûr » pour retarder l'âge au premier rapport sexuel.

Prévention de la transmission mère-enfant du Vih au Bénin

La Ptme face aux ruptures de réactifs et à l'irresponsabilité de certaines femmes

La Prévention de la transmission mère-enfant du Vih au Bénin, se trouve être confrontée à l'éternelle et épineuse question de rupture ou manque de réactifs qui, même si d'autres voix l'ignorent, n'est pas sans conséquences sur la réussite de ce pan de la réponse nationale de lutte contre le Sida.

Blaise Ahouansé
(avec la collaboration
de Ceradis Ong)

« Je comprends, même à la limite, qu'il y ait manque de médicaments et d'antirétroviraux. Mais jamais, il ne doit avoir rupture ou manque de réactifs. » La responsable de l'Association "Cercle de vie main dans la main" exprime son amertume, concernant la pratique dans la Prévention de la transmission mère-enfant du Vih (Ptme). Paire-éducatrice dans un centre de santé à Cotonou, elle explique sans langue de bois, que la Ptme, démarrée en 2001 au Bénin, est en panne. Et pour cause, le manque de réactifs de dépistage. Ceci, à ses dires, bloque l'ensemble de la Ptme. La Ptme qui, à en croire Valentin Nassara, médiateur sur le site de prise en charge de Bethesda à Cotonou, est un processus. Le dépistage se trouve en amont. Toute femme enceinte en consultation prénatale, doit passer systématiquement le test du Vih. Sans quoi, on ne saurait la mettre sous surveillance, la protéger

contre le décès lié au Vih, et aussi protéger l'enfant contre l'infection à Vih, et éventuellement agir contre son décès dû au Vih. Avec la rupture de réactifs, « la réduction significative de nouvelles infections au Vih, parmi les enfants, et des décès maternels liés au Sida d'ici 2016 », tel que exprimé dans le Plan stratégique national (Psn) de lutte contre les Ist/Vih/Sida 2012-2016, dans son axe stratégique 2, est peu probable.

Des avancées

Rappelons que, dans ce Psn, la Ptme est une priorité, et ce, avec ses quatre composantes que sont la prévention primaire, la prévention des grossesses non-désirées chez les femmes vivant avec le Vih, la prévention de l'infection des mères infectées à leurs enfants, et les soins, le traitement et soutien aux femmes vivant avec le Vih, leurs enfants et leur famille. Mais, tout ceci est entravé, de façon directe ou indirecte, par le manque de réactifs. Un avis que ne partage pas Marie-Joseph Aclassato, Direc-

trice exécutive de l'Abdd, qui ne voit pas la rupture de réactifs comme un frein à tout le processus de la Ptme. Elle reste optimiste sur le fait que la question de rupture pourra être réglée progressivement, surtout avec les plaidoyers. Elle soutient qu'au Bénin, l'Etat a posé des pas géants dans la Ptme, comparativement à d'autres pays où des femmes infectées sont d'office stérilisées. Alors qu'au Bénin, des dispositions juridiques sont prises pour préserver la femme séropositive, ainsi que son droit au mariage et à la procréation. Elle sera soutenue dans cet optimisme par Viviane Gbindoun, Sage-femme d'Etat au Centre de santé de Gbégarney, Zone sanitaire 6 à Cotonou. A en croire l'agent de Santé Publique, même s'il y a un manque de réactifs dans son centre, cette phase de dépistage n'est pas arrêtée. Pour exemple, ce lundi 18 novembre 2013, le réactif n'était pas disponible, mais le processus continue toujours. En effet, explique la Sage-femme, au titre des analyses, il est demandé à toute femme reçue en consultation pré-

natale, le test au Vih, dans un autre centre où le réactif est disponible. Ce serait ainsi jusqu'au moment où le centre sera à nouveau approvisionné par le Programme National de Lutte contre le Sida (Pnls). Pour combien de temps encore, elle n'en sait rien.

L'acte fatal de certaines femmes

Certes, il s'agit là d'une méthode pour pallier le manque de réactifs dans un centre de santé, mais elle présente des risques qui sont en majorité des causes d'actes d'inconscience de la part de certaines femmes. D'abord, certaines de ces femmes fuient le dépistage, et ne retournent plus dans le centre d'origine. Il y a aussi celles qui, dépistées séropositives, déjoignent toute surveillance en changeant de centre de santé. Elles accouchent sans aucune règle propre à leur état de séropositivité, informe la présidente l'Association "Cercle de vie main dans la main": « Chez nous ici, nous rencontrons ces cas. Il y a même une femme maintenant,

que j'ai perdue de vue, et depuis, j'appelle son numéro, ça ne marche plus », témoigne Viviane Gbindoun. Ce problème devient inquiétant. « Le taux de déperdition des femmes testées séropositives, reste élevé (43,23% en 2009), et 6% des femmes testées séropositives accouchent en absence d'intervention Ptme », lit-on dans le Psn 2012-2016.

Certes, le nombre de sites offrant le service de la Ptme est en croissance (il est passé de 204 en 2007 à 550 en 2012), mais ceci n'empêche pas ces femmes de "s'échapper". Du coup, l'idéal que constitue l'Élimination de la transmission mère-enfant (Etme) reste un slogan, regrette Valentin Nassara. « Avec la situation, c'est utopique de parler d'Etme », soutient-il. Allusion faite à l'objectif « Zéro nouvelle infection au Vih », la transmission mère-enfant demeure un canal pour de nouveaux cas d'infection, avec le comportement de ces femmes qui ne se soumettent pas au processus.

A ce stade, une prise de conscience s'impose dans

le rang de ces femmes. A en croire Marie-Joseph Aclassato, la femme enceinte a un grand rôle à jouer dans la réussite de la Ptme. C'est elle, soutient la Directrice exécutive de l'Abdd, qui doit déclarer son état sérologique, pour que le suivi soit bien fait, pour éviter la transmission à l'enfant. « Avec tout ce que nous disons aux femmes sur le Vih dans les centres de santé, si une femme choisit de fuir le dépistage, c'est à ses risques et périls. Tant pis pour elle. » Se désole une médiatrice rencontrée ce lundi à la maternité de Bethesda, très irritée contre l'irresponsabilité de ces femmes. Mais, le risque, c'est aussi pour tout le Peuple béninois. A ce sujet, la Directrice de l'Abdd souhaite qu'il y ait des sanctions juridiques à l'encontre de toute femme qui ne se plierait pas à toutes les étapes de la Ptme.

Mais avant d'en arriver là, le Psn recommande toujours la sensibilisation, par des communications pour le changement de comportement sur le Vih/Sida, en direction des adolescents, des jeunes adultes et des femmes en âge de procréer. □

VIH / SIDA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT (PTME) À DOGBO

Quelle conséquence si la femme refuse de partager son statut avec son conjoint ?

L'UN DES VÉRITABLES PROBLÈMES QUI SE POSENT AUJOURD'HUI AU CENTRE DE SANTÉ DE DOGBO TOTA DANS LE DÉPARTEMENT DU GOUFFO EST LE REFUS DU PARTAGE DE RÉSULTAT DES FEMMES NOUVELLEMENT DÉPISTÉES SÉROPOSITIVES AVEC LEUR ÉPOUX. CELA CONSTITUE UN HANDICAP PARMIS TANT D'AUTRES À LA PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH CHEZ L'ENFANT AVANT ET APRÈS SA NAISSANCE.

ÉRIC MOREL DUCHEUX AVEC LA COLLABORATION DE L'ONG CENÉDIS

« Le partage des résultats avec les époux est un problème auquel nous sommes confrontés au centre de santé de Dogbo Tota. Lorsqu'elles sont dépistées positives, les femmes n'acceptent pas de partager leur résultat avec leur mari » informe Mme Ginette Assogba, l'unique sage femme de la maternité du centre. Le refus s'explique en effet, par la peur de la stigmatisation, le rejet par le conjoint ou la belle famille, voire l'ignorance des conséquences liées à l'infection et rend difficile la prise en charge médicale de ces dernières et du futur bébé. Tout ceci intervient dans un contexte où la pénurie en réactifs sur les sites constitue un problème national et toutes les femmes enceintes n'ont pas la chance de faire le dépistage du VIH.

Le refus du partage des résultats par les femmes qui arrivent à connaître leur statut grâce à une solidarité agissante entre les centres de santé de la localité constitue un frein à l'atteinte des résultats de la stratégie n°2 du plan national stratégique de lutte contre le VIH 2012-2016. Cette stratégie porte sur l'élimination de la transmission mère enfant et le résultat d'impact attendu est l'élimination des nouvelles infections à VIH parmi les enfants et le maintien de leurs mères en vie.

Au regard des témoignages recueillis au centre de santé de Dogbo Tota cet objectif est loin d'être atteint si la situation demeure telle et perdure. Robert Amegnigbe, un des médiateurs du site de prise en charge des PVIH rapporte qu'une femme, mère de deux enfants dont le second est âgé de deux à trois mois est l'une des femmes qui refusent de partager leur résultat avec leur mari. La jeune maman a été dépistée positive pendant la grossesse et depuis, elle n'est plus revenue au centre pour suivre le traitement approprié jusqu'à l'accouchement. Aujourd'hui, l'état de santé de l'enfant est inquiétant. La mère, une veuve héritée du frère de son défunt mari s'est rendue finalement sur le site pour des soins. Une ordonnance lui a été prescrite mais faute de moyens financiers, elle n'avait pour solution que les pleurs parce que l'actuel mari de qui elle a eu l'enfant et la belle-mère ignorent sa séropositivité et plus personne, selon ses propos, ne peut lui venir financièrement en aide.

La stigmatisation

Le président des personnes vivant avec le VIH/Sida sur le site de Dogbo, Comlan Houessou confirme la stigmatisation dans cette localité comme une raison fondamentale du refus des femmes de partager leur résultat avec leur époux. Pour lui, elles n'arrivent pas à le faire à cause des menaces ou des mises en garde de certains lors des discussions à domicile entre époux sur le VIH. « La stigmatisation des PVIH est une réalité à Dogbo si bien que quand les femmes arrivent à la maternité et qu'elles sont dépistées positives elles n'acceptent pas leur statut et refusent même de continuer la consultation prénatale dans le centre. Elles choisissent de le faire dans des cliniques en ville où elles accouchent » témoigne Comlan Houessou.

Blandine S. la seule médiatrice de la maternité, soutient ce témoignage et précise que ce sont les femmes nouvellement dépistées positives qui n'acceptent pas leur résultat à Dogbo. « J'ai reçu une récemment pour le dépistage. Mais j'avoue qu'elle n'est pas revenue à son rendez-vous pour la prise des antirétroviraux (ARV) parce que le résultat du test est positif. Elle a disparu depuis et ne s'est plus présentée à la maternité. Une autre ne me salue pas pour la simple raison que je l'ai dépistée positive comme si c'est moi qui l'ai infectée » témoigne Blandine.

Que dit la loi ?

Ces comportements frisent l'ignorance parce qu'aujourd'hui, il y a une loi qui protège les personnes vivant avec le VIH. C'est la loi N°2005-91 du 10 avril 2005 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin. Cette loi en son article 4 stipule : « Le médecin ayant constaté qu'une personne est porteuse du VIH ou malade du Sida a l'obligation d'en faire état au patient mais ne peut en aucun cas divulguer cette information. Toutefois, les données statistiques doivent être transmises au Ministère chargé de la santé. Le langage du médecin doit respecter la dignité humaine et refléter l'acceptation du malade. Il doit être sensible aux questions de genre, précis et compréhensible. Toute personne dépistée positive au VIH a l'obligation d'en informer son ou ses partenaires, avec l'appui d'un conseiller si nécessaire. Le ou les partenaires, sur la base d'un consentement libre et éclairé,



Le centre qui abrite la maternité et le site de prise en charge des pvihs

seront soumis à test de dépistage du VIH et, en cas de résultat positif, recevront l'information nécessaire, les conseils de prévention, et les soins appropriés. Le corps médical doit s'assurer que les éléments d'information et d'échange ont été clairement compris ».

Il convient de souligner que la mise sous ARV permet de réduire la

charge virale chez la personne infectée. Refuser de se traiter quand on est une femme enceinte séropositive est un danger aussi bien pour la femme que pour l'enfant. La femme enceinte séropositive, lorsqu'elle est mise sous traitement antirétroviral et accouche sous protocole PTME, a toutes les chances de mettre au monde un enfant sain

c'est-à-dire non infecté au VIH. D'où l'importance de continuer les consultations prénatales au lieu de fuir et d'aller accoucher ailleurs en absence de protocole PTME avec tous les risques que cela comporte aussi bien pour la femme et son nouveau-né que pour l'entourage.

Que chacun joue sa partition !

Parvenir à Zéro nouvelle infection, Zéro décès lié au Sida, Zéro discrimination à l'horizon 2015 c'est rendre disponibles les intrants sur les sites de prise en charge. C'est également lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVIH. Pour ce faire, le peuple béninois tout entier doit aider le gouvernement et les partenaires à faire de cette vision une réalité. Chacun doit jouer sa partition. Les ruptures de stocks ou les pénuries en intrants sur les sites, les stigmatisations d'une manière voilée ou affichée on n'en veut plus au Bénin. La maladie n'est pas une fatalité et le Sida en particulier, tue comme toute autre maladie

lorsqu'elle n'est pas soignée ou est mal soignée. Mais lorsqu'il est possible de la prévenir, il faut le faire. Cultivons des valeurs constructives et non destructives envers notamment, les malades. C'est aussi une manière de contribuer au développement du pays. Que les maris ne répudient plus leur femme pour cause de Sida parce que le mariage c'est pour le meilleur et pour le pire. C'est l'acceptation de l'un et de l'autre tel qu'il est. Lorsque le pire arrive ayons le courage de le vivre avec le conjoint, de le soutenir moralement et psychologiquement. L'éviter dans cette situation, c'est ne pas vraiment l'aimer. Le Sida aujourd'hui, ne doit plus faire

objet de honte. Pouvoir se traiter et prévenir la transmission mère enfant c'est déjà une chance pour les porteurs du virus. Pour cela, l'Etat doit tout mettre en œuvre pour rendre disponibles les intrants et finir avec les ruptures de stocks qui ne font qu'aggraver le mal. Il importe aussi que chacun à divers niveaux, dans un élan de solidarité, accompagne le gouvernement dans la mobilisation des ressources nécessaires pour faire face à la pandémie du VIH/SIDA. Ne diabolisons pas les PVIH. Aidons-les à vivre leur séropositivité dans la quiétude et surtout préservons les nouveau-nés de l'infection.

Ph. DR

Etat des lieux de la Ptme au Bénin

La protection des nouveau-nés contre le Vih/Sida en souffrance

Chaque année, 328 000 naissances sont attendues au Bénin. Comment mieux protéger ces nouveau-nés contre les effets du Vih/Sida, quand on sait que le taux de prévalence du Vih est plus élevé pour les femmes (1,5%) que pour la moyenne nationale (1,2%) au Bénin ? C'est l'enjeu d'une bonne mise en œuvre de la Prévention de la transmission mère enfant (Ptme). Ceci d'autant plus que chez les femmes enceintes, le taux de prévalence grimpe parfois à 2%.

Au Bénin, on estime que 1,2% de la population est infectée par le VIH. Pour circonscrire la pandémie, il a été mis en place, une stratégie de lutte, dotée d'un important dispositif de Prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (Ptme). Selon les médecins spécialistes, la Ptme comprend, pour les futures mamans, un ensemble de services, allant du dépistage du virus et la prise en charge en cas de séropositivité (prophylaxie à base d'antirétroviraux (Arv) pendant la grossesse et l'accouchement). Avec la Ptme, le nouveau-né est donc pris en charge le temps que soit connu son statut sérologique. 6 600 femmes séropositives accouchent chaque année au Bénin. Or, sans soins ni traitement, environ un tiers des enfants vivant avec le Vih meurent avant leur premier anniversaire, la moitié avant leur 2ème anniversaire. D'où l'importance d'identifier les bébés séropositifs et d'apporter immédiatement la réponse adaptée à leur statut, qu'ils aient développé la maladie ou non. Avec cette prise en charge globale, le risque pour l'enfant d'être infecté est inférieur à 2% (contre plus de 30% sans prise en charge). En outre, sans prise en charge, le risque pour une mère séropositive de transmettre le virus à son bébé est supérieur à 30%. Avec prise en charge, on descend au-dessous de 2%. Aujourd'hui, plus de 600 enfants sont sous traitement antirétroviraux et cotrimoxazole au Bénin : seuls les nouveaux tests le permettent, et ce dès six semaines. Se pose ensuite pour les nouveau-nés, la question du dépistage. Le test standard ne permet pas d'identifier le statut de l'enfant durant sa première année (car ce test détecte les anticorps de la mère transmis à l'enfant pendant la grossesse et empêche de se prononcer). Aujourd'hui, 48% des maternités offrent des services PTME contre 7% en 2004 (76%). Le Bénin n'est pas encore entièrement couvert par les activités de PTME, mais le taux de femmes qui ont eu accès à ces services est aujourd'hui de 40%, contre 20% en 2006.

Une performance à saluer

Au cours du premier semestre 2013, selon le dernier rapport de monitoring du Pnls, la Ptme a été réalisée dans 550 formations sanitaires, dont 8 nouveaux sites (par rapport au semestre précédent). La plupart des nouveaux sites créés se situent dans les départements du Zou/Collines (7/8) de même que les sites retirés (3/3). Pendant cette période, 152 605 gestantes ont été admises en première consultation prénatale et 133 502 ont été dépistées. Des gestantes dépistées, 1242 sont testées positives au Vih soit 0,93%. Ce taux de séropositivité est de 0,65% dans la tranche de 15 à 24 ans et de 1,15% dans la tranche de 25 à 49 ans. Par ailleurs, 69,48% des gestantes dépistées séropositives sont de la tranche de 25 à 49 ans. Selon les protocoles en vigueur, 621 femmes enceintes ont été mises sous protocole PTME. Le protocole prévoit une trithérapie pour les gestantes éligibles et une triprophylaxie qui démarre à la 14ème semaine d'aménorrhée et qui est arrêtée au

même moment que l'allaitement. Cependant, certains sites PTME continuent d'appliquer la monoprophylaxie à la névirapine à cause de la mise à disposition tardive des kits ARV au niveau des sites. Au cours du même semestre, 854 gestantes séropositives ont accouché dans les formations sanitaires PTME dont 766 sous protocole PTME.

Quelques insuffisances techniques à corriger

Les tensions sur les réactifs, autrement dit, les ruptures de réactifs enregistrées en 2012 ont persisté au cours du premier semestre 2013, réduisant ainsi le recrutement de nouvelles femmes enceintes séropositives. Sur les 550 formations sanitaires, 51 ont connu une rupture de stock de réactifs de plus d'une semaine au cours du semestre, et 11 sites ont été inaccessibles. Le département de l'Atlantique/Littoral a enregistré le plus grand nombre de sites ayant connu une rupture de réactifs et/ou d'ARV au cours du semestre suivi de l'Ouémé/Plateau. Aussi, les kits ARV pour la triprophylaxie dont le processus a démarré en 2012, n'ont été mis en place qu'en mai 2013 à la suite de la levée partielle de la tension sur les Arv. De même, la couverture non encore complète en sites Ptme (67,3%) contribue à cette contre-performance. 88 femmes séropositives ayant accouché n'ont bénéficié d'aucun protocole ou ont bénéficié d'une prophylaxie non documentée. Ceci est plus observé dans les départements de l'Atlantique/Littoral, de l'Ouémé/Plateau et du Borgou/Alibori. Le nombre d'enfants nés vivants de mères séropositives dans les formations sanitaires au cours du semestre est de 866 pour 854 femmes séropositives ayant accouché. La différence s'explique par les naissances multiples.

Par ailleurs, au cours du semestre, 430 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de la PCR mais seulement 303 ont été prélevés dans l'intervalle de 6 à 8 semaines de vie. Cette contre performance s'explique par l'éternel problème de rupture de réactifs pour PCR et les pannes des équipements. Au cours du premier trimestre 2013, c'est seulement la clinique Louis Pasteur de Porto Novo qui a pu réaliser ce bilan car les autres laboratoires PCR (Abomey, Parakou, Cotonou) n'étaient pas fonctionnels. C'est au deuxième trimestre que grâce à Gip Esther, la maintenance curative des équipements PCR de Parakou a été faite avec comme conséquence le démarrage des activités dans ce laboratoire. En plus, grâce à l'UNICEF, un nouvel équipement a été disposé à Tanguiéta. Selon la politique nationale, le CTM est donné gratuitement aux malades éligibles. Mais, le programme a connu au cours de cette année une tension sur cet intrant. Mais, selon les indications, la livraison des commandes en attente permettra de rendre disponible le médicament sur les sites.

Pour améliorer l'efficacité de la Ptme et parvenir à une couverture de 80% des cibles attendues, deux straté-

gies sont envisagées par les spécialistes. Il s'agit de la poursuite de la mise en place des kits sur les sites PTME et la création prochaine de cent sites. Les formations en vue par rapport au continuum de soins pour le trimestre en cours et la reprise prochaine des activités des médiatrices pourront aider à améliorer.

La Réaction de Pascaline Egounléty, sage – femme à l'Homel à Cotonou

« Etant donné que je ne suis pas un acteur d'un site de prise en charge, je ne saurais me prononcer sur la prise des Pvh en général. Mais toutefois, étant donné que je suis acteur PTME, je peux vous dire que tous les enfants nés de mères séropositives sont immédiatement pris en charge avec fourniture d'Arv, avec suivi hebdomadaire jusqu'à 6 semaines de vie, où la première analyse permettant de faire le diagnostic précoce des enfants probablement infectés est réalisée. Cette prise en charge se poursuit jusqu'à la réalisation de la sérologie Vih à 18 mois de vie. Actuellement, ce qui manque pour l'atteinte des objectifs en PTME, ce sont les intrants (réactifs et Arv) car si nous ne dépistons pas les femmes enceintes, nous ne pourrions pas identifier celles qui sont séropositives et les prendre en charge convenablement. Il faut aussi la création d'autres sites PTME. L'HOMEL ne fait pas exception aux ruptures d'ARV et aux pannes fréquentes de l'appareil pour doser les CD4. Le PNLs doit donc s'atteler à être autonome dans l'acquisition des intrants, et ne plus attendre des bailleurs »

Réalisé en collaboration avec CeRADIS Ong.

Thématique 7

**PRISE EN CHARGE
DES ENFANTS PVV**

Prise en charge des personnes vivant avec le Vih au Bénin

Les enfants victimes des mêmes aléas que chez les adultes

La mise en place de la Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du Vih/Sida (PTME) a permis de réduire depuis quelques années, le nombre de nouveau-nés infectés. Naître et vivre avec le Vih/Sida, cela est désormais possible grâce aux traitements disponibles. En plus d'une bonne observance du traitement, les enfants vivant avec le Vih ont plus que les adultes, besoin d'une prise en charge globale pour espérer un avenir radieux. Comment sont-ils pris en charge au Bénin et de quel accompagnement bénéficient-ils pour mener une vie normale ?

Par Reine AZIFAN

Au siège de l'Ong Racines à Cotonou, ce vendredi matin, le centre ne désemplit pas. Les va-et-vient des hommes et femmes en blouse blanche ainsi que les allers-retours des patients qui entrent et sortent des différentes salles témoignent de l'intensité des activités qui s'y mènent. Yolande Aguidissou épouse Lawani, médecin responsable de la prise en charge des personnes vivant avec le Vih au niveau de l'Ong Racines, est en pleine consultation. En face d'elle, un père et sa fille d'environ 5 ans, tous deux infectés au Vih, sont venus au rendez-vous mensuel dans le cadre de leur suivi.

Ils sont environ 1089 personnes vivant avec le Vih dont 300 enfants suivis actuellement au niveau de l'Ong Racines, un centre qui bénéficie depuis cinq ans le l'appui de Sidaction pour mettre en œuvre son projet "Grandir". «C'est ce projet qui nous permet véritablement de prendre en charge les enfants», se réjouit Yolande Aguidissou. D'après ses explications, la femme enceinte est suivie ici durant les deux premiers trimestres de grossesse avant d'être référée au troisième trimestre vers un site PTME pour son accouchement. «Elle nous revient avec son enfant que nous suivons tous les mois pendant 18 mois et de façon intensive pendant 12 mois. On lui fait la PCR (Polymerase Chain Reaction) à six semaines de vie pour voir s'il est infecté ou non», explique-t-elle. Ce résultat est vérifié à un an de vie pour s'assurer que la sérologie est négative et le contrôle se fait à 18 mois. A en croire le médecin, la prise en charge ainsi que les médicaments sont gratuits pour les enfants dans le cadre du projet.

L'allaitement

La prise en charge médicale n'est pas le seul volet dont s'occupe l'Ong Racines. «On a un volet nutrition qui s'occupe de ces enfants, on montre aux mamans, avec des démonstra-



S'il est bien suivi dès sa naissance, le bébé né de mère séropositive a toutes les chances d'être séronégatif

tions diététiques, comment leur donner à manger en fonction de leur âge », précise Yolande Aguidissou. Tout en reconnaissant que la tendance actuelle est à l'allaitement maternel qui offre beaucoup d'avantages à l'enfant, il est offert à la femme enceinte pendant la grossesse, la possibilité de choisir le mode d'allaitement qui lui convient. Si la maman choisit l'allaitement maternel, l'Ong l'accompagne avec des conseils jusqu'au sevrage, mais si elle choisit l'allaitement artificiel, elle bénéficie de dotations en lait et d'un kit (casserole, thermos, biberons, sceau) dès la première consultation post-natale de l'enfant. Des dons de farines ou des kits nutritionnels sont également faits aux mères qui sont dans le besoin, afin qu'elles puissent assurer au moins jusqu'à un an, le bien-être de l'enfant. L'Ong dispose également d'un service social qui s'occupe des orphelins et enfants vulnérables (OEV) en partenariat avec les centres de promotion sociale (CPS).

Des explications de Yolande Aguidissou, il ressort que les cas transférés sont également pris en charge de même que les autres enfants de la patiente même s'ils ne sont pas infectés. Les résultats obtenus jusque là ne peuvent qu'encourager l'Ong à poursuivre dans cette lancée : « Si l'enfant est suivi chez nous de la naissance jusqu'à un an, il est négatif. Sur 100 enfants, j'ai 99 qui sont séronégatifs et c'est cela qui encourage les femmes à en faire beaucoup, ce qui nous a obligés à penser aussi au planning familial », se réjouit-elle.

Si pour l'instant tout semble aller pour le mieux, qu'advient-il de ces enfants lorsque le projet en cours prendra fin ? «Dès qu'un bailleur s'en va, les acquis du projet sont là et sont pérennisés, la seule difficulté est qu'il n'y aura plus de gratuité totale pour cette prise

en charge», annonce-t-elle. En attendant d'en arriver là, les difficultés que connaît l'Ong aujourd'hui se trouvent dans le suivi des enfants. «Moi j'ai une hospitalisation de jour qui finit à 17h, il y a des enfants qui nécessitent des soins plus intenses, je les envoie dans les centres étatiques mais là-bas, la consultation est payante, ici c'est 300 F CFA, là-bas, c'est au moins 2000 ou 5000 FCFA pour voir le spécialiste. Cela constitue un frein à mon élan de suivi de cet enfant-là», se désole Yolande Aguidissou.

Par rapport à l'allaitement artificiel, il y a également des difficultés parce que la femme ne bénéficie pas toujours de l'accompagnement du mari surtout lorsque le partage de résultat n'a pas été fait. Tout cela freine la prise en charge, confesse le médecin. Si le partage des résultats est recommandé, ses conséquences parfois imprévisibles peuvent hypothéquer la prise en charge correcte de l'enfant surtout lorsque la femme est répudiée.

Plus de 7000 enfants vivent avec le Vih au Bénin

Comme pour les adultes, la prise en charge médicale des enfants vivant avec le Vih est gratuite. La disponibilité des formes pédiatriques des ARV sur les sites de prise en charge est généralement assurée. Cependant, ces deux dernières années, des ruptures en intrant sont signalées. Il y a une semaine, la présidente de l'association des femmes vivant avec le Vih (AFAP-Horizon) Laurence Abatti, dénonçait le manque d'ARV pédiatriques sur plusieurs sites de prise en charge.

Comme les autres centres agréés, Racines bénéficie du Programme national de lutte contre le Sida (PNLS) de dotations d'antirétroviraux (ARV) et de médicaments pour les infec-

tions opportunistes. «Quand il y a rupture sur le plan national, on le sent aussi, peut-être qu'on le sent moins parce que, avec la bonne gestion de la pharmacie, les prévisions se font à temps», confie Yolande Aguidissou. Même si le diagnostic précoce de l'infection à Vih chez les enfants nés de mères séropositives a démarré, il n'est pas encore assuré sur toute l'étendue du territoire national. Interrogé il y a quelques semaines sur la question, le coordonnateur adjoint du PNLS

Imorou Bah Chabi a déclaré que «Six équipements PCR sont mis en place dans tous les départements à l'exception du Mono-Couffo».

Autre difficulté que soulignent les PVV, le suivi biologique des enfants qui subit les mêmes aléas que chez les adultes : dysfonctionnement des équipements techniques, pénurie de réactifs et de consommables biomédicaux.

Au-delà de la prise en charge médicale gratuite qui connaît quelques difficultés, les enfants infectés et affectés ont grand besoin de l'assistance psychologique, sociale et nutritionnelle nécessaire pour grandir en toute sécurité. Les Ong et la Cellule Cœur d'espoir du ministère de la Famille font ce qu'elles peuvent avec les moyens dont elles disposent pour venir en aide aux enfants rendus vulnérables par le Vih/Sida. Une prise en charge globale de ces enfants permettra d'assurer leur survie et de leur garantir un avenir. Ceci, en conformité avec la Convention relative aux droits de l'enfant qui confère entre autres, aux enfants, le droit à la santé, à la nutrition, à l'éducation, aux loisirs, à la protection.

Les projections pour 2013 indiquent un nombre d'enfants vivant avec le Vih de 7.274 au Bénin. De sources proches du ministère de la Famille, le nombre d'OEV identifiés est de 31 520 dont 28.957 scolarisés.

Quand les problèmes d'ado s'en mêlent

Avec une bonne observance du traitement, l'enfant, même s'il naît séropositif, grandit normalement. Lorsque vient l'adolescence, les choses deviennent parfois difficiles parce qu'il y a d'autres problèmes à gérer. «Nous prenons des enfants de 0 à 15 ans, ce qui veut dire qu'il y a des adolescents qui ont des problèmes d'adolescence. Il a la sexualité à gérer avec eux», confie Yolande Aguidissou. Elle souligne que c'est à ce moment que l'enfant cherche à comprendre pourquoi depuis quelques années, il est le seul à prendre des médicaments dans la famille, peut-être parce qu'il est le seul infecté. «Nous avons recruté un psychologue depuis deux ans qui s'occupe de ces enfants parce qu'il faut leur faire l'annonce, ce qui n'est pas aisé», poursuit-elle. Il n'y a pas d'âge pour annoncer à un enfant son statut sérologique, c'est selon sa psychologie. C'est toute une préparation. Aux dires du médecin, il faut sonder le terrain pour voir s'il est prêt psychologiquement et il faut tenir compte de certains paramètres tel que le niveau de scolarisation car les enfants réagissent différemment selon qu'ils sont scolarisés ou non. Cet exercice pour le moins difficile, nécessite aussi que la mère soit prête car la plupart du temps, ce sont les mères qui amènent les enfants aux soins. «Il ne revient pas aux agents de santé d'annoncer à l'enfant sa sérologie pour créer des incidents dans les familles», a martelé le médecin.

R. A.

Lisez et diffusez votre quotidien de référence

QUOTIDIEN NATIONAL D'INFORMATION

REPUBLIQUE DU BENIN

La Nation

VEILLER AUX SOINS DES ENFANTS TOUCHÉS PAR LE VIH/SIDA | Les enfants malades du VIH/Sida au Bénin et dans les pays en voie de développement risquent, les prochaines décennies, de ne plus avoir de médicaments pour se soigner.

Le SOS du Bénin et de l'Afrique

« Depuis, nous sommes à la recherche de deux types de médicament pour la prise en charge des enfants infectés par le VIH/Sida et nous n'en trouvons pas ». Voici le cri de cœur de docteur Gualbert Montcho, pharmacien et responsable de gestion des programmes spécifiques à la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux (CAME), à propos des entraves liées à une prise en charge optimale des enfants infectés par le VIH/Sida. En outre, souligne-t-il, il y a trois types de médicaments commandés en janvier 2013 par le pays pour la prise en charge des enfants qui n'ont jamais été livrés jusqu'à leur retrait de la liste par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le comble, pour des produits commandés dont la livraison est incessamment attendue, « le fournisseur vient d'adresser une correspondance pour demander une prorogation du délai », révèle un médecin qui s'est invité dans les échanges.

Les contraintes internationales

Ce qui se passe, explique docteur Aldric Afangnihoun, responsable des sites de prise en charge de l'Atlantique-Littoral, est qu'au plan international, les molécules pédiatriques deviennent de plus en plus rares. En effet, clarifie-t-il, les laboratoires s'investissent de moins en moins dans cette recherche pour en fabriquer d'autres. Car dans ces pays développés, poursuit-il, le protocole de prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant est

devenue monnaie courante au point où, le taux des enfants infectés au VIH/Sida est vraiment marginale. Et comme « nos Etats sont des pays consommateurs et que les autres ne peuvent pas travailler à notre place, des médicaments démontrés avec effets secondaires chez les adultes et retirés de la liste de leurs médicaments, continuent d'être administrés à nos enfants », s'offusque le responsable des sites de prise en charge de l'Atlantique-Littoral.

Une prise de conscience des autorités et des pédiatres

Il faut un fonds spécial au niveau national pour faire face à ces dysfonctionnements qui entraînent par ailleurs des ruptures d'antirétroviraux (ARV) et de réactifs pédiatriques, suggère en substance docteur Gualbert Montcho. Car, s'est-t-il expliqué, « le mécanisme de financement pose par endroit des problèmes pour faire face aux ruptures ». Courant 2013, illustre-t-il, pour certaines commandes qui doivent être passées, les devis ont été repris près de quatre fois. Ce qui suppose une reprise du processus d'achat des médicaments avec des fournisseurs qui ne sont toujours pas disponibles.

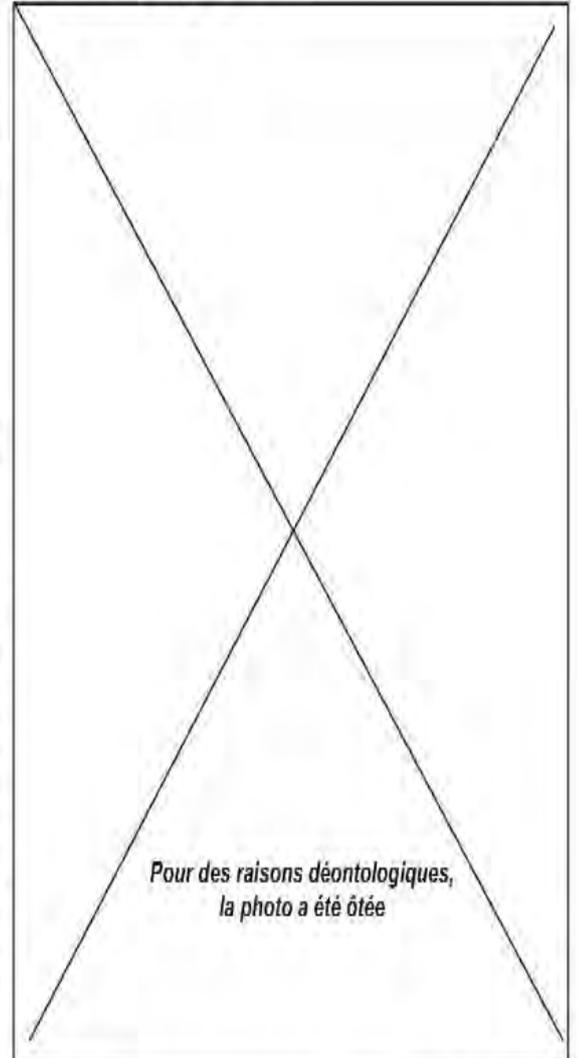
En ce moment sur le terrain, souligne docteur Aldric Afangnihoun, « la prise en charge des enfants infectés par le VIH/Sida demeure le parent pauvre ». La preuve, décrit-il, le désintérêt de bon nombre de pédiatres à cette cause couplé au désengagement des formations sanitaires du secteur privé, qui accueillent un

nombre impressionnant d'enfants, accentuent les difficultés. Aussi, regrette-t-il, « le test de dépistage qui doit se faire avant l'âge de 18 mois n'est plus disponible ». De même, observe-t-il, les appareils soumis au diktat du délestage électrique tombent régulièrement en panne...

Augmenter la file active des enfants

Or, si rien n'est fait, prévient-il, les enfants infectés dans l'utérus de leur mère continueront de ne plus fêter leur premier anniversaire. Et s'ils le fêtent, ils n'atteindront pas le deuxième. Ce n'est pas pour rien, soutient-il, que « Bien que le Bénin soit classé troisième dans la sous-région en matière de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida, le pays est épinglé en ce qui concerne le faible taux des enfants mis sous ARV ». Dans les départements de l'Atlantique-Littoral, ce sont seulement environ 1000 enfants qui sont sous ARV sur l'ensemble des 17 sites de prise en charge.

Somme toute, nuance docteur Aldric Afangnihoun, le Bénin comparé à d'autres Etats montre que le pays fournit des efforts. Car, fait-il remarquer, « l'achat des ARV pédiatriques coûte excessivement cher ». Dans les livres de la CAME, sur le seul budget du Fonds mondial, ce sont un peu plus de 66 millions de FCFA de produits pédiatriques qui sont commandés en janvier 2013. Il y a au moins neuf différents médicaments des enfants infectés par le VIH/Sida qui ont été commandés



« Bien que le Bénin soit classé troisième dans la sous-région en matière de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida, le pays est épinglé en ce qui concerne le faible taux des enfants mis sous ARV »

et livrés au cours de l'année, renseigne docteur Gualbert Montcho. Récemment, renchérit-il, le Japon et l'UNICEF ont fait don au Bénin de produits pédiatriques. D'autres marchés ont même déjà été passés, révèle-t-il. Seulement, tous ces efforts ne doivent pas faire perdre de vue un défi récurrent à relever

: le fait que les molécules pédiatriques arrivent très tôt à expiration, conseille docteur François Assogba, ex-responsable de site de prise en charge de l'hôpital de zone de Ouidah.

Vadim QUIRIN avec la collaboration de CeRADIS ONG

Lutte contre le Sida au Bénin

La prise en charge des enfants porteurs du Vih n'est pas totalement gratuite (La consultation pour ces âmes innocentes est payante au Cnhu)

La prise en charge des enfants porteurs du Vih n'est pas totalement gratuite dans les centres de santé et sur les sites de prise en charge. Au Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (Cnhu-Hkm), par exemple, la consultation de ces âmes innocentes porteuses de Vih Sida est payante. Les parents sont contraints de déboursier une somme de six mille francs chaque fois pour faire consulter leurs enfants.

**Victorin Fassinou
(Avec la collaboration de CeRADIS-ONG)**

Tout comme chez les adultes, la prise en charge globale des enfants porteurs du Vih (médicale, psychologique, etc.) est confrontée à plusieurs maux. Les problèmes varient d'un centre de santé à un autre et d'une localité à une autre. Au Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (Cnhu-Hkm), la consultation des enfants porteurs du Vih Sida est payante. La prise en charge des enfants nés de mères séropositives dans ce grand centre de référence au plan national n'est pas totalement gratuite. Une mère séropositive désireuse de faire consulter son enfant est obligée de payer 6.000 F CFA. Une situation que bon nombre de personnes vivant avec le Vih Sida, leurs associations et bien d'autres gens déplorent. Des témoignages recueillis auprès des Pvvih font état de ce que cette situation est une entrave majeure à la lutte contre le Vih Sida au Bénin. Des explications de l'infirmière Nely Fadaïro, la prise en charge pédiatrique commence par la PTME. A l'entame de ce processus se trouve l'établissement de la fiche de liaison. En néonatalogie, le dossier en instance du bébé est établi. L'enfant, dès sa naissance, est pris en charge jusqu'à la sixième semaine. A partir de la sixième semaine, on réalise un examen dénommé la Pcr1. Après la Pcr1, l'enfant commence par prendre Batrim sirop. Chaque mois jusqu'au neuvième mois, il est con-

sulté. A cette étape, on pourra lui faire la Pcr2. Si le résultat est négatif, tous les trois mois, l'enfant va en consultation jusqu'au dix huitième mois où l'on pourra réaliser la sérologie. Et là, on tient compte de la charge virale de l'enfant et non de la CD4. Si le CD4 est positif, l'on demande de faire des bilans à l'enfant. La sérologie est parfois demandée entre la sixième et la neuvième semaine. Mais les résultats ne sont pas toujours fiables. « Si la maman fait bien la Ptme et suit bien le traitement indiqué par les agents de santé, il n'y a pas de problème, l'enfant a plus de chance d'être épargné », précise Mme Fadaïro.

« Moi je suis Pvvih et j'ai suivi mon enfant jusqu'à un an et demi ; aujourd'hui, je remercie Dieu car ma fille, qui d'ailleurs est mon aînée, n'a pas payé pour mes erreurs commises par le passé. Elle est aujourd'hui séronégative », a déclaré une mère Pvvih rencontrée dans un centre de prise en charge. Aux dires de Dr Amédée de Souza, Chef service prise en charge au PNLS, la prise en charge pédiatrique, c'est d'abord le diagnostic précoce. Une fois que le diagnostic précoce est fait, les critères pour la mise sous ARV sont pratiquement les mêmes que chez les adultes. Ce qui est particulier chez les enfants, ce sont les Pcr. L'enfant, dès la naissance, n'a pas d'antigène. Donc, chez l'enfant qui naît, l'on ne peut pas faire un dépistage, un diagnostic sérologique. C'est plutôt le Pcr qui se fait. Le dépistage chez le bébé peut être possible à partir de 18 mois. A entendre les expli-

cations de Dr de Souza, les enfants ont leurs molécules à part. Ils ont leur schéma thérapeutique consigné dans le document de Politique Normes et Procédures Pvvih au Bénin. Selon ce document, la prise en charge de Pvvih par les Arv consiste à appliquer le schéma thérapeutique adapté à chaque patient éligible. Tous les enfants ayant l'âge inférieur ou égal à 24 mois, et chez qui l'infection est prouvée, sont éligibles. Sont aussi éligibles les enfants ayant 24 à 59 mois dont le CD4 est inférieur ou égal à 25% ou 750 cellules/mm3, quel que soit le stade clinique ou stade 3 ou 4 de l'Oms, quel que soit le CD4. Les enfants de plus de 5 ans dont le CD4 est inférieur à 350 cellules/mm3 quel que soit le stade clinique ou stade 3 ou 4 de l'Oms, quel que soit le pourcentage CD4. Tout comme chez l'adulte, les schémas thérapeutiques chez les enfants sont de trois lignes. Aux dires du Dr de Souza, le Pnl fait de son mieux pour que la prise en charge médicale des enfants soit bien menée.

Seuls les parents aisés s'en sortent

S'agissant de la prise en charge nutritionnelle, elle se fait conformément au contenu du document de Politique Normes et Procédures Pvvih au Bénin. Elle passe par les étapes de l'évaluation nutritionnelle et l'intervention nutritionnelle. L'évaluation nutritionnelle apprécie le poids, la taille, le périmètre crânien et le périmètre brachial. L'intervention nutritionnelle dépend de deux facteurs. Dans



Des non-dits au CNHU-HKM de Cotonou

le premier cas : l'enfant est asymptomatique ou cliniquement stable. Les recommandations sont en rapport avec son âge. De 0 à 6 mois, l'allaitement maternel est exclusif et protégé (la mère sous Arv) jusqu'à 6 mois. Pour l'enfant qui a plus de 6 mois, l'allaitement sera complété par des aliments de substitution. A partir de six mois, il est recommandé de donner divers aliments riches en nutriments dont les produits animaux, des fruits et des légumes. Les laits concentrés et les laits écrémés sont d'office déconseillés. Des sites de prise en charge étant dans l'incapacité de répondre aux besoins nutritionnels pédiatriques, les enfants des parents qui n'ont pas de moyens pour faire face à ces exigences nutritionnelles succombent après plusieurs complications. Seuls les parents aisés s'en sortent. « Moi, j'utilise la prise en

charge de mon mari qui m'aide dans les consultations et le suivi de mon enfant. Sinon, mon enfant aurait dépassé. L'Etat fait de son mieux pour la prise en charge pédiatrique. Mais il arrive qu'il y ait rupture ; il revient aux parents de se battre afin de trouver le nécessaire pour leurs enfants. L'Etat ne peut pas tout faire », a livré une mère séropositive. Par contre pour d'autres mères séropositives, l'Etat doit tout faire pour honorer ses engagements par rapport à la prise en charge globale pédiatrique. Et que le minimum accompagne le suivi des enfants issus de mères Pvvih.

Le Cnhu sans magasin, des risques de détournement des vivres

Selon le dispatching des tâches dans la lutte contre le

Vih Sida, c'est le Fonds mondial qui s'occupe de la distribution des fournitures scolaires. A se fier aux mères vivant avec le Vih rencontrées, le Fonds mondial a toujours bien joué ce rôle. Mais ces fournitures ne viennent jamais à temps et ne couvrent jamais, comme cela se doit, les besoins des enfants. En ce qui concerne les vivres, elles sont distribuées par « Plan Bénin » sur les sites de prise en charge. Sur les sites comme celui du Cnhu, les nourritures sont remises aux associations. Ces vivres ne parviennent pas toujours aux ayants droit comme cela se doit. Certains membres détourneraient ces vivres, ont révélé nos investigations. Conséquence, certains enfants maigrissent, faute de prise en charge nutritionnelle. Pour ces mères Pvvih, il est impérieux qu'un magasin soit érigé au Cnhu et sur les autres sites pour remédier à cette situation.

Volet pédiatrique de la lutte contre le Sida

«La prise en charge des enfants n'est pas totalement gratuite»

La prise en charge pédiatrique est un volet important de la prise en charge des Personnes vivant avec le Vih (PvVih) et concerne exclusivement les enfants exposés au Vih. Tout comme la prise en charge des adultes, elle est aussi confrontée au problème de rupture et de manque de médicaments. A cela s'ajoute la non-gratuité des consultations pour ces enfants.

Blaise Ahouansè
(avec la collaboration de Ceradis Ong)

Zéro à 15 ans. Les personnes de cette tranche d'âge, les enfants, constituent une catégorie particulière dans la réponse nationale de lutte contre le Sida. Il s'agit notamment d'enfants nés de mères séropositives, exposés donc au Vih depuis le sein maternel, pendant l'accouchement ou pendant l'allaitement. Ils bénéficient d'une prise en charge pédiatrique qui, comme la prise en charge de toute Personne vivant avec le Vih (PvVih), est un ensemble d'étapes et de procédures.

« La prise en charge pédiatrique, c'est d'abord le diagnostic précoce, la Pcr » confie Docteur Amédée de-Souza, Chef service prise en charge au Programme national de la lutte contre le Sida (PnlS). C'est déjà une particularité entre la prise en charge pédiatrique et celle des adultes PvVih. La « Polymérase chain reaction » (Pcr) est un diagnostic virologique. Docteur Amédée de-Souza explique : « Quand l'enfant naît, on ne peut pas avoir dans son sang, d'antigène. Donc on ne peut

pas lui faire un dépistage sérologique. On fait plutôt la Pcr. C'est à partir de 18 mois qu'on peut faire le dépistage sérologique chez l'enfant ». Avant ces 18 mois, le diagnostic virologique permet de prouver la présence ou non du Vih chez l'enfant. Et de le mettre tôt sous Arv si c'est positif. D'après le Document de politique, normes et procédures pour la prise en charge des PvVih au Bénin -juillet 2012-, tout enfant chez qui l'infection est prouvée (preuve virologique ou sérologique selon l'âge) ou chez qui il y a une forte présomption clinique, selon les critères définis par l'Ons, quel que soit le pourcentage de Cd4 ou le stade clinique, est éligible au schéma thérapeutique en matière de Sida.

Dans ce document, il est recommandé que la Pcr soit faite à tout enfant né de mère séropositive à 6 semaines ou à la date la plus proche. Et d'après les explications de Nely Fadaïro, infirmière au Cnhu de Cotonou, ce diagnostic précoce est subdivisé en deux étapes qu'elle nous explique. « A 6 semaines, on fait la Pcr 1. A partir de ce jour, l'enfant vient en consultation chaque mois jusqu'à 9 mois. On lui fait la Pcr 2. Si c'est négatif, la consultation devient trimestrielle jusqu'à 18 mois et on réalise la sérologie. Mais si la Pcr 2 est positive, on demande les bilans. Et l'enfant est mis sous Arv ».

Faute de réactif, la Pcr n'est pas toujours réalisée

Cette première étape de la prise en charge pédiatrique est parfois brulée à en croire Nely Fadaïro. Et pour



Comment une prise en charge totale des enfants nés de mère séropositive fait la joie de la famille!

cause, les réactifs pour le faire ne sont pas toujours disponibles. Et quand la situation se présente, au lieu de la Pcr1, c'est plutôt la Pcr 2 qui est faite. Et parfois, avoue-t-elle, c'est la sérologie qui est faite entre 6 semaines et 9 mois. Seulement, elle précise : « Les résultats de la sérologie à cet âge, ne sont pas toujours fiables. Car c'est toujours l'anticorps de la maman qui est en jeu. C'est pourquoi, les résultats ne sont pas donnés aux parents, à cette étape ». « La sérologie Vih n'a une valeur diagnostique qu'à partir de 18 mois » lit-on dans le Document politique, normes et procédures pour la prise en charge des PvVih au Bénin.

Cette étape est également confrontée au manque de médicament dont le Batrim sirop administré à l'enfant à partir de 6 semaines, après la Pcr 1. Et en cas de manque, les parents sont orientés vers d'autres centres pour s'en procurer cette fois-ci. Ce qui fausse la gratuité de la prise en charge des PvVih.

« La prise en charge des enfants n'est pas totale-

ment gratuite » confie Constant Migan, médiateur sur le site du Cnhu. Outre l'achat du Batrim quand ce n'est pas disponible sur le site, l'autre chose qui n'est pas gratuite, c'est la consultation des enfants séropositifs au Cnhu alors que chez les adultes ou au centre de prise en charge

(Cipec), elle est gratuite. « Vous amenez l'enfant à la consultation chaque 6 mois à raison de 5.000 F Cfa par consultation. » témoigne la responsable de l'Association Cercle de vie main dans la main de 11 ans. Même témoignage reçu auprès d'une femme

séropositive et mère d'une fille venue au Cnhu le vendredi 22 novembre 2013 pour la sérologie pour son enfant qui ferait les 18 mois ce vendredi. A la consultation gratuite, bien qu'avouant que tout va bien sur ce site du Cnhu, elle ajoute quand même que le lait et la farine ne sont pas toujours disponibles. Ceci, à en croire la responsable de l'Association Cercle de vie main dans la main est dû au fait que le Cnhu ne dispose pas d'un magasin pour la prise en charge nutritionnelle contrairement à d'autres centres. Rappelons que, dans un entretien, il y a quelques semaines avec des responsables du PnlS, le Coordonnateur adjoint, Dr Ali Imoro Bah Chabi, a rassuré de ce que les dispositions sont désormais en train d'être prises pour éviter les ruptures de réactifs et de médicaments. □

«La prise en charge pédiatrique commence par la Ptme»

En réalité, en amont à tout le processus de prise en charge pédiatrique se trouve la Prévention de la transmission mère-enfant du Vih (Ptme). « Mieux vaut prévenir que guérir » dit-on. « Si la maman fait bien la Ptme, suit bien le traitement, l'enfant a plus de chance d'être épargné de l'infection au Vih » souligne Nely Fadaïro. « Il est rare qu'une maman suive la Ptme et accouche d'un enfant séropositif. » ajoute l'infirmière. « Si tu suis bien le traitement, ton enfant n'aura rien. » témoigne la mère de cette fille de 18 mois venue en consultation pour la sérologie ce vendredi 22 novembre 2013 au Cnhu. Cette mère se réjouit de ce que, sa fille est testée négative, du moins, d'après les tests faits jusqu'à ce jour. « Ça me fait plaisir d'avoir accouché d'une fille négative. Mon souhait est qu'elle ne paye pas mes erreurs. Dieu a exaucé ma prière. Mais c'est parce que moi-même, j'ai suivi tout le processus. »

Au cas où une mère suit ce processus Ptme et que son bébé est positif, Nely Fadaïro se demande si la maman prenait effectivement les médicaments une fois arrivée chez elle, et ce, selon les heures et les doses. Elle nous raconte le cas d'une dame qui s'est conformée à la Ptme mais dont l'enfant a été dépisté positif. « Entre temps, elle a eu une infection qui n'a pas été bien traitée. Pas parce que les médecins n'ont pas fait leur travail mais parce cette dame a forcé pour rentrer chez elle alors qu'elle était hospitalisée. A l'heure de l'accouchement, elle a rompu la membrane à la maison. » Nous a raconté l'infirmière. A l'en croire, quand la femme enceinte rompt la membrane à la maison, le Vih a le temps de remonter et d'atteindre le bébé même si la maman avait suivi la Ptme jusque-là. Mais dans un centre de santé, des dispositions dites protocoles Ptme sont prises pour préserver l'enfant. □

A propos des allégations diffamatoires sur la divinité «Thron»

«Le Thron proscrit le meurtre et n'est pas une source de richesse»

(Selon Hounnongan Zannou Dègbo)

Depuis qu'un individu a jeté du discrédit sur la divinité Thron, à travers des allégations mensongères par lesquelles il affirme avoir été envoyé en mission de profanation de tombe par un de ses prêtres, la divinité Thron fait l'objet de plusieurs polémiques sur lesquelles Hounnongan Zannou Dègbo a de nouveau apporté des clarifications samedi dernier sur la place publique du quartier Maro à Ouidah.

Olivier Ribouis

Il n'est jamais assez de dire ce qui est juste et vrai. Aux différentes allégations mensongères qui attribuent la responsabilité ou le commandement d'actes ignobles à la divinité Thron, Hounnongan Zannou Dègbo actuel pontife de Thron Kpéto Déla répond : « la divinité Thron proscrit le meurtre sous toutes ses formes, à savoir l'assassinat, l'avortement, l'ex-

positionnement... ». C'était au cours d'une rencontre de dignitaires thron samedi dernier sur la place publique du quartier Maro dans le premier arrondissement de Ouidah. Qu'il nous souvienne qu'un individu appréhendé à Porto-Novo, le samedi 04 mai 2013 en possession du crâne d'une dame de la quarantaine dont il a profané la tombe, avait déclaré devant les médias qu'il était en mission pour un Hounnon - Prêtre Thron - qui lui aurait

demandé des ossements et des organes humains, pour ériger un temple à la divinité Thron en question. Ce n'était que grossier mensonge et une insanité, selon Hounnongan Zannou Dègbo qui se demande comment la divinité qui a en honneur les crânes, peut-elle recommander d'aussi ignobles et vils actes que la profanation d'une tombe. « Combats la sorcellerie, les envoûtements dont la finalité est la maladie, la ruine, la stérilité

et même la mort. » Telle est la tâche que la divinité s'est assignée, rappelle le Prêtre Thron. Autre chose, insiste-t-il, « Thron n'est pas une source de richesses, contrairement à ce que pensent beaucoup de gens. » Mais, plutôt, précise Hounnongan Zannou Dègbo, la divinité Thron protège la richesse contre les mauvais yeux.

Thron, une divinité qui se modernise

Le Prêtre Thron, que se soit du Kpéto Déla, du Kpéto Vé ou du Goko Woudja, les trois embranchements religieux de la divinité Thron, fait usage de plantes dans ses traitements, selon Hounnongan Zannou Dègbo. Mieux, la divinité, consciente de l'importance de la conservation du couvert végétal, dans la lutte contre le réchauffement climatique, recommande à ses adeptes le reboisement quotidien. Aussi, nous apprend-t-il, dans les temples

de Thron, on ne se cantonne pas uniquement aux pratiques de médecine traditionnelle. Quand le besoin se fait sentir, le Prêtre Thron renvoie son patient vers les centres de santé moderne. Aux dires de Hounnongan Zannou Dègbo, il s'ensuit qu'aucun Hounnon de Thron ne peut utiliser la matière humaine pour quoi que se soit. La divinité Thron observe les lois de la nature, et combat l'animosité, tout en prônant la paix. □

DÉFAUT D'APPLICATION DU PROTOCOLE PTME CHEZ LA FEMME ENCEINTE SÉROPOSITIVE

Une cause d'infection à VIH chez les enfants

DANS LE CADRE DE L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE ENFANT (ETME), UNE MAMAN SÉROPOSITIVE PEUT AUJOURD'HUI, DONNER NAISSANCE À UN ENFANT SÉRONÉGATIF GRÂCE À L'APPLICATION RIGOREUSE DU PROTOCOLE PTME QUI EST UN ENSEMBLE DE MÉTHODES UTILISÉES PAR LES SAGES FEMMES OU AGENTS DE SANTÉ POUR PRÉVENIR LA TRANSMISSION DU VIH AU FŒTUS. LA NON-APPLICATION OU LE NON SUIVI DE CES MÉTHODES A ENTRAÎNÉ LA NAISSANCE DE PLUSIEURS ENFANTS SÉROPOSITIFS QUI SONT CONDAMNÉS À SUIVRE UN TRAITEMENT À VIE.

ÉLÉONORE DJEGUI (AVEC LA COLLABORATION DE CÉRADIS ONG)

Au Bénin, de nombreux enfants pour une raison ou une autre notamment, l'inexistence par le passé du protocole PTME, portent aujourd'hui le virus du Sida. Arouna, un jeune collégien de 13 ans est l'un de ces enfants qui se sont retrouvés dans cette situation. Orphelin de père depuis 2005, Arouna suit depuis sa naissance un traitement. « Mon enfant est sous traitement ARV depuis longtemps. Il continue de prendre ses médicaments sans problème. Quand il était en classe de CP et CE1, Arouna, en plus de la prise en charge médicale, bénéficiait également d'un appui nutritionnel. Mais depuis trois ans, nous ne recevons plus rien. Mon enfant n'a même pas un appui scolaire. Les gens prennent les frères des enfants mais rien ne suit. La charge repose sur moi » confie la mère du jeune collégien qui actuellement est en classe de 6ème. Grâce à son petit commerce, la maman, une vendeuse de boule d'akasa et de condiments à Porto/Novo, arrive à supporter ses quatre enfants dont Arouna est l'aîné.

Hormis la pénurie de réactifs pour le dépistage du VIH, les sites de PTME disposent pour la plupart, des médicaments pour le protocole thérapeutique. « Le traitement de toute personne infectée par le VIH, qu'elle soit adulte ou enfant se fait par l'association de trois molécules qu'on leur donne en même temps. Il diffère du protocole PTME qui consiste à prévenir l'infection chez le nouveau-né et où il n'y a pas une association de molécules » informe le Dr Amédée de Souza, chef service prise en charge au Programme National de lutte contre le VIH/Sida.

Selon le médecin, c'est quand l'enfant commence à grandir qu'on lui fait à partir de 18 mois, la sérologie pour voir s'il est infecté ou non avant de le mettre sous ARV. On estime à cet âge que l'anticorps de sa maman serait déjà éliminé. Le PCR, un vocabulaire anglais, représente des analyses précoces qu'on fait au bébé né de mère séropositive. Il permet de faire le dépistage précoce du VIH chez l'enfant après



Le protocole PTME, pour éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant

sa naissance en trois étapes. Le premier test se réalise à six semaines après la naissance. Le deuxième à neuf mois et le troisième à dix-huit mois. C'est ce dernier test qui confirme le statut de l'enfant.

Réalité sur quelques sites

Les ARV pour enfants et adultes sont disponibles. Toutefois, il y aurait une rupture de réactifs de PTME pour les enfants depuis près de trois mois au CHD/Ouémé. Le site ne disposerait pas du tout de protocole PTME, apprend-t-on de source proche du site.

Même constat sur le site de prise en charge des PVVIH de Dogbo. Actuellement, informe leur président, Comlan Houessou, depuis près de 3 mois, il n'y a pas de sirop pour les enfants de 0 à 21 jours. A ce sujet, le médecin chef de Dogbo, Dr Donatien Daddah répond que pour les enfants, il n'y a pas de problème en ce qui concerne les médicaments. Ils disposent de ces sirops au niveau de la maternité. Par contre, les intrants pour le dépistage manquent toujours. Le Dr Amédée de Souza pour sa part, rassure sur la disponibilité des médicaments. Toutefois, reconnaît-il, il y a deux molécules qui n'existent pas sur les

sites pour la prise en charge des cas. Il s'agit de la Névirapine sirop 100 ml. Selon le chef service prise en charge médicale, on peut trouver la Névirapine sirop 240 ml sur certains sites. Mais le problème qui se pose est que si l'on la prescrit aux enfants, il y a des pertes à cause de la dose à respecter chez l'enfant pour une durée d'un mois. « Il faudrait que la maman soit vraiment minutieuse pour pouvoir conserver le reste, c'est pourquoi les pédiatres aujourd'hui préfèrent la Névirapine 100 ml. Nous-mêmes faisons l'effort de commander la Névirapine 100 ml. Mais ce qui fait qu'il y a tension sur ces molécules à l'heure actuelle, c'est que les enfants qui sont pris en charge ne sont pas nombreux comme les adultes ». Selon les explications du Dr de Souza, les enfants constituent à peu près trente pour cent (30%) du total des personnes sous traitement en 2012 si bien que, lorsqu'on veut commander les molécules, la faible quantité commandée pénalise. « Plus la quantité est petite, plus le fabricant vend cher parce qu'il estime qu'il perd la main d'œuvre en le faisant et par conséquent le client doit payer cher. C'est ce qui fait que difficilement, nous arrivons à avoir les produits ». En cas de manque de la Névirapine

sirop, le Zidévudine qui est plus fort que la Névirapine est servi à l'enfant.

La lenteur dans la mise sous ARV des patients, l'indisponibilité des réactifs, le manque d'appui nutritionnel, sont entre autres, des problèmes auxquels des médiateurs souhaiteraient que les acteurs de lutte contre le VIH/Sida trouvent des solutions à la prochaine session du Comité National de lutte contre le Sida (CNLS). Toutefois, en ce qui concerne les OEV, l'Etat à travers le Fonds mondial a fait un effort appréciable reconnaissent-ils. « Nous insistons par rapport au plaidoyer à l'endroit du chef de l'Etat sur comment nous mobiliser pour rechercher les moyens chez nous et ne pas toujours dépendre des partenaires » déclare Comlan Houessou. Il suggère en particulier, la mise en place d'un médiateur pour la gestion des problèmes de santé.

Témoignage de Mme Laurence Abatti, présidente de l'Association des femmes PVVIH

« Nous voulons d'une prise en charge véritablement globale... »

« Nous voulons d'une prise en charge véritablement globale et que le CNLS engage quelqu'un qui va s'occuper de la gestion en bonne et due forme des stocks. Nous proposons que si la durée de la commande en ARV et réactifs doit prendre six mois, que la commande se fasse à l'avance, que le problème de lenteur administrative également soit réglé définitivement. Il ne doit normalement pas avoir de rupture de réactifs pour le dépistage. Mais c'est ce que nous constatons depuis quelques mois. Les médecins conseillent de ne jamais interrompre les traitements mais lorsque le patient se présente pour se faire servir en ARV on lui fait comprendre qu'il y a une rupture de stocks et les rendez-vous s'allongent. Beaucoup de PVVIH ont trouvé la mort dans cette situation.

Il est arrivé même un temps où pendant sept mois, les médecins ont été absents sur le terrain parce qu'ils ont été recrutés par le Fonds mondial et quand le projet est arrivé à terme, ils sont restés à la maison. Ailleurs comme à l'hôpital des Armées où j'ai amené entre temps un nouveau cas on m'a dit qu'on n'en reçoit pas. Nous nous sommes rendus au CNHU où on nous a orientés vers le centre Louis Pasteur à Porto Novo pour faire le CD4. Or, ce nouveau cas est déjà grabataire. Par rapport à l'appui nutritionnel, l'année dernière nous avons reçu une seule fois les vivres alors que cet appui doit se faire tous les trois mois selon ce qui est prévu. Cette année encore, c'est la même chose. Nous ne savons pas si sous peu, on en recevra encore. C'est pareil pour les fournitures scolaires à donner aux OEV. L'année dernière également, les enfants ont reçu une seule fois les fournitures scolaires et à moitié. On a donné des stylos et cahiers. Il manquait les livres. On ne leur a pas payé non plus la scolarité. Cette année également, un nouveau stock est arrivé et c'est à moitié encore qu'ils sont venus faire la livraison des fournitures scolaires aux parents. Puisqu'il s'agit d'une aide, nous souhaitons que les fournitures soient au complet et servir avant la rentrée. Nous demandons au partenaire de la faire correctement et à temps ».

Le Professeur Koumakpaï à propos de la Ptme et de la prise en charge pédiatrique au Cnhu **« Parfois nous n'avons pas les molécules, les médecins sont obligés de jongler »**

Le Professeur Sirikatou Adeoty Koumakpaï, Point focal Vih/Sida à la pédiatrie du Cnhu à Cotonou fait le point, dans cet entretien, sur l'évolution de la prise en charge pédiatrique des enfants infectés. Elle revient sur les spécificités de la Ptme, et indique le rôle majeur de l'allaitement maternel. Elle recommande une mise précoce des femmes infectées sous Arv selon les recommandations de l'Oms. Elle dénonce par ailleurs, le fait qu'un hôpital de référence comme le Cnhu ne dispose pas plus de moyens pour faire face aux besoins de ses patients infectés par le Vih. Elle préconise que l'Etat s'engage plus concrètement, afin que comme en Afrique du Sud, les Arv soient fabriqués et disponibles sous forme de médicaments génériques.



Le Professeur recommande aux Etats africains de fabriquer leurs médicaments

Le Matinal : Professeur, quel est votre sentiment sur comment la riposte est actuellement menée contre le Vih /Sida au Bénin ?

La stratégie mise en œuvre par le Bénin pour lutter contre le Vih/Sida, je peux dire qu'elle est efficace. Puisque nous avons quand même pu contenir la tendance nationale à moins de 2% depuis quelques années. C'est un pas important. Nous sommes à 1,8, alors qu'on est entre temps allé jusqu'à 4%, et même au-delà dans certaines localités. Certes, il y a encore des disparités selon les groupes cibles. Mais la tendance générale a baissé. Mais, il reste encore beaucoup de choses à faire, surtout en matière de prise en charge des sujets infectés par le Vih.

Il faudrait que notre Etat s'engage dans l'achat des médicaments. Et qu'on ne soit pas toujours à la solde des partenaires. Il n'y a que les partenaires qui achètent les médicaments. Cela pose énormément de problèmes. Et c'est cela qui justifient les ruptures de stocks. Si bien que nous médecins, sommes obligés

de faire des jonglages. Il faut changer ceci ou cela, alors que le patient n'a pas besoin d'un changement de molécule.

Il y a la volonté politique certes, mais que cette volonté politique soit plus concrète. Il faut prendre exemple sur l'Afrique du Sud, qui s'est engagée à produire ses propres médicaments. Il y a des médicaments génériques maintenant en Afrique du Sud. Le Bénin seul ne peut pas y arriver. Donc, il faut s'entendre avec les autres pays de la sous-région. Les Etats peuvent s'entendre au niveau de la Cedeao pour passer des commandes en commun, pour réduire le coût de ses médicaments. A l'instar du Brésil, ces pays peuvent avoir leur propre usine de fabrication de médicaments. Ce n'est pas forcément que le laboratoire soit implanté au Bénin. Il peut être implanté dans la sous-région.

Où est-ce que finit la Ptme et où commence la prise en charge pédiatrique ?

La Ptme, c'est la prévention de la transmission mère-enfant. Pourquoi nous mettons un accent particulier

sur la Ptme ? C'est parce que 8/10 des enfants sont contaminés par leurs mères, soit pendant la grossesse, mais surtout pendant l'accouchement à cause des contractions utérines. Le contact du sang de la mère avec celui de l'enfant est plus intense au moment du travail d'accouchement. Ce qui augmente le risque de contamination de l'enfant. L'enfant peut aussi être contaminé pendant la grossesse, ou bien après la naissance à travers le lait maternel. Il est donc important de mettre un accent particulier sur ce volet, car c'est le principal mode de contamination de l'enfant.

Pendant la grossesse, il faut que la maman puisse aller en consultation, qu'elle soit dépistée, et qu'éventuellement, elle soit prise en charge pour diminuer le risque de contamination de son enfant. Elle doit suivre les conseils et prendre correctement ses médicaments. Elle doit prendre ces médicaments très tôt. Actuellement, l'Oms demande que dès qu'une femme est dépistée positive, qu'elle soit mise sous traitement Arv. Dans les recommandations de 2010, il fallait attendre la 14ème semaine, mais maintenant non. Mais, le Programme national n'a pas encore opté pour les nouvelles recommandations de 2012.

Pourquoi selon-vous, observe-t-on ce retard du Pnls dans la mise en application de cette recommandation ?

Vous savez, les choses changent très vite. Le temps d'appliquer les recommandations de 2010, il y a déjà celles de 2012. C'est pour cela que ça traîne. Sans compter qu'il faudra mettre plus de femmes

sous Arv... Et face aux ruptures d'Arv ou de réactifs, face aux problèmes de pannes de machines pour le Cd4, l'Oms recommande de mettre toute femme dépistée positive sous Arv à vie. Cela coûte assez cher. Mais déjà, si on suit scrupuleusement les recommandations de 2010, on peut sensiblement réduire le taux de transmission.

Alors, où en est-on aujourd'hui avec la prise en charge pédiatrique ?

Avant d'aborder ce volet, il y a un autre point très important. C'est la prévention de la contamination par le lait maternel. En effet, ce n'est pas parce que le virus est dans le lait, qu'il faut dire qu'on ne donne pas le lait maternel à l'enfant. Le lait maternel, c'est le meilleur lait pour l'enfant. Encore que 8/10 femmes au Bénin ne peuvent pas pratiquer l'allaitement artificiel de façon optimale. Elles n'ont pas les moyens d'acheter le lait adapté à l'âge de l'enfant. Les 4 premiers mois, il y a un lait spécifique que les gens du Nord ont la possibilité d'acheter, et qui coûte très cher chez nous. 2500 à 3000 francs Cfa la boîte. Il y a combien de ménages qui peuvent avoir cela ? Ce n'est pas possible. Mais, quand la mère ne donne pas le lait maternel à l'enfant, elle lui donne n'importe quoi. Cela veut dire que l'enfant ne va peut-être pas mourir du Vih, mais de malnutrition. Qu'est-ce qu'on cherche ? On veut un enfant vivant. Ensuite, il y a aussi le problème de l'eau potable qui n'existe pas partout. Et même en ville, est-ce que l'eau est potable à 100% disponible ? Pour pouvoir préparer le lait artificiel, il faut avoir l'eau potable et du matériel stérilisé. Ce n'est

pas un seul biberon qu'on doit utiliser pour tous les repas. C'est dire que l'allaitement artificiel à ses contraintes. Et ces contraintes ne sont pas à la portée de toutes nos populations. C'est pour cela qu'il est plus simple d'utiliser le lait maternel. Le lait maternel a toutes les qualités. C'est un lait qui couvre tous les besoins de l'enfant.

Et si la mère est infectée ? Si elle prend régulièrement ses médicaments, une fois dépistée et mise sous Arv, le risque est nettement moindre. Certes, il n'y a pas de risque zéro. Il faut l'allaitement maternel protégé. Elle doit régulièrement prendre ses médicaments. Elle joue dès cet instant sur deux fronts. Elle diminue le risque de transmettre le virus et elle nourrit correctement son enfant.

Maintenant, prenons le cas où le bébé naît infecté, qu'est qui se passe après ? Tout enfant qui naît de mère infectée est suivi jusqu'à l'âge de 18 mois. Pendant ces 18 mois, on l'examine sur le plan clinique. On peut faire le diagnostic plus tôt, mais à 18 mois on le fait encore pour être plus sûr de son état.

Il paraît qu'il y a un problème de disponibilité d'Arv pédiatriques

Ce n'est pas seulement au Bénin. C'est partout. Nous n'avons pas beaucoup de forme galénique d'Arv pour enfants. Le problème se pose depuis la fabrication. Vous êtes le point focal Vih/Sida à la pédiatrie du Cnhu. Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontés ?

Les difficultés sont de plusieurs ordres. Au début, je vous ai dit que 8/10 femmes infectées transmettent le virus à leur enfant. Donc, elles doivent être dépistées

depuis la maternité. Mais souvent il n'y a pas de réactifs. Et elles se plaignent. Beaucoup de femmes n'ont souvent pas aussi de carte d'identité, pour pouvoir demander le dépistage au laboratoire. Mais, au-delà de cela, nous sommes un hôpital de référence, et on ne peut pas comprendre qu'on ne soit pas en mesure de faire le dosage du Cd4 à tout moment. Ce n'est pas possible. Normalement, c'est au Cnhu qu'on doit avoir le maximum de travaux pour une prise en charge optimale. Malheureusement, nous sommes pires qu'un dispensaire. Il y a d'autres hôpitaux en périphérie qui ont plus de moyens que nous. Même le dosage du Cd4 pose problème ici. Par ailleurs, actuellement, pour faciliter la prise en charge des Psvih, surtout les femmes, l'Oms recommande une molécule combinée pour une seule prise par jour. Parfois nous n'avons pas cette molécule, à cause des ruptures. Les médecins sont obligés de jongler. En plus, il y a des examens biologiques spécifiques pour détecter les co-infections pour éviter de majorer la progression de l'infection à Vih. On n'arrive pas à faire cela. Il nous faut plus de moyens pour mieux organiser tout cela.

Quelle sont les perspectives ? Il y a-t-il un espoir ?

Il y a espoir parce que nous avons de moins en moins de bébé infectés. La majorité des bébés infectés sont ceux dont les mamans n'ont pas eu la prévention. La maman n'a pas reçu les Arv, ou le bébé les Arv. Il faut aussi que la population démystifie l'infection à Vih. Actuellement, ce n'est plus une maladie à 100% mortelle. C'est surtout une maladie chronique. Autant donc connaître son statut sérologique, pour se prendre en charge très tôt.

Réalisé avec la collaboration de CeRADIS-Ong

Thématique 8

**ACTION PUBLIQUE AUTOUR DE LA JOURNEE
MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA**

Partenariat
ONG CeRADIS

Journée internationale de lutte contre le Sida

CeRADIS Ong a marqué l'événement

A l'instar des autres pays du monde, le Bénin a célébré le dimanche 1^{er} décembre dernier, la 26^e Journée internationale de lutte contre le Sida. C'est l'esplanade de l'Assemblée nationale à Porto-Novo qui a accueilli les manifestations officielles de cette journée. L'Ong CeRADIS était de la partie et a tenu à marquer l'événement à travers une action de plaidoyer en direction des autorités présentes.

Par Reine AZIFAN

La célébration de la Journée mondiale de lutte contre le Sida est comme d'habitude une occasion de mobilisation de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le Sida : personnalités de la République, organisations internationales, corps diplomatique et aussi personnes vivant avec le Vih. C'est devant ce parterre de personnalités dont le ministre de la Santé et celui en charge des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), que CeRADIS Ong a choisi de faire passer ses messages de plaidoyer. Annoncé pour présider en personne la cérémonie, le président de la République, président du Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) n'était finalement pas de la partie.

Coup d'éclat de CeRADIS

C'est pendant l'intervention de son représentant, le ministre en charge de la Santé Dorotheé Kindé Gazard, que les activistes de CeRADIS, ont brandi, devant les autorités, les affiches portant divers messages de plaidoyer. Ce coup d'éclat de CeRADIS n'a pas manqué d'attirer l'attention des autorités présentes et de l'assistance qui n'ont eu d'autre choix que de prendre connaissance desdits messages. Selon le directeur exécutif de l'Ong, Nourou Adjibadé, «Il s'agit

d'une occasion de choix pour attirer l'attention des autorités du ministère de la Santé, du CNLS, du Système des Nations Unies, des partenaires au développement sur les réelles préoccupations qui minent la lutte contre le Sida au Bénin». Ces préoccupations sont de plusieurs ordres, mais précise Nourou Adjibadé, «Ce ne sont pas des revendications à caractère international comme l'augmentation du budget de la santé mais des revendications majeures propres au Bénin». Elles sont surtout liées aux difficultés que CeRADIS a relevées dans la lutte contre le Vih/Sida au Bénin et concernent premièrement, l'ineffectivité de l'application de la loi sur le Vih/Sida promulguée depuis plus de sept ans. Cette loi doit être vulgarisée à grande échelle, préconise l'Ong.

Le deuxième message de CeRADIS a trait à la création du Fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de Sida prévue à l'article 8 de la loi et qui n'est toujours pas concrétisée. Or, soutient l'Ong, la création de ce fonds doit être d'un grand secours pour les orphelins et enfants vulnérables (OEV) ainsi que pour les personnes vivant avec le Vih/Sida (PVV) qui ne sont plus en mesure d'assumer leurs responsabilités vis-à-vis de leurs enfants. Il s'agissait donc pour CeRADIS, d'attirer l'attention des décideurs



Il faudra recourir à tous les moyens pour mener la lutte contre le Vih/Sida

sur l'impérieuse nécessité de mettre en place ce Fonds, a expliqué Nourou Adjibadé à la fin de la cérémonie.

Le troisième message, objet de plaidoyer de CeRADIS à l'occasion de la JMS 2013, concerne la question de la mobilisation des financements pour véritablement faire face aux contraintes qui font que la lutte n'est pas suffisamment menée au Bénin. Il faut mobiliser des ressources, plaide CeRADIS, mais surtout des ressources internes pour mettre davantage de PVV sous traitement antirétroviral afin de réduire à terme les nouvelles infections. Un appel qui cadre avec le message du secrétaire général des Nations Unies par la coordonnatrice résidente par intérim des activités opérationnelles du Système des Nations Unies au Bénin, Diene Kéita. «Pour créer les conditions favorables à une génération sans Sida, nous devons redoubler d'efforts pour

qu'il n'y ait plus de nouvelles infections au Vih chez les enfants et que toutes les mères vivant avec le Vih aient accès à un traitement», souligne Ban Ki-Moon dans son message.

Visite du stand de CeRADIS

Toutes ces doléances ont été exprimées afin d'interpeller les autorités présentes et de les amener à revoir les priorités en matière de lutte contre le Vih/Sida au Bénin. C'est avec l'espoir que ces messages seront entendus et pris en compte que CeRADIS a poursuivi ses activités dans le cadre de la célébration de la JMS 2013. A l'instar de plusieurs autres Organisations de la Société civile intervenant dans la lutte contre le Sida, l'Ong a érigé un stand sur l'esplanade pour présenter ses activités. Ce stand a reçu la visite de la délégation officielle qui a marqué un arrêt pour s'informer des activités de

l'Ong. Et c'est tout naturellement que de nombreux participants à la cérémonie ont pris d'assaut ce stand pour s'informer ou se faire offrir des préservatifs, des dépliants et autres affichettes d'information sur les problèmes de santé de la reproduction et le Vih/Sida en particulier.

CeRADIS œuvre pour une meilleure efficacité des politiques et programmes de santé notamment dans le domaine de la lutte contre le Vih/Sida. L'Ong a fait du plaidoyer un point essentiel de ses actions visant à faire bouger les choses sur le front de la riposte nationale contre le Vih/Sida. Grâce à l'appui de la coopération suisse, CeRADIS mène depuis septembre dernier, une action de plaidoyer en vue d'attirer l'attention des autorités sur les dysfonctionnements qui plombent la lutte contre le Sida et contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité de la riposte nationale contre la pandémie au Bénin.

Journées portes ouvertes sur les maladies non transmissibles

Eclairer les populations pour freiner l'évolution des affections

Les vendredi 29 et 30 novembre derniers, le ministère de la Santé appuyé par ses partenaires, a organisé des journées portes ouvertes sur les maladies non transmissibles. A travers cette initiative qui a eu pour cadre l'esplanade intérieure du stade de l'Amitié, les autorités entendent mettre au courant le public sur ces types d'affections afin de freiner leur évolution à travers les dispositions préventives et les traitements adéquats.

Par Alain ALLABI

Au nombre d'une cinquantaine, les maladies non transmissibles font assez de ravages au sein des populations. Parmi elles, figurent les plus récurrentes à savoir le cancer, le diabète, les affections respiratoires chroniques, les

maladies mentales, les maladies cardio-vasculaires, les affections cécitantes et bucco-dentaires. Ce sont sur ces maladies liées au mode de vie, sur leur prévalence et leurs facteurs de risque, que le public a eu des éclairages à la faveur des journées portes

ouvertes initiées à son intention par le ministère de la Santé.

Dans son discours de lancement, Moufalilou Aboubakar, directeur adjoint de cabinet du ministre de la Santé, a rappelé que depuis 2007, en suivant les orientations de l'OMS, la prévention et la prise en charge de ces maladies ont été inscrites dans une approche intégrée. A cet effet, le Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles qui mène régulièrement des activités préventives, professionnelles et thérapeutiques a été mis en place. Malgré tous ces efforts, a-t-il reconnu, la lutte contre ces maladies est affectée par un déficit de visibilité et de mobilisation à la mesure des ravages dont elles sont responsables au sein des populations. «C'est pour cela que ces maladies sont qualifiées de tueuses silencieuses», a expliqué le directeur adjoint de cabinet. Dès lors, plus qu'une opportunité, les journées portes ouvertes répondent, selon lui, à la nécessité de faire connaître davantage au public l'ampleur des maladies non transmissibles, leurs facteurs de risque, les moyens de leur prévention et de susciter un investissement

croissant en faveur de la lutte contre elles.

L'ampleur des MNT dans le monde et au Bénin

Quant à l'ampleur de ces maladies qui ne sont causées ni par un microbe, ni un virus encore moins par des parasites, Moufalilou Aboubakar a relevé qu'elles sont une épidémie mondiale. Première cause de décès dans le monde, elles provoquent annuellement 17 millions de décès dont les 80% sont dans les pays à faibles revenus dont le Bénin fait malheureusement partie. Se référant aux résultats de l'enquête de dépistage des facteurs de risque des maladies non transmissibles réalisée en 2008, il a signalé que les populations portent de fortes charges de morbidité dues à ces types d'affections. «Trois personnes sur 10 ont une hypertension artérielle, une personne sur 10 a un taux de glycémie élevé», a-t-il révélé en déduisant que les perspectives sont effrayantes. Alors, il a souligné l'urgence d'agir ensemble pour inverser la tendance. A ce titre, les actions devront porter sur les facteurs de risques évitables tels que

l'alimentation déséquilibrée, le tabagisme, l'inactivité physique et l'abus d'alcool.

Au nom de l'Agence de la Coopération technique belge (CTB), Coffi Agossou a souligné l'intérêt grandissant de la communauté internationale et notamment de sa structure pour les maladies non transmissibles. Entre autres, a-t-il mentionné, la CTB a appuyé le ministère de la Santé dans le cadre de l'enquête sur les déterminants de l'hypertension artérielle dans l'Ouémé-Plateau, de l'enquête sur les MNT au Bénin réalisée en mai 2010, l'édition et la dissémination des documents sur les MNT, la formation des acteurs de terrain sur le diagnostic et la prise en charge des MNT, l'élaboration du protocole de prévention et de prise en charge des MNT. Après la série des allocutions, le public a suivi une communication du professeur Dismand Houinato sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque avant d'être orienté vers les stands. Là, il a pu se faire dépister gratuitement pour l'hypertension, le diabète et autres affections et recevoir les conseils, soit pour des mesures préventives, soit pour des soins adéquats.



Le public doit être sensibilisé sur ces maladies afin de freiner leur évolution

26ÈME JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

La nécessité de prendre le décret de création du fonds spécial d'assistance aux OEV est la préoccupation majeure portée par CeRADIS-ONG en la célébration de la journée mondiale de lutte contre le SIDA au Bénin. Une journée célébrée le dimanche 1er décembre dernier sur l'esplanade de l'Assemblée nationale à Porto-Novo.

L'interrogation de CeRADIS-ONG aux autorités



Les ONG interrogent

Où en sommes-nous avec la « création du fonds spécial d'assistance aux OEV ? » C'est la principale question à laquelle le Centre de recherches et d'actions, de développement intégré et de solidarité (CeRADIS-ONG) invite les autorités béninoises à répondre en la Journée mondiale de lutte contre le SIDA, le dimanche 1er décembre dernier. En effet, au cours des manifestations officielles intervenues au Bénin sur l'esplanade de l'Assemblée nationale, l'occasion paraissait propice pour CeRADIS-ONG et ses organisations partenaires d'attirer l'attention des décideurs sur un engagement pris en avril 2006 puis renouvelé six ans plus tard, lors de la 7ème session du Comité national de lutte contre le SIDA en octobre 2012. Il s'agit, selon la loi n°2005-31 du 10 avril 2006 portant prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin, du contenu des alinéas 4 et 5 de l'article 8 qui dispose que : « Les enfants mineurs des personnes décédées des suites du SIDA bénéficient d'une assistance et d'un secours de la part de la Communauté, de l'Etat et de ses structures déconcentrées ou décentralisées. A cet effet, il est créé un fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de SIDA. Un décret pris en conseil des ministres en fixera les modalités de création et de fonctionnement ».

Qu'advienne le décret de création du fonds

Ainsi, pour que les autorités inscrivent enfin dans l'agenda 2014 la prise du décret de création du dit fonds, sur l'esplanade de l'Assemblée nationale, la Journée du dimanche 1er décembre dernier, le message lu sur les tee-shirts revêtus par les militants des organisations de la société civile œuvrant, de diverses manières, aux côtés des personnes vivant avec le VIH/ SIDA, pour l'amélioration de leur prise en charge sanitaire, nutritionnelle et juridique, était unique : « Création du fonds spécial d'assistance aux OEV, où en sommes-nous ? ». Cette même information a défilé sous les yeux des décideurs de la lutte contre le VIH/ SIDA au Bénin lors de l'allocation du professeur Dorothee Akoko Kindé-Gazard, ministre de la Santé. A cette occasion, les militants des ONG de lutte contre le SIDA au Bénin et les personnes vivant avec le VIH/ SIDA ont exhibé des pancartes dont la teneur a exhorté à la prise du décret de création du fonds spécial d'assistance aux OEV. Ministre de la Santé, Secrétaire permanente de lutte contre le SIDA, coordonnateur du Programme national de lutte contre le SIDA, représentants des Nations-

portant prise en charge et contrôle du VIH/ SIDA en République du Bénin. C'est aussi l'autre question que pose CeRADIS-ONG aux décideurs en charge de la lutte contre le VIH/ SIDA.

« Vulgarisation de la loi sur le VIH/ SIDA au Bénin, où en sommes-nous ? », lit-on en effet au fronton du stand de CeRADIS-ONG sur l'esplanade de l'Assemblée nationale à Porto-Novo, à l'occasion des manifestations officielles de la JMS. Une interrogation qui n'est pas passée inaperçue lors de la visite des stands par les décideurs nationaux et internationaux. A l'instar des autres stands, ils ont marqué une pause au niveau du stand de CeRADIS-ONG pour, à nouveau, s'imprégner de leurs moyens de lutte sur le terrain. Il faut souligner qu'au niveau du stand de CeRADIS-ONG, docteur Youssouf Gamatié, représentant résident de l'OMS, a porté toute son attention sur les messages véhiculés par les banderoles.

Penser au financement innovant

Il a certainement lu aussi ceci : « Avènement de financement innovant, égale, meilleure qualité de prise en charge ». Une troisième interpellation de CeRADIS-ONG, afin que le financement de la lutte contre le VIH/ SIDA au Bénin soit de moins en moins tributaire de l'appui extérieur. « Le Bénin n'assure plus les 20% d'acquisition des antirétroviraux », a dénoncé à ce propos, le représentant du Réseau des personnes vivant avec le VIH/ SIDA. « Et le jour où les partenaires techniques et financiers vont se retirer de la lutte contre le VIH/ SIDA au Bénin, ce sera la catastrophe », s'est-il inquiété. En 2013, le gouvernement a pourtant alloué près de deux milliards pour l'acquisition des ARV et le budget 2014 ne sera pas en reste, a précisé, le ministre de la Santé.

Vadim QUIRIN avec la collaboration de CeRADIS-ONG

Unies, de l'Organisation mondiale de la Santé, du Bureau international du travail, de l'ONUSIDA, de l'UNICEF, tous ont pris bonne note de cette interpellation de CeRADIS-ONG et de ses ONG amies. La preuve, en visitant le stand de l'Association béninoise de droit et du développement (ABDD), le professeur Dorothee Akoko Kindé-Gazard, ministre de la Santé, n'hésite pas à les interroger sur la mise en œuvre de la loi sus-indiquée. « Où en êtes-vous avec la mise en œuvre de la loi », a-t-elle demandé avant d'ajouter : « je sais que tout ne dépend pas de vous ».

L'application de la loi, l'autre exhortation

L'effectivité de l'application de la loi n°2005-31 du 10 avril 2006

2ÈME ÉDITION DE LA CAMPAGNE «DU RUBAN ROUGE» DE L'ONG YBLA

Renforcer la prévention en matière de lutte contre le VIH/ SIDA est l'appel que lance l'ONG Young benenese leader association (YBLA) à l'occasion de la célébration de la 26ème journée mondiale de lutte contre le VIH/ SIDA.

Joannie Bêwa et les siens plaident pour le renforcement de la prévention contre le VIH/SIDA

Courir plus vite que le SIDA». « C'est le mot d'ordre que Joannie Bêwa, directrice exécutive de l'ONG Young benenese leader association (YBLA), a lancé à l'occasion de la 26ème journée mondiale de lutte contre le SIDA pour atteindre d'ici 2015, les objectifs « zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination, zéro décès ». Au fond, ont expliqué les membres de l'ONG YBLA, il s'agit d'adopter un comportement pour être « toujours en avance sur le SIDA ». Autrement, au niveau communautaire, ont-ils étayé, porter la bonne information et sensibiliser les populations constituent les moyens pour épargner les différentes couches de la société à contracter le VIH/ SIDA.

Pour caricaturer cette initiative, le samedi 30 novembre dernier, des jeunes et des leaders d'associations ont été mobilisés pour participer à la compétition athlétique organisée à Cotonou à cet effet. De même, pour joindre l'utile à l'agréable, sur l'esplanade du stade de l'amitié, ils ont été informés et formés sur l'évolution du mal et sur les comportements à adopter pour demeurer une personne saine ou pour avoir accès aux différents protocoles de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Egalement, afin d'encourager les uns et les autres, des médailles et des lots ont été donnés aux trois meilleurs de chaque catégorie de la compétition, à savoir les hommes et les femmes.

CeRADIS-ONG soutient l'ONG YBLA

Il faut préciser que la vision « Courir plus vite que le SIDA » entre dans le cadre de la 2ème édition de la campagne « du ruban rouge » de l'ONG YBLA. Et pour pérenniser l'initiative, des personnes dites, « ambassadeurs de la campagne » ont été nommées. Ceux-ci, selon les membres de l'ONG YBLA, bénéficieront d'une tournée auprès des institutions internationales de jeunesse au Bénin. CeRADIS-ONG, le PSI, le PNLS, le FNUAP sont, entre autres, les partenaires nationaux et internationaux qui ont aidé à la réussite de l'événement le samedi dernier, veille de la journée mondiale de lutte contre le SIDA.



CeRADIS-ONG n'est pas seul dans le plaidoyer de la prise en charge adéquate des PVV

La phase de sensibilisation

Vadim QUIRIN

Journée mondiale de lutte contre le Sida 2013

CeRADIS-Ong a saisi l'occasion pour plaider en faveur des Pvvih

La cérémonie officielle de la 26^e journée mondiale de lutte contre le Sida (JMS) s'est déroulée, dimanche 1^{er} décembre 2013, sur l'esplanade de l'Assemblée nationale de Porto-Novo. A l'occasion, le Centre de réflexion et d'action pour le développement intégré et la solidarité (Ceradis-Ong) a, à travers affiches, banderoles et pancartes, passé des messages spécifiques pour la réussite de la lutte contre le Vih Sida au Bénin. Cette action s'inscrit dans une vaste campagne de plaidoyer initiée par CeRADIS et soutenue par le bureau de la Coopération suisse au Bénin.



Les messages brandis par Ceradis lors de l'action

Victorin Fassinou (Avec la collaboration de CeRADIS Ong)

Les manifestations officielles de la 26^e journée mondiale de lutte contre le Sida (JMS), qui se sont déroulées, le dimanche 1^{er} décembre 2013, sur l'esplanade de l'Assemblée nationale de Porto-Novo, ont été pour le Centre de réflexion et d'action pour le développement intégré et la solidarité (Ceradis-Ong), une occasion de vaste campagne de plaidoyer. Au début de l'interven-

tion du ministre de la Santé, Dorotheé Kindé Gizard, représentant le chef de l'Etat, les membres de Ceradis et autres organisations de la société civile ont brandi des pancartes comportant des messages de plaidoyer. Cette action d'éclat n'a pas manqué d'attirer l'attention des personnalités présentes qui n'ont eu d'autre choix que de jeter un regard sur ces messages. Retenons la création du Fonds d'assistance aux Orphelins et Enfants Vulnérables (Oev), la mobilisation des ressources pour la lutte

contre le sida au Bénin, et l'effectivité de la mise en application de la loi n°2005-31 du 5 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du Vih Sida en République du Bénin. Voilà les trois principales thématiques sur lesquelles étaient axés les messages que toute l'assistance lisait sur les affiches, les pancartes et banderoles brandies par de jeunes gens venus de tous les coins du pays. Aux dires du Directeur exécutif, Nourou Adjibadé, à travers cette activité, Ceradis veut attirer l'attention des autorités du ministère de la Santé, du CNLS, du Système des Nations Unies, des partenaires au développement, etc. sur les réelles préoccupations qui minent la lutte contre le Sida au Bénin. Ce sont des revendications majeures, propres au Bénin, liées aux difficultés que Ceradis a relevées dans la lutte contre le Vih/Sida au Bénin. Les messages que portaient Ceradis étaient, entre autres, « Sans ARV pas d'ETME », « Chefs religieux, chefs traditionnels,

encouragez les hommes à accompagner leurs épouses aux services d'ETME », « Société civile, associations des Pvvih, mobilisez les femmes, les hommes, les jeunes pour accélérer l'ETME ». Même les tee-shirts confectionnés à cet effet n'ont pas échappé à cette activité de plaidoyer de l'Ong Ceradis d'ailleurs appréciée de tous les participants. « Le lieu de la célébration officielle est indiqué pour passer ces messages spécifiques : car le 1^{er} décembre, c'est le moment par excellence où les décideurs, acteurs du domaine de la lutte contre le Sida et Personnes vivant avec le Vih Sida, ... se rencontrent tous. Cette journée vise à rappeler l'importance de la prévention, de l'accès au dépistage, aux traitements et aux soins », a livré Nourou Adjibadé avant de laisser entendre que cette action s'inscrit dans la mission principale de l'Ong qui œuvre pour une efficacité des politiques et programmes de santé et de lutte contre le Sida.

Une organisation au service du développement

La veille citoyenne. Telle est la mission principale que le Centre de réflexion et d'action pour le développement intégré et la solidarité (Ceradis-Ong) s'est assignée depuis des années. Depuis plus de quinze ans, cette Ong travaille pour améliorer les conditions de vie des populations dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la réalisation des droits en matière de sexualité et de la reproduction, notamment des jeunes, des filles et des fem-

mes. Elle développe depuis l'année 2005 un vaste programme de plaidoyer pour influencer les politiques publiques en matière de lutte contre le Vih et pour rechercher une meilleure performance des politiques et des programmes. Par le lobbying et les revendications, elle a œuvré pour certaines problématiques reconnues comme majeures de la lutte contre le Vih/Sida au Bénin. La liste des actions de Ceradis-Ong est très longue. Elle fait partie des rares Ong qui contribuent au développement et sont effectivement au service du bien-être de la population.



Une vue partielle des gens de Ceradis

26ème Journée mondiale de lutte contre le Sida

CeRADIS interpelle les décideurs sur les barrières à la riposte nationale contre la pandémie

L'Ong CeRADIS, a saisi l'occasion de la célébration de la 26ème édition de la Journée mondiale de lutte contre le Sida (JMS), dimanche 1er décembre dernier à Porto-Novo, pour attirer l'attention des décideurs présents, sur certaines barrières à l'efficacité de la réponse nationale à l'épidémie du VIH au Bénin. Cette action s'inscrit dans le cadre de ses actions de plaidoyer, pour l'amélioration des politiques et programmes de santé, notamment en matière de VIH/Sida, et est soutenue par le Bureau de la Coopération Suisse au Bénin.

Blaise Ahouansé
(Avec la collaboration de CeRADIS Ong)

CeRADIS Ong n'a pas dérogé à sa tradition, dimanche dernier sur l'esplanade extérieure de l'Assemblée Nationale à Porto-Novo, où ont eu lieu les manifestations officielles entrant dans le cadre de la célébration de la 26ème Journée mondiale de lutte contre le Sida (Jms). Pas une journée de fête, mais plutôt une journée de ré-



Une partie de la forte mobilisation de CeRADIS avec ...

flexion et de plaidoyer pour l'Ong. Elle qui œuvre pour une meilleure efficacité des politiques et programmes de lutte contre le sida, entre autres. C'est une journée qui réunit les décideurs et tous les acteurs impliqués dans cette lutte. Et, pour le Directeur Exécutif de CeRADIS, Nourou Adjibadé, l'occasion était propice pour passer des messages. Des messages de plaidoyer. Les activités de CeRADIS sont beaucoup plus liées au plaidoyer pour la défense des droits des personnes vulnérables, notamment des personnes vivant avec le Vih (prévention, accès aux soins et aux traitements), à la pro-

motion et à la réalisation des droits des jeunes, des filles et des femmes, au renforcement des capacités organisationnelles et techniques des associations et groupements communautaires.

Les messages de ce 1er décembre 2013, sur le stand, sur les pancartes et sur les tee-shirts de CeRADIS, ont porté notamment sur trois points relatifs à l'effectivité de l'application de la loi sur le Sida au Bénin, la création du fonds d'assistance aux Oev et aux PvVih, et la mobilisation de ressources. Sur les pancartes brandies ce dimanche, au moment même où

avait passer le message du Président Boni Yayi, Chef de l'Etat et Président du Comité National de Lutte contre le Sida (Sida) absent à la journée, on pouvait lire, entre autres messages : «Création du fonds spécial d'assistance aux Oev, où en sommes nous?», «Vulgarisation de la loi sur le Vih/Sida au Bénin, où en sommes nous?», «Avènement de financements innovants = meilleure qualité de prise en charge», «Partenaires techniques et financiers, aidez les décideurs politiques à mobiliser des ressources pour l'Étne», «Décideurs politiques, mettez à disposition les ressources nécessaires à l'Étne», etc.

Des sujets sur lesquels, il valait la peine d'interpeller les décideurs en cette journée. «Il est question, en ce jour, d'engagement et d'action», justifie le représentant des PvVih dans son discours. Au Bénin, il va falloir encore plus d'engagement politique, traduit en actions concrètes, pour atteindre l'objectif «Zéro nouvelle infection, zéro discrimination, zéro décès lié au Sida», pris comme thème pour cette année. Car, même si sur le plan mondial, il est noté un

progrès, d'après le rapport 2013 de la lutte contre le Vih publié par l'OnuSida, ce représentant des PvVih mentionne qu'au Bénin, c'est le statu quo en termes, notamment, de respect des recommandations de la 7ème session du Cnls. Une session à la suite de laquelle une lueur d'espoir, a-t-il rappelé, avait gagné les PvVih. Mais aujourd'hui, regrette-t-il, «cet espoir tarde à se concrétiser». Il en veut pour preuve : «des ruptures d'Arv et de réactifs, les textes qui ne sont pas respectés, les médicaments qui ne sont pas disponibles, le Bénin qui n'assure plus au quotidien

les 20% des Arv comme convenu, etc.». C'est en cela que la démarche de CeRADIS, en général, et celle de ce dimanche à Porto-Novo, en particulier, trouve son sens pour réveiller de leur sommeil, tous les acteurs impliqués dans la riposte contre le Vih/Sida au Bénin. Et pour qu'il y ait, à en croire Nourou Adjibadé, une réduction du nombre de personnes infectées, et que dans le rang de celles-là déjà malades, il y ait augmentation du nombre de personnes sous traitement, et une meilleure prise en charge de ces dernières. □



... des pancartes à message fort, de plaidoyer pour l'efficacité de la lutte contre le Sida au Bénin

CÉLÉBRATION DE LA 26ÈME JOURNÉE MONDIALE DE SIDA

L'Ong CeRADIS n'est pas restée en marge de l'événement

À L'INSTAR DE LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE, LE BÉNIN A CÉLÉBRÉ LE 1ER DÉCEMBRE DERNIER LA JOURNÉE INTERNATIONALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA (JMS). L'ONG CERADIS QUI ŒUVRE POUR UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DES POLITIQUES ET PROGRAMMES AU BÉNIN NOTAMMENT, DANS LE DOMAINE DU SIDA A MARQUÉ SA PRÉSENCE AUX MANIFESTATIONS OFFICIELLES QUI ONT EU LIEU SUR L'ESPLANADE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE À PORTO-NOVO.

ELÉONORE DJEGUI (AVEC LA COLLABORATION DE CERADIS ONG)

©Polycarpe TOVIHO



La délégation officielle devant le stand de ceradis



Les jeunes gens brandissant les pancartes

La JMS 2013 a été pour l'Ong CeRADIS une opportunité pour faire passer un certain nombre de messages à l'endroit des décideurs en l'occurrence le ministère de la santé, le Comité National de lutte contre le Sida (CNLS), les autorités administratives et les partenaires techniques et financiers présents à la cérémonie. Il s'agissait pour l'Ong d'attirer leur attention sur les réelles préoccupations de l'Ong portant sur la lutte contre le VIH/Sida au Bénin. « Nous avons voulu focaliser notre attention sur trois préoccupations majeures qui restent des préoccupations propres à notre pays le Bénin » confie le Directeur Exécutif de l'Ong, Nourou Adjibadé. Les préoccupations de l'Ong portent en effet, sur l'application effective de la loi sur le VIH qui, précise-t-il, doit passer par la vulgarisation à grande échelle et mérite d'être prise à cœur comme une priorité. CeRADIS a plaidé pour que les actions à mener dans l'immédiat puissent prendre en compte cette préoccupation.

Le second message de plaidoyer de l'Ong concerne en particulier, le fonds spécial d'assistance aux OEV, particulièrement les enfants mineurs, les personnes vivant avec le VIH/Sida ou qui en sont très affectés et sont aujourd'hui dans l'incapacité d'assumer leurs responsabilités vis-à-vis de leurs enfants. Ce Fonds est prévu dans la loi mais sa création se fait attendre jusqu'à ce jour. Or, ce point

est l'une des recommandations de la 7ème session du CNLS tenue en 2012. Selon le Directeur Exécutif de l'Ong la mise en place de ce fonds est une impérieuse nécessité.

CeRADIS a également fait passer un message sur la mobilisation des financements pour véritablement faire face aux « Création de la lutte d'assistance aux OEV, particulièrement les enfants mineurs, domestiques de l'allocation mobilisées cela va permettre de faire face davantage à la lutte et de mettre beaucoup plus de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral. A terme cela va permettre de réduire très considérablement le virus du Sida » fait-il savoir. On pouvait lire ces messages sur les pancartes réalisés par CeRADIS. « OÙ EN SOMMES-NOUS ? », « Création du Fonds Spécial d'assistance aux OEV : OÙ EN SOMMES-NOUS ? », ces jeunes gens les ont brandit aux cibles visées lors de l'allocation du ministre de la santé. L'Ong CeRADIS a aussi marqué sa présence à travers un stand pour présenter ses activités. On y trouvait entre autres, des affichettes, des préservatifs, des dépliants et les visiteurs ont eu droit à des informations utiles sur le Sida.

CeRADIS a également fait passer un message sur la mobilisation des financements pour véritablement faire face aux contraintes qui font que la lutte n'est pas suffisamment menée au Bénin. Des

explications du Directeur Exécutif il ressort qu'aujourd'hui, pour pouvoir alimenter le Fonds à mettre en place il faut forcément une mobilisation des ressources surtout au niveau interne. « Lorsque les ressources domestiques vont être mobilisées cela va permettre de faire face davantage à la lutte et de mettre beaucoup plus de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral. A terme cela va permettre de réduire très considérablement le virus du Sida » fait-il savoir. On pouvait lire ces messages sur les pancartes réalisés par CeRADIS. « OÙ EN SOMMES-NOUS ? », « Création du Fonds Spécial d'assistance aux OEV : OÙ EN SOMMES-NOUS ? », ces jeunes gens les ont brandit aux cibles visées lors de l'allocation du ministre de la santé. L'Ong CeRADIS a aussi marqué sa présence à travers un stand pour présenter ses activités. On y trouvait entre autres, des affichettes, des préservatifs, des dépliants et les visiteurs ont eu droit à des informations utiles sur le Sida.

explications du Directeur Exécutif il ressort qu'aujourd'hui, pour pouvoir alimenter le Fonds à mettre en place il faut forcément une mobilisation des ressources surtout au niveau interne. « Lorsque les ressources domestiques vont être mobilisées cela va permettre de faire face davantage à la lutte et de mettre beaucoup plus de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral. A terme cela va permettre de réduire très considérablement le virus du Sida » fait-il savoir. On pouvait lire ces messages sur les pancartes réalisés par CeRADIS. « OÙ EN SOMMES-NOUS ? », « Création du Fonds Spécial d'assistance aux OEV : OÙ EN SOMMES-NOUS ? », ces jeunes gens les ont brandit aux cibles visées lors de l'allocation du ministre de la santé. L'Ong CeRADIS a aussi marqué sa présence à travers un stand pour présenter ses activités. On y trouvait entre autres, des affichettes, des préservatifs, des dépliants et les visiteurs ont eu droit à des informations utiles sur le Sida.

explications de tee-shirt au dos duquel se lisait : « Vulgarisation de la loi sur le VIH/Sida au Bénin : où en sommes-nous ? », « Création du Fonds Spécial d'assistance aux OEV : OÙ EN SOMMES-NOUS ? », ces jeunes gens les ont brandit aux cibles visées lors de l'allocation du ministre de la santé. L'Ong CeRADIS a aussi marqué sa présence à travers un stand pour présenter ses activités. On y trouvait entre autres, des affichettes, des préservatifs, des dépliants et les visiteurs ont eu droit à des informations utiles sur le Sida.

explications de tee-shirt au dos duquel se lisait : « Vulgarisation de la loi sur le VIH/Sida au Bénin : où en sommes-nous ? », « Création du Fonds Spécial d'assistance aux OEV : OÙ EN SOMMES-NOUS ? », ces jeunes gens les ont brandit aux cibles visées lors de l'allocation du ministre de la santé. L'Ong CeRADIS a aussi marqué sa présence à travers un stand pour présenter ses activités. On y trouvait entre autres, des affichettes, des préservatifs, des dépliants et les visiteurs ont eu droit à des informations utiles sur le Sida.

26ème Journée de lutte contre le Sida au Bénin

Les autorités en charge de la réponse nationale interpellées.

A l'occasion de la 26ème journée mondiale de lutte contre le Sida, l'esplanade de l'Assemblée nationale a été prise d'assaut par de nombreux acteurs clés intervenant dans la lutte contre l'épidémie : autorités politico-administratives, représentants du système des nations et acteurs de la société civile et aussi et surtout les personnes vivant avec le VIH. Ce dimanche 1er décembre fut donc l'occasion pour tous ces acteurs de se mobiliser autour de la thématique « Objectif zéro : zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au Sida ». Madame Dorothee AKOKO KINDE GAZARD, ministre de la Santé, a fait très brièvement le point des actions initiées par son département tout en soulignant les nombreux défis à relever sur le chantier de la lutte contre le VIH au Bénin. Elle a souligné entre autres défis, l'Élimination de la transmission Mère –Enfant et celui de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH.



Les jeunes venus nombreux célébrer la journée et ...

Quant au représentant des associations de personnes vivant avec le VIH, il a dans un premier temps, axé son allocution sur les ruptures répétées d'arv et de réactifs avant de déplorer le fait que les recommandations issues de la 7ème session du CNLS n'ont toujours pas encore connu un réel début d'application même si la ministre de la santé a fait remarquer dans son discours que c'est la non tenue de la 8ème session du CNLS pour des raisons de calendrier du Chef de l'Etat qui n'aura pas encore permis d'informer l'opinion sur les avancées obtenues dans la mise en œuvre des recommandations.

Cependant le clou des manifestations est relatif aux actions de plaidoyer développées ce jour par l'association CeRADIS qui n'a pas raté cette opportunité de la célébration de la JMS pour attirer une fois encore l'attention des décideurs sur les défis pressants à relever en vue de créer les conditions favorables à une bonne organisation de la riposte.

En effet, CeRADIS avec les autres organisations membres de la coalition ARV ont choisi le moment où la ministre de la Santé démarrait son discours pour s'inviter à la cérémonie en brandissant des affiches portant des messages de plaidoyer à l'endroit des décideurs. On pouvait lire quatre messages importants qui rappellent aux autorités des actions urgentes à mener dans l'immédiat pour créer un environnement juridique favorable au respect des droits humains de chaque citoyen, pour créer les conditions d'une meilleure prise en charge des personnes séro-concernées. Ces messages interpellent les autorités relativement à leur inaction quant à la vulgarisation à grande échelle sur la loi portant sur le VIH au Bénin, à la création et à l'alimentation du Fonds spécial d'assistance prévu à l'article 8 de la dite loi et enfin sur la nécessité de travailler à mobiliser des financements innovants au niveau interne afin de disposer des moyens complémentaires pour combler les gaps.

Une ligne jaune pour l'écoute, et contre la stigmatisation

Pour le directeur Exécutif du CeRADIS, ces revendications ont été retenues sur la base de l'analyse faite des nombreux maux qui minent la qualité de la prise en charge globale des PVVIH au Bénin et il est fondamental, poursuit-il, que ces défis soient relevés le plus rapidement possible afin d'attaquer de front les nombreux autres dysfonctionnements liés à la prise en charge médicale dont la qualité reste médiocre actuellement.

L'occasion fut également propice pour CeRADIS de mieux faire connaître au public et aux autorités ayant visité son stand son dispositif de Relation

d'Aide à Distance la " Ligne Jaune". Cette initiative répond à la nécessité de satisfaire une population qui manifeste le désir d'exposer et de discuter des ses préoccupations de façon anonyme. La ligne jaune est un espace de conversation qui offre à tout citoyen, la possibilité d'obtenir à travers un dialogue individualisé, anonyme et gratuit des informations adaptées à sa compréhension, à sa situation et à ses besoins en matière de Vih-Sida. La ligne dont le numéro est le 96 00 00 01, permet entre autres de partager les préoccupations des Pvvih et de leurs proches et de lutter contre la stigmatisation et l'exclusion des personnes séropositives.

Selon les animateurs présents sur le stand, ce dispositif d'écoute, de conseils, de soutien et d'orientation assure une fonction centrale dans le renforcement et l'extension de la réponse nationale dans la lutte contre le VIH/sida parce qu'il permet à long terme de :

- de promouvoir la prévention primaire et secondaire dans une dimension individuelle et adaptée ;
- de fournir une information de qualité pour un choix éclairé ;
- d'assurer l'orientation vers les réseaux de santé et de prise en charge globale ;
- de contribuer au renforcement de l'offre de soins communautaire et publique ;
- de renforcer l'aide à l'éducation thérapeutique ;
- de contribuer à la lutte contre les discriminations et la stigmatisation ;
- de contribuer à la mise en place d'un observatoire sur les politiques publiques de santé et notamment sur le VIH/sida.

Notons que cette action de plaidoyer développée ce dimanche sur l'esplanade du siège de l'assemblée nationale s'inscrit dans une vaste campagne de plaidoyer initiée par CeRADIS et soutenue par le bureau de la Coopération suisse au Bénin.

**Wilfried NOUBAD avec
la collaboration du CeRADIS-Ong**



... appelant les pouvoirs publics à prendre des mesures hardies contre le Vih-Sida

Thématique 9

**SITUATION DES MEDIATEURS SUR LES SITES DE
PRISE EN CHARGE MEDICALE**

Prise en charge des personnes vivant avec le Vih

Quel sort pour les médiateurs après 2015 ?

Considérée aujourd'hui comme une maladie chronique, l'infection au Vih/Sida, pour être bien prise en charge, nécessite un ensemble de dispositifs dont les médicaments pour les infections opportunistes et les antirétroviraux, les examens réguliers dans le cadre du suivi biologique, l'accompagnement psychosocial, la prise en charge nutritionnelle. A toutes ces étapes, interviennent des ressources humaines dont la présence s'avère indispensable pour une prise en charge adéquate des personnes infectées et affectées. C'est le cas des médiateurs et des médecins. Leur indisponibilité sur les sites compromet la qualité de la prise en charge des PVV.

Par Reine AZIFAN

« Lorsque vous êtes atteint du Vih, lorsqu'on vous l'annonce, vous êtes psychologiquement atteint, vous êtes perdu dans un certain nombre de choses qu'on vous dit », constate Stéphane Ogou, coordonnateur de Gip Esther (Groupe d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau) au Bénin. Une prise en charge rapide et efficace s'impose. Elle fait appel à un ensemble de personnels de santé dont le médecin, le psychologue. Selon le rapport d'observation du Centre de réflexion et d'actions pour le développement intégré et la solidarité (Ceradis Ong) pour la période de mi-janvier à mi-avril 2013 sur 11 sites d'observation, « Il ressort des données collectées que les médecins arrivent après l'heure d'ouverture et ne restent pas sur le site jusqu'à la fin des heures de consultation prévues. Certains limitent le nombre de patients à recevoir ».

Situation sur les sites

Pour Comlan Houessou, médiateur sur le site de Dogbo dans le Couffo, « Le problème de personnel se pose avec acuité sur les sites de prise en charge. Les médecins ont aujourd'hui plus d'activités administratives que de consultations, ils n'ont plus le temps de rester sur les sites et consulter ». Dans ces conditions, le travail est laissé aux infirmiers. Une réalité que ne nie pas le Programme national de lutte contre le Sida (PNLS). Il s'agit d'un problème global qui ne concerne pas que les patients infectés au Vih, reconnaît Ali Imorou Bah Chabi, coordonnateur adjoint du PNLS. Il assure que le processus de recrutement de 50 médecins est en cours mais, nuance-t-il, on ne peut pas espérer que tous soient affectés à la prise en charge des PVV pendant que plusieurs médecins sont admis à la retraite

et que les besoins sont tout aussi importants dans d'autres secteurs. « Ce n'est pas seulement les médecins qui sont appelés à prendre en charge les PVV ; nous autorisons les infirmiers qui sont spécialement formés à cet effet à s'occuper des PVV », explique-t-il.

A en croire Comlan Houessou, « Il y a des sites où depuis près de deux mois, les patients sont en attente d'être mis sous ARV parce que le médecin n'est pas disponible et malheureusement, la seule infirmière qui est là est allée en congés et le site est laissé pour compte ». Cette situation est couramment observée sur plusieurs sites parce que, explique-t-il, « Les infirmiers n'ont pas le droit de mettre les patients sous ARV parce que c'est une étape cruciale qui demande la compétence du médecin ». Il reconnaît que l'avènement du Vih/Sida constitue une activité supplémentaire pour les agents de santé si bien qu'ils n'ont pas le temps de s'occuper des patients. « Quand vous voyez ce qu'on fait pour dire qu'on est en train de consulter les patients, vraiment, on s'amuse avec des vies humaines et c'est très grave », se déssole-t-il.

La situation n'est pas la même sur les 82 sites de prise en charge du Vih/Sida agréés par le PNLS. « Il est noté de janvier à mars 2013 au centre de traitement ambulatoire du CNHU que les médecins ne sont pas présents aux heures de consultations. Quand ils sont là, ils ne s'occupent pas des patients. Au CHD-OP, il est signalé que les médecins sont au poste mais ne sont pas disponibles pour les patients. A Natitingou, au CHD-AD, l'absence et l'indisponibilité du médecin est signalé de janvier à mars 2013. Au niveau des sites des CHD et HZ de Parakou, de Lokossa et de Kétou, aucun dysfonctionnement lié à la présence des médecins n'est signalé sur la période



Mesmin Dossou-Yovo (à gauche) et Stéphane Ogou (à droite) tous de Gip Esther, préoccupés par les statuts des médiateurs

considérée », relève le rapport de l'observatoire de Ceradis. François D. Koukou, président de l'Association des PVV de l'Atacora/Donga et médiateur sur le site du Centre hospitalier et départemental à Natitingou plaide pour qu'à l'instar des médiateurs, et avec l'appui des partenaires, des médecins soient spécialement recrutés pour s'occuper des PVV.

Les médiateurs, acteurs incontournables sur les sites

En dehors des médecins qui jouent un rôle prépondérant dans le suivi des PVV, ces derniers bénéficient également de l'accompagnement des médiateurs. Selon le Rapport national 2012 de suivi de la déclaration politique sur le Vih/Sida, « Les médiateurs sont des personnes concernées ou non qui travaillent tant à l'hôpital que dans la communauté. Ils ont reçu une formation en matière de relation médicale et d'aide. Ils ont un cahier de charges axé sur trois volets essentiels à savoir : aider le patient pour qu'il soit en mesure de prendre soin de lui-même, assurer l'accompagnement psychologique et social des personnes infectées ou affectées, travailler en réseau avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le suivi et l'accompagnement des patients : associations du secteur communautaire, soignants, autres médiateurs, etc ».

Gip Esther est la structure qui gère au Bénin, ce personnel mis à disposition des sites de prise en charge. Avec la fin de la 1^{re} phase du Fonds mondial le 28 février 2013, les médiateurs

ont été remerciés et n'ont été rappelés sur les sites que le 26 août 2013 avec la 2^e phase de la subvention du Fonds mondial. Aux dires du coordonnateur de Gip Esther, Stéphane Ogou, 486 médiateurs sont recrutés comme des prestataires de services pour accompagner les personnes infectées et affectées sur 210 sites répartis sur l'ensemble du territoire national. Dans le cadre de l'accompagnement des PVV, explique Stéphane Ogou, huit psychologues sont recrutés par Gip Esther pour organiser sur les sites de prise en charge et de PTME, les consultations psychologiques des PVV et des OEV ainsi que la supervision des médiateurs au niveau des six anciens départements. « C'est Gip Esther qui s'est occupé des médiateurs jusqu'à l'avènement du round 9 du Fonds mondial où le Bénin a fait l'option de passer cette expérience à l'échelle, donc c'est sur requête du Bénin que le Fonds mondial a accepté de financer ce programme » ajoute-t-il. Si la présence des médiateurs sur les sites de prise en charge paraît aujourd'hui indispensable,

la collaboration entre eux et le personnel de santé n'est pas toujours des plus aisées. François D. Koukou, président de l'Association des PVV de l'Atacora/Donga et médiateur sur le site du Centre hospitalier et départemental à Natitingou souligne des difficultés de collaboration entre les médiatrices PTME et la responsable de la maternité. « Elle ne permet pas aux médiatrices de faire leur travail pour raison de confidentialité », dénonce-t-il. Un comportement qui ne permet pas aux médiatrices de s'acquitter de toutes leurs tâches. « Nous avons été formés et nous sommes là pour une activité bien ordonnée », rappelle François Koukou qui justifie un tel comportement par le manque ou l'insuffisance de formation et de sensibilisation des personnels de santé sur le travail des médiateurs. Il invite tous les agents de santé intervenant sur les sites de prise en charge des PVV à être plus coopératifs. Il plaide pour que des formations adéquates soient organisées à l'intention des infirmiers et autres personnels intervenant sur les sites. Selon les responsables de Gip Esther, les personnels de santé ne sont pas les seuls responsables des difficultés de collaboration avec les médiateurs. Ces derniers aussi en sont pour quelque chose sur certains sites.

En dépit de l'utilité reconnue de leur travail, les médiateurs peinent à avoir un statut. Leur situation évolue au gré du financement des bailleurs de fonds. Dans le cadre du round 9 du Fonds mondial, Gip Esther a été retenu par l'un des bénéficiaires principaux, Plan Bénin, pour gérer ce personnel. Ce que confirme Comlan Houessou qui rassure : « Le problème des médiateurs est réglé pour cette deuxième phase ».

La définition du statut des médiateurs toujours attendue

Le forum sur la santé communautaire tenu en novembre dernier à Cotonou était censé régler le statut des médiateurs souvent assimilés aux relais communautaires au Bénin. Bien que leurs interventions entrent dans le cadre de la santé communautaire, la spécificité du travail en rapport avec le Vih/Sida leur confère un statut autre que celui des relais communautaires. « La spécificité de leur travail ne permet pas de les traiter comme des relais communautaires car il suffit qu'ils entrent dans une maison pour que la communauté se doute qu'il y a une PVV, ce qui risque de renforcer la stigmatisation », fait observer Mesmin Dossou-Yovo, chargé de mission régionale santé communautaire Afrique de l'Ouest à Gip Esther. Le forum était, selon lui, une occasion de légitimer le statut des médiateurs et justifier leur traitement spécial. Mais les gens ne perçoivent pas qu'on puisse payer différemment les médiateurs dont le profil est presque identique aux relais communautaires. Les discussions ayant échoué sur la rémunération des médiateurs, la question de leur statut n'a pu être réglée. A en croire le coordonnateur de Gip Esther au Bénin, Stéphane Ogou, le contrat de prestation de services dont bénéficient les médiateurs prendra fin en septembre 2015. Que deviendront ces centaines de médiateurs à la fin du financement du Fonds mondial ? C'est la question que se posent nombre d'acteurs de la lutte contre le Sida sans avoir la certitude qu'après le Fonds mondial, ces accompagnateurs psycho-sociaux soient intégrés dans un dispositif. C'est dire que la pérennisation de cette expérience reste problématique mais d'ici à 2015, espèrent les médiateurs, les autorités ont le temps de régler ce problème. Pour l'Ong Ceradis, il est de la responsabilité de l'Etat, qui a fait l'option du social en ce qui concerne les médiateurs, de clarifier la situation des médiateurs et de les doter d'un statut.

R.A.



Au-delà de la sensibilisation des populations, la réussite de la lutte contre le Vih/Sida dépend aussi de la disponibilité des médecins sur les sites

ANIMATION DES SITES DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

A la présence mitigée des médecins sur les sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida, le travail qu'accomplissent les médiateurs supplée et offre aux PVV, une attention qui fait oublier, stigmatisation et discrimination.

Quand la vocation des médiateurs interpelle l'assiduité des médecins

Assis autour d'une table empruntée à un épicier, profitant de l'ombrage des grands arbres plantés aux abords de l'hôpital de zone de Ouidah, les six médiateurs dudit centre hospitalier font le point de la mission accomplie la semaine écoulée et planifient celle qu'ils viennent de commencer. Généralement, par rotation, explique Basile Guénanon, infirmier-major audit hôpital de zone, les deux dames et quatre messieurs qui composent l'équipe de médiation sur le site de prise en charge sont présents de 8h30 à 16h30. Ils viennent, complète l'infirmier-major, pour la visite à domicile des personnes vivant avec le VIH, la recherche des patients qui ont perdu l'habitude de fréquenter le site et pour donner des vivres à ceux qui sont malades. Au fond, acquiescent les six, « le médiateur sur un site de prise en charge des personnes vivant avec le VIH est celui qui accompagne le patient sur tous les plans. A savoir, un accompagnement psychosocial, sanitaire et nutritionnel ». Cette mission, selon les statistiques d'août dernier de l'hôpital, ils l'accomplissent en direction des 465 PVVH de la file active. Ceci, non sans difficultés.

Les entraves à la mission des médiateurs

« Nous devons effectuer des visites au domicile des PVVH mais nous n'arrivons pas à le faire pour tous », regrette Blandine Codjia, médiatrice sur le site de prise en charge de l'ONG Racine à Cotonou. Là, infarmit-elle, ils sont cinq médiateurs pour une file active d'environ 1000 patients. Dominique Atchêké, ayant été médiateur sur les sites de Saint Luc à Cotonou et de l'hôpital de zone d'Allada puis maintenant à Ouidah, soutient que ces difficultés ne sont pas uniformes d'un site à un autre.

Sur certains sites se pose le problème de l'accueil du médiateur. On s'en souvient, en 2012, quand il s'est agi de la reprise de l'expérience des médiateurs après la trêve de 2011, à l'hôpital de zone de Calavi, les avis étaient divergents sur le sujet. Les médiateurs paraissaient comme des cheveux dans la soupe. Sur d'autres sites, ce sont les patients eux-mêmes qui donnent du fil à retordre aux médiateurs en refusant de prendre les médicaments, souligne Lucille Assogba, une des six. Or, décrivent d'autres médiateurs joints au téléphone, il faut chaque mois dégager du temps pour produire un rapport dont le contenu est libellé en sept grands points. A savoir, faire part du nombre de visites à domicile ; des séances de groupe puis celles individuelles ; mentionner le nombre de PVVH suivies sur le site ; le nombre d'entre elles perdues de vue ; le nombre de PVVH ramenées sur le site et le nombre de préservatifs distribués. Une obligation dont l'accomplissement, à en croire l'un de ces médiateurs, conditionne le paiement mensuel de la prestation.

Les sacrifices des médiateurs

Chaque médiateur du Bénin perçoit un montant de 60 000 FCFA. Soit 45 000 FCFA comme frais de prestation, 10 000 FCFA comme prime de déplacement et 5000 FCFA comme prime sanitaire, décrit Mesmin Emmanuel Dossou-Yovo, le chargé de mission régionale santé communautaire Afrique de l'Ouest au GIP ESTHER. Mais ces 300 femmes et 186 hommes, médiateurs sur les sites de prise en charge, ne sont pas encore intégrés dans le système sanitaire béninois. Ils sont sans statut, considérés comme des prestataires dont les contrats prendront fin, au meilleur des cas en septembre 2015. Pourtant, ils sont utiles, affirme Basile Guénanon. Cet état

de chose, explique Mesmin Emmanuel Dossou-Yovo, n'a pu être tranché au Forum national sur la santé communautaire tenu à Cotonou du 27 au 29 novembre derniers. L'espoir n'est pas perdu, rassure-t-il. Car, au comité restreint de suivi des recommandations du forum, GIP ESTHER, à savoir le Groupe d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau chargé de la coordination et de la gestion des médiateurs, saisira l'opportunité pour exhorter les acteurs hospitaliers à définir un statut pour le médiateur au Bénin. Ailleurs, renseigne Mesmin Emmanuel Dossou-Yovo, ils sont intégrés dans le système sanitaire national sous le vocable d'accompagnateur ou de conseiller psychosocial.

En outre, à l'opposé de presque tous les travailleurs béninois, le paiement des prestations des médiateurs n'est pas automatique. C'est à partir de la mi-octobre dernier, se rappelle l'un de ces médiateurs joint au téléphone, que les frais des prestations du mois d'août ont été libérés. A propos, docteur Stéphan Ogou, coordonnateur national du GIP ESTHER, s'en défend. C'est l'étude des rapports, clarifie-t-il, qui grignote quelques jours de plus. En effet, ces rapports passent par plusieurs niveaux d'approbation et séjournent au moins trois jours à chaque étape. Ce n'est qu'après cette procédure que l'ordre de virement des fonds est communiqué à la banque et à l'institution de microfinance pour paiement. Ces institutions financières s'offrent deux autres jours pour le traitement des dossiers.

Présence mitigée des médecins sur les sites

Il n'en demeure pas moins que ces médiateurs poursuivent leur mission sur les sites où les médecins-responsables assu-

ment, de leur côté, l'accueil des PVVH. C'est le cas du docteur Elias Glonou, qui toute une matinée, seul, et chaque jour de travail de la semaine, à "Arc-en-ciel" à Cotonou, reçoit les PVVH pour les différentes consultations. De son côté, assisté d'une infirmière, docteur Aldric Afangnihoun, à Suru-Léré à Cotonou, multiplie les allées et venues pour accueillir et accompagner de son bureau, chaque PVVH qui l'attend assis sur le banc en face de la salle de consultation. Même exercice pour le médecin du site de prise en charge de Banikoara, atteste docteur Vidékon Odjo, médecin-coordonnateur des lieux. Seulement, cette situation n'est pas identique sur tous les sites. Courant 2013, l'hôpital de zone de Ouidah n'a plus de médecin.

« Docteur François Assogba, après quinze années sur le site a demandé à être affecté. Le médecin identifié pour le remplacer doit quitter le site du Centre national hospitalier universitaire mais paraît pour l'instant indisposé. En réalité, nous ne voudrions pas remplacer docteur François Assogba par un néophyte pour avoir à reprendre la formation à zéro », argumente docteur Pius Gounadon, directeur départemental de la Santé de l'Atlantique et du Littoral. A l'exception de ces cas, soutient-il, les médecins sont à leur poste même s'il peut arriver qu'ils s'absentent une à deux semaines. Cette assurance donnée par l'autorité départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral risque de ne pas être le cas après 2013. En effet, constate Ali Bah Chabi Imorou, coordonnateur adjoint du Programme national de lutte contre le Sida, « c'est après 10 ans que le Bénin veut recruter 50 médecins et dans le même temps, fin 2013, la plupart de ceux qui sont en fonction seront admis à la retraite ».

Le travail en équipe sur les sites, un

défi que doit relever le ministre

Une situation qui interpelle le professeur Dorothée Akoko Kindé Gazard, l'actuel ministre de la Santé. Notamment, lorsqu'elle-même fait part des dysfonctionnements sur les sites de prise en charge. Principalement, ceux outillés en vue de la prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant. « Quand je suis sur le terrain (les maternités où le protocole de la PTME doit être administré), je pose une question à deux volets aux sages-femmes. Comment fonctionnent le "Traitement préventif intermittent" (TPI) - relatif à la prise en charge du paludisme - et l'administration du protocole de la "Prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant" (PTME) ? Souvent on me dit que "celle qui doit le faire n'est pas là", a-t-elle, en effet, témoigné au cours de la cérémonie de clôture du Forum national autour de l'ETME tenu à Ouidah du 3 au 5 décembre dernier. « Il faut que les formations reçues soient répercutées et que le travail soit fait en équipe », suggérerait-elle. Mais pour que ce souhait ne demeure un vain mot, il faut que le ministre de la Santé aille au-delà de cette exhortation pour renforcer le suivi et faire en sorte que les patients bénéficient effectivement des actes médicaux dont ils ont besoin. C'est d'ailleurs le message que porte Sabine Gbédandé, point focal VIH/Sida à la mairie de Lokossa : « Il est souhaitable que les autorités sanitaires élargissent l'équipe de gestion des intrants au niveau des centres de santé pour un suivi efficace des PVVH. »

Vadim QUIRIN
(Réalisé en partenariat avec CeRADIS ONG et le soutien de la Coopération suisse au Bénin)

Lutte contre le Vih/Sida au Bénin

Les médiateurs attendent une amélioration de leurs conditions de travail

Sans eux, les sites de prise en charge des personnes vivant avec le Vih Sida sont sans vie et les malades du Sida sont sans suivi. Les problèmes auxquels ils sont confrontés sur les sites varient d'une localité à une autre et d'un centre sanitaire à un autre. Malgré les efforts déployés par les partenaires, les médiateurs continuent de se plaindre de leurs conditions de travail. Pour eux, il est temps que l'Etat leur donne un statut.



Le coordonnateur national de Gip Ester, M. Ogou (à gauche) et le coordonnateur régional de Gip Ester, M. Dossou-Yovo

Victorin Fassinou (Réalisé en partenariat avec CeRADIS ONG et le soutien de la Coopération suisse au Bénin)

D'après le Rapport national 2012 de suivi de la déclaration politique sur le Vih/sida, les médiateurs sont formés en matière de relation médicale et d'aide et travaillent tant à l'hôpital que dans la communauté. Ils ont un cahier de charges axé sur trois volets essentiels à savoir : aider le patient pour qu'il soit en mesure de prendre soin de lui-même ; assurer l'accompagnement psychologique et social des personnes infectées ou affectées ; travailler en réseau avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le suivi et l'accompagnement des patients : associations du secteur communautaire, soignants, autres médiateurs. Ils sont les premiers psychologues et soutiens d'une personne chez qui le vih est nouvellement découvert. L'expérience du médiateur, selon le Coordonnateur national de Gip-Esther, Stephan Ogou,

démarrée depuis 2004 au Bénin, a fait passer leur effectif de 25 à 486 médiateurs au plan national. Ils sont actuellement présents sur 270 sites. Les plaintes des médiateurs du Nord au Sud et de l'Est à l'Ouest sur le plan national sont les mêmes. Leurs préoccupations majeures sont, entre autres, le mauvais traitement qu'on leur fait depuis leur prise de service et la non régularisation de leur statut par l'Etat. Dans l'ensemble, ils réclament des creusets d'échanges entre médiateurs pour le partage des expériences vécues sur chaque site et le recrutement de nouveaux médiateurs pour étoffer l'équipe existante. L'autodifficulté à laquelle ils sont confrontés dans l'exercice de leur fonction est la non reconnaissance jusqu'à de leur rôle par certains agents de santé avec qui ils sont souvent en conflit. Pour eux, le salaire est la plus grande motivation du travailleur. Jusqu'à ce jour, ils n'ont pas de salaire. « Nous recevons juste quelques maigres sous à la fin de mois. Nous travaillons dans des conditions

très pénibles et sans le minimum », s'est plaint un médiateur de Ouidah. Les médiateurs béninois estiment qu'ils sont moins payés que leurs collègues des pays de la sous-région comme ceux de la Côte-d'Ivoire, du Burkina et du Mali qui sont à 175.000 FCA. Même si certains reconnaissent que l'Etat, à travers les différentes structures en charge de lutte contre le sida, a fait beaucoup dans ce sens, d'autres estiment qu'ils sont moins bien traités puisqu'ils sont à 60.000 Francs Cfa comme indemnité mensuelle dont 45.000 liés à l'atteinte des résultats, 5.000 pour forfait santé et 10.000 pour déplacement. A l'unanimité, ils attendent une amélioration de leurs conditions de vie et de travail.

Sans médiateurs et médecins sur les sites, la lutte recule

Les médiateurs sont indispensables sur les sites de prise en charge, témoignent les Personnes vivant avec le Vih Sida rencontrées. « Le jour où il n'y aura pas de médiateur sur les sites, ce sera la catastrophe », avertit Tachégnon Bailou, agent de santé à Attada. Tout comme lui, les Pvvih reconnaissent que les médiateurs constituent un maillon très important dans la chaîne de prise en charge au Bénin. Ils jouent le rôle d'intermédiaire entre les malades et médecins ou agents de santé formés dans le domaine. En dehors des médiateurs, la présence des médecins sur les sites de prise en charge est tout aussi indispensable.

Un rapport de l'observatoire de Ceradis a relevé l'indisponibilité des médecins au niveau de certains sites pendant la période de janvier à mars 2013. Selon les explications de Vincent Kpambouragui, médiateur au centre de santé de Boko à Parakou, les médecins sont les agents de santé qui prescrivent les ARV, suivent les malades du point de vue médical et psychosocial. A leur absence ou celle des agents de santé sur les sites et les Centres d'Information, de Prospective et de Conseils (Cipec), les malades sont laissés à eux-mêmes. Conséquence, des pertes en vie humaine sont enregistrées par-ci et par-là. Le suivi biologique qui permet d'adapter les ARV aux différentes formes que prend le virus n'est pas assuré. C'est dire que pendant cette période de non suivi par les médecins, les agents de santé ou les médiateurs, les malades du Vih/Sida développent des infections opportunistes. Le virus évolue sous une autre forme. Certains malades dépérissent. D'autres contractent des maladies très graves. En un mot, même s'il y a les ARV et tous les médicaments possibles, le non suivi des malades par les médecins a de graves conséquences sur la santé des patients. « Nous ne voulons plus nous souvenir des dégâts enregistrés dans nos rangs pendant la période de trêve observée de février à août 2013 », a confié un groupe de Pvvih rencontré à Adjara dans le département de l'Ouémé. Le problème de déficit de personnel médical (médecins) est une préoccupation déjà prise en compte. C'est du moins ce qui ressort des explications

de M. Stéphan Ogou et du Coordonnateur adjoint du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), Ali Imorou Bah Chabi. A en croire M. Stéphan Ogou, soixante médiateurs seront recrutés et formés pour combler le vide constaté sur certains sites à l'instar de celui de Savalou. Concernant le déficit des médecins, Ali Imorou Bah Chabi reconnaît que c'est un problème global qui n'est pas spécifique aux patients infectés au Vih. Il assure que des infirmiers sont spécialement formés et accompagnent valablement les Pvvih sur le terrain. Le souhait des Pvvih est de ne plus revivre la situation d'absence des médiateurs et des médecins ou des agents de santé sur les sites. Raison pour laquelle, elles demandent à l'Etat d'anticiper et de commencer par prendre ses dispositions dès que les accords avec les partenaires viendront à terme.

Pour Gip-Esther, un effort est fait

Pour le Coordonnateur national de Gip-Esther, Stephan Ogou, et le Chargé de mission régionale de Gip-Esther, Mesmin Emmanuel Dossou-Yovo, tous les problèmes évoqués par les médiateurs en passant par la question de rémunération, de traitement, de formation, ... ne sont pas fondés. Il n'y a jamais eu un mauvais traitement des médiateurs au Bénin. Depuis 2004, la rémunération des médiateurs a connu une progression. Elle est passée de 25000 F à 60.000 F aujourd'hui. M. Ogou estime que les médiateurs ne doivent plus se plaindre, encore

moins se comparer à leurs homologues des autres pays. Au Mali, explique-t-il, le diplôme minimum exigé est le Bac. Par contre au Bénin, aucun diplôme n'a été exigé. La seule condition sur laquelle les médiateurs béninois étaient recrutés était de savoir lire et écrire. Les médiateurs, selon lui, sont payés à la mesure de ce qu'ils produisent. Un avis que partage Ceradis Ong qui soutient qu'« Il n'est pas tout à fait juste que les médiateurs du Bénin se comparent à ceux de la sous-région relativement au traitement qu'on leur fait car ils n'ont pas les mêmes profils que les autres ». Il faut signaler que contrairement aux attentes, le forum sur la santé communautaire, tenu en novembre dernier, n'a pas permis de régler la question du statut des médiateurs qui sont assimilés à tort ou à raison aux relais communautaires. Il y a lieu que la question

du statut des médiateurs soit réglée, surtout que le gouvernement s'est approprié l'expérience en la soumettant au financement du Fonds mondial. « Le Bénin a opté pour faire du social, mais cela ne le dispense pas de clarifier la situation des médiateurs et de les doter d'un statut », souligne Ceradis Ong. En attendant le règlement de la question du statut des médiateurs, Stéphan Ogou se réjouit déjà que grâce à l'engagement de Gip-Esther, la situation de ces médiateurs, qui venaient juste travailler sur les sites et en communauté, soit clarifiée depuis le 26 août 2013 où ils sont désormais liés par un contrat de prestation de services.

Prise en charge psychosociale des PvVih

Des menaces sur la fonction des médiateurs au Bénin

Même si aujourd'hui la situation des médiateurs et médiatrices sur les sites de prise en charge des Personnes vivant avec le Vih/Sida (PvVih) au Bénin est apparemment revenue à la normale depuis peu, le pire est à craindre après septembre 2015 avec les risques qui pèsent sur le volet psychosocial de la prise en charge des malades.

Blaise Ahouansè
(Avec la collaboration de
Ceraadis Ong et l'appui de la
Coopération suisse au Bénin)

La prise en charge psychosociale est un maillon important de la politique nationale de prise en charge des Personnes vivant avec le Vih/Sida (PvVih). « Lorsque l'on est atteint du Vih, lorsqu'on vous l'annonce, vous êtes psychologiquement atteint, vous êtes perdu sur un certain nombre de choses qu'on vous dit » justifie Stéphane Ogou, Coordonnateur national de Gip-Esther. La structure en charge de la formation, du suivi et de la gestion, au Bénin et dans 17 autres pays, des médiateurs et médiatrices. Ces derniers sont des acteurs incontournables en matière d'accompagnement psychosocial des PvVih. De 25 au début de l'expérience au Bénin, ils sont aujourd'hui 486 répartis sur 210 sites de prise en charge sur l'ensemble du territoire national. Personnes infectées ou affectées au Vih, les médiateurs et médiatrices sont formés en matière de relation médicale et d'aide et travaillent tant à l'hôpital que dans la communauté. Leurs activités sont, explique Stéphane Ogou, le conseil-dépistage, l'orientation et l'accompagnement des patients sur les sites, l'animation des séances d'Éec de groupe sur les sites et en communauté, la réalisation des visites à domicile de suivi et/ou de recherche d'absents aux soins. « Dans les activités qui s'en sont ajoutées, ils font de la distribution de préservatif, et ils font également de la sensibilisation dans la communauté » ajoute le Coordonnateur.

Les médiateurs dénoncent un mauvais traitement

Dans cette mission, ces personnes ne sont pas contentes du traitement qui leur est accordé. « Nous les médiateurs, nous sommes plus ou moins négligés » signale Eli Yaouré, médiateur sur le site de prise en charge de l'hôpital de zone de Kandi. « Parce que, justifie-t-il, ici par exemple, je suis seul sur le site. Je travaille 7 jours sur 7, comparativement aux autres qui travaillent trois jours, alors que les primes sont les mêmes. Normalement on devrait être trois. Les autres ont démissionné compte tenu de la petitesse des primes. En clair, il y a plus de travail que de primes. » Aujourd'hui, ils sont à 60.000 Francs Cfa dont 45.000 liés à l'atteinte des résultats, 5.000 pour forfait santé et 10.000 pour déplacement. Pour ces médiateurs et médiatrices, il s'agit d'un mauvais traitement quand ils se réfèrent à ce qui est payé à leurs collègues d'autres pays de la sous-région: 175.000

F Cfa au Mali, 80.000 F Cfa plus 25.000 F Cfa de déplacement au Togo.

« Jusque là, nous n'avons pas de contrat officiel avec l'État » renchérit le médiateur du Centre hospitalier départemental de l'Ouémé-Plateau. Depuis 2004 qu'ils ont commencé, ils fonctionnent en prestataires de service. Et même dans ces conditions, ils ont assisté en février dernier, à une rupture de contrat jusqu'en août. Aussi, font-ils face à une sorte de discrimination voilée dans les centres de santé. « Le personnel médical ne prend pas au sérieux les médiateurs » affirme ce médiateur du Chd Ouémé-Plateau. Par contre, Eli Yaouré, informe que dans le Nord-Bénin, ils ont une franche collaboration avec les médecins. « Avec eux, il n'y a pas de problème. On se comprend ».

Gip-Esther clarifie

Aux dires du Coordonnateur national de Gip-Esther, il ne s'agit pas vraiment de mauvais traitement. « Il faut vous dire que nous avons réglé un problème. Jusqu'à la phase 2, c'est des personnes qui viennent juste travailler sur les sites et en communauté. Mais à partir du 26 août passé, ils sont dans un contrat de prestation de services. » A propos de la rupture de contrat, c'est lié aux principes du bailleur. « Lorsque l'on travaille avec le Fonds mondial, on passe de phase en phase. La première phase est terminée le 28 février 2013 où il fallait suspendre toute activité et évaluer cette première phase. Après cette évaluation, on voit si le programme doit continuer ou non. C'est ainsi qu'ils ont eu à avoir l'information qu'ils doivent rester chez eux depuis le 1er mars jusqu'au 25 août 2013. La reprise de la phase 2 pour ce qui concerne les médiateurs, s'est opérée le 26 août dernier. Ils ont commencé leur 2ème phase dans le cadre de la subvention que nous avons avec le Fonds mondial par le biais de Plan Bénin. »

Pour ce qui est du montant de la rémunération, il y a eu plutôt une progression avec les différentes étapes de cette expérience au Bénin. « Le premier financement allait jusqu'à 25000. Lorsqu'ils se sont retrouvés à 150, ça a progressivement évolué vers 40.000. Ce sont des indemnités et non pas des salaires. A la phase 3 où ils sont actuellement, ils passent à 60.000 » clarifie le Coordonnateur.

Mais, si aujourd'hui, ces médiateurs et médiatrices pensent qu'ils ne sont pas bien payés, le Coordonnateur souligne : « Il faut savoir comparer les choses. Ils sont payés à la mesure de ce qu'ils produisent et de ce qu'on peut leur offrir. » Se comparer à leur homologue de la sous-région ne paraît pas juste selon lui,



Stéphane Ogou, Coordonnateur national de Gip-Esther, structure en charge de la formation, du suivi et de la gestion des médiateurs

puisque au Mali, c'est le Bac qui est exigé au minimum alors qu'au Bénin, c'est juste savoir lire et écrire. Un avis que partage l'Ong Ceraadis qui plaide pour que l'État béninois qui a fait cette option, et qui s'est approprié l'expérience, règle au plus tôt la question du statut des médiateurs. Toujours est-il que ces médiateurs continuent d'estimer que leur travail n'est pas récompensé à sa juste mesure. « La PvVih croit en celui qui est comme elle plus qu'en un intellectuel qui a le Bac+2 », soutient l'un des médiateurs de Bethesda à Cotonou. Visiblement parmi les médiateurs, bon nombre sont sur le terrain en attendant qu'une autre porte s'ouvre à eux ailleurs. C'est le cas de Eli Yaouré. « A défaut de ce qu'on veut, on se contente de ce qu'on a. Je suis en train de gérer comme ça en envisageant ailleurs. Si quelque chose de mieux se présentait, je vais désertier comme les autres » avoue-t-il.

Le pire à craindre

Cette question de rémunération accordée aux médiateurs et médiatrices telle qu'elle est débattue aujourd'hui risque de faire de ces acteurs, des laissés pour compte et cette catégorie peut disparaître. « A force de faire des comparaisons on a été obligé de nous retrouver au forum sur la santé communautaire en se disant qu'on allait les inclure dedans » confie Stéphane Ogou. Mais hélas ! Mesmin Dossou-Yovo, chargé de mission régionale Gip-Esther regrette : « Nous sommes revenus de ce forum sans avoir un statut d'abord pour les médiateurs d'aujourd'hui et sans avoir la certitude qu'après le Fonds mondial, ces acteurs puissent être intégrés dans un dispositif. » En effet, c'est un contrat qu'exécute actuellement Gip-Esther avec le Fonds Mondial à travers Plan-Bénin. Et la question de l'intégration de ces médiateurs

et médiatrices dans le dispositif national qui les prend en charge est urgente. Car, rien n'est certain à propos de la reprise du contrat. On craint, à la fin du présent contrat en septembre 2015, qu'ils ne soient encore remerciés.

A l'Etat de jouer

Si aujourd'hui, cette expérience des médiateurs qui a démarré en 2004 au Bénin est passée à échelle (25 à 486) et que le Bénin l'a inscrit dans ses requêtes au Fonds mondial, c'est dire qu'elle a été concluante et l'importance de ces acteurs psychosociaux dans le système de prise en charge des PvVih est prouvée. Il revient au pays de penser déjà à la définition de leur statut et à la pérennisation de l'expérience quand le Partenaire technique et financier (Ptf) ne serait plus disposé à financer. Ce qui soulève encore ici la question de recherche de financements internes innovants pour la lutte contre le Sida au Bénin. Aujourd'hui, l'Etat doit trouver la solution au risque de voir cette

activité de médiation s'arrêter. Et là, ce serait en violation de la loi sur le Sida en République du Bénin en son article 2 qui exige de l'Etat, une assistance particulière en matière de conseils, d'appui psychosocial, ... à toutes personnes infectées. L'absence de ces médiateurs et médiatrices ne serait pas sans conséquence. Et pour preuve, à en croire le médiateur du Chd Ouémé-Plateau, pendant le temps de rupture de contrat, beaucoup de patients ont développé des infections opportunistes, le virus s'est plus développé chez d'autres parce qu'ils ne sont plus suivis. Pour Eli Yaouré de Kandi, « Il y aura beaucoup de décès ». Il s'explique : « Si nous prenons le cas des nouveaux infectés, il y en a d'abord qui refusent d'être pris en charge et ne veulent pas prendre les Arv sous prétexte qu'on ne les reconnaît. Donc le médiateur est obligé de s'entretenir avec eux en faisant des visites à domicile, en leur donnant assez de conseils. Pour l'instant, le dossier reste en entier. »

Disponibilité des médecins, l'autre os dans la gorge

Si il y a une autre situation qu'il faut craindre dans le système de prise en charge des PvVih sur les sites, c'est le cas de ressource humaine de qualité. Notamment le cas des médecins traitants. C'est une question d'ordre général au Bénin. Le secteur de la santé en général, souffre aujourd'hui d'un manque de médecin. Pas du fait que le potentiel n'existe pas dans le pays, mais parce que l'Etat n'en recrute pas autant que le besoin se fait sentir. Mais cette année, il y a une pensée. Peut-être un début de solution à ce problème de non disponibilité de médecin sur les sites de prise en charge des PvVih. Mais déjà, l'option qui paraît plus rapide, apprend-t-on au niveau du Programme national de lutte contre le Sida (Pnls), c'est la formation des infirmiers et infirmières pour la prise en charge aussi des malades du Vih. « Ce n'est pas seulement les médecins qui sont appelés à prendre en charge les PvV ; nous autorisons les infirmiers qui sont spécialement formés à cet effet à s'occuper des PvV », confie Dr Ali Imorou Bah Chabi, Coordonnateur adjoint du Pnls.

ACCOMPAGNEMENT DES PVVIH SUR LES SITES DE PRISE EN CHARGE

Une mission pénible pour les médiateurs

LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH), POUR BIEN VIVRE AVEC LA MALADIE, ONT BESOIN D'ÊTRE ACCOMPAGNÉES. EN DEHORS DU TRAITEMENT POUR LEQUEL L'EXPERTISE DU MÉDECIN EST REQUISE, ELLES BÉNÉFICIENT DEPUIS QUELQUES ANNÉES DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL DES MÉDIATEURS. SI L'UTILITÉ DES MÉDECINS ET DES MÉDIATEURS SUR LES SITES DE PRISE EN CHARGE N'EST PLUS À DÉMONSTRER, ON IMAGINE LES DESAGRÈMENTS QUE PEUT CAUSER LEUR INDISPONIBILITÉ SUR LESDITS SITES.

ÉLÉONORE DJEGUI (AVEC LA COLLABORATION DE L'ONG CERADIS ET LE SOUTIEN DE LA COOPÉRATION SUISSE AU BÉNIN)

A l'initiative des Associations des personnes vivant avec le VIH/Sida de Cotonou et de Porto-Novo, le Groupe d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (Gip Esther) a procédé en 2004 à l'identification des personnes capables de jouer le rôle de médiateur au niveau de cette cible. Grâce à cette initiative, l'accompagnement psychosocial des PVVIH sur certains sites de prise en charge est assuré.

Encore appelés ailleurs, Conseillers psychosociaux, les médiateurs des sites de prise en charge des PVVIH au Bénin ont en effet, dans leurs cahiers de charge, plusieurs rôles à jouer. Il s'agit entre autres, des interventions intra-sites. Ils assurent l'accueil (le conseil pré et post test) sur le site, la médiation entre le soignant et le soigné, au sein des ménages. Ils mènent des activités de sensibilisation, d'information, d'éducation et de communication (IEC), rédigent des rapports à adresser au partenaire. « Le médiateur crée une harmonie au sein des familles des porteurs du virus pour que la personne infectée ne soit pas rejetée de son parent ou du conjoint. Il sensibilise, suit le traitement du patient » témoigne Mme G.M. médiatrice sur le site de Zogbo à Cotonou.

Problèmes réels

Dans l'accomplissement de ses nombreuses tâches, le médiateur éprouve des difficultés. Il est souvent amené à gérer des problèmes de diverses natures : refus des dépistés positifs d'accepter leur statut, refus de certains patients à recevoir les médiateurs à domicile, refus de certains patients à se rendre sur les sites de prise en charge de peur d'être vus ou reconnus, mauvaise collaboration ou collaboration malsaine entre agents de santé et médiateurs, non respect de la confidentialité par certains agents de santé, abandon de traitement. Ils font également face sur certains sites, au problème d'inexistence de local.

À l'hôpital de zone de Kandi, les cas de refus des patients à se rendre sur les sites, de non respect de la confidentialité par l'agent de santé, de rémunération, la recherche des pertes de vue constituent le lot des difficultés auquel est toujours confronté le médiateur Eli Yaouré. Intervenant sur le site depuis deux ans il confie avoir trouvé la situation telle. À cela s'ajoutent les difficultés



Mr. Stephan Ogou, répondant aux préoccupations des journalistes

de collaboration entre médiateurs et personnels de santé sur les sites. Au CHD Borgou à Parakou, rapporte le médiateur Faustin Sévi, la perte de vue des patients et les cas de rechute seraient dus au comportement du médecin qui ne serait pas en odeur de sainteté avec la majorité des patients, des infirmiers et aussi des pharmaciens de l'hôpital. « La situation était meilleure avant l'arrivée de ce médecin qui nous traite comme des serpilières » déclare Faustin Sévi qui intervient dans cet hôpital depuis 2006. Selon ses déclarations, le médecin dont nous n'avons pas pu avoir la version des faits, ne réserve aucun bon accueil aux patients et ne dialogue pas avec les trois médiateurs de l'hôpital. À cause de ce comportement, confie Faustin Sévi, les patients préfèrent s'adresser aux infirmiers qui sont plus courtois et s'occupent bien d'eux.

Faustin Sévi déplore par ailleurs, le manque de local pour la gestion de leurs dossiers. « Nos dossiers se trouvent dans un container. À chaque consultation dans l'une des salles, il nous faut aller tirer le dossier dans le container comme des dockers. Il nous faut une autre salle pour les dossiers » implore-t-il.

Au sujet de cette préoccupation, le coordonnateur de Gip Esther au Bénin Stephan Ogou informe avoir fait un plaidoyer à l'endroit des Directeurs Départementaux de Santé, des médecins coordonnateurs de zone, des référents pour qu'un endroit soit dégagé au pro-

fit des médiateurs des sites pour leur permettre de travailler dans de bonnes conditions parce que sur les sites, les médiateurs sont à l'étroit. M. Stephan Ogou rassure toutefois, que les médiateurs sont légèrement mieux lotis sur les sites partenaires de Esther.

Une indemnité peu motivante

Au regard de la cherté de la vie aujourd'hui et surtout des multiples déplacements qu'effectuent les médiateurs dans le cadre de l'accompagnement des patients, les médiateurs se plaignent de l'insuffisance de la rémunération qui en fait est une indemnité selon M. Stephan Ogou, ils n'en sont pas satisfaits et souhaitent une amélioration du montant qui leur est payé. « Les médiateurs se déplacent beaucoup surtout quand il s'agit de suivre un patient à domicile pour le traitement ou de régler des problèmes liés au VIH dans une famille » confie la médiatrice G.M.

Eli Yaouré pour sa part, déplore une injustice et condamne les défaucations qu'opère Gip Esther sur les indemnités. « Je souhaite que notre rémunération soit revue par le partenaire. Des gens qui ne travaillent pas autant que moi perçoivent le même montant. En plus, lorsqu'on vous remet un lot de préservatifs à distribuer et que lors de la distribution, il manque un préservatif qui n'est pas servi Gip Esther fait des défaucations sur votre rémunération » témoigne-t-il.

Selon M. Stephan Ogou, l'effectif

des médiateurs est passé de 25 en 2004 à 486 aujourd'hui. Leur indemnité a également connu une augmentation passant de 25000 à 60 000 F aujourd'hui dont 5000 F pour foras Santé et 10000 F pour le déplacement. Le critère d'éligibilité des médiateurs est de savoir lire et écrire. « À la fin de la première phase du Fonds mondial, Gip Esther associé avec Plan Bénin, le partenaire principal, une

revalorisation de leur indemnité ce qui fait qu'ils sont aujourd'hui à 60000 F » complète Mesmin Emmanuel Dossou-Yovo, chargé de mission régionale de Gip Esther.

Tout en reconnaissant l'importance du travail qu'ils accomplissent sur les sites de prise en charge, Ceradis Ong estime qu'il n'est pas tout à fait juste que les médiateurs du Bénin se comparent à ceux de la sous-région relativement au traitement qu'on leur fait car ils n'ont pas les mêmes profils que les autres. Si ailleurs c'est le baccalauréat qui est exigé aux accompagnateurs sociaux, au Bénin, il suffit juste de savoir lire et écrire. C'est dire que le Bénin a fait l'option du social mais cela ne le dispense pas de clarifier la situation des médiateurs et de les doter d'un statut, soutient Ceradis. D'aucuns attendaient du forum sur la santé communautaire tenu en novembre dernier, la clarification de la question du statut des médiateurs mais « La question n'a pas été réglée au forum », constate Mesmin Emmanuel Dossou-Yovo qui se réjouit par ailleurs du passage à l'échelle de l'expérience. Qu'advient-il de ces accompagnateurs sociaux à la fin de leur contrat de prestation de services d'ici à septembre 2015 ? Les regards sont tournés vers les autorités en charge de la lutte contre le Sida au Bénin pour le règlement définitif de ce problème.

Des infirmiers formés à la rescousse

Le départ des médecins des sites de prise en charge au terme de la phase 2 du Fonds mondial pendant sept à huit mois, a semé la confusion dans les esprits. Ce départ est mal perçu par les PVVIH et les médiateurs qui ne comprennent pas comment cela peut se passer sans que les dispositions soient prises pour assister les patients dans le besoin. Selon les explications de M. Stephan Ogou lorsqu'on travaille avec le Fonds mondial, on passe de phase en phase. La première phase est terminée le 28 février dernier où il fallait suspendre toute activité et procéder à l'évaluation. Cette évaluation permet de voir si le programme doit continuer ou non. Selon le coordonnateur de Gip Esther, les médiateurs ont été informés de la question. La reprise de la phase 2 pour ce qui concerne les médiateurs s'est opérée le 26 août dernier.

Approché à ce sujet, Dr Amedée de Souza confie pour sa part, qu'au terme du contrat, certains de la dizaine de médecins répartis sur les 82 sites sont partis. D'autres ont continué le travail. Néanmoins, des recrutements sont faits par la suite et le problème ne se pose plus.

Hormis les médecins, informe-t-il, il y a des infirmiers qui sont formés et s'occupent également de la prise en charge des patients sur les sites. « Il n'y a pas de sites construits uniquement pour les personnes vivant avec le VIH/Sida » précise le coordonnateur adjoint du PNLS, Dr Ali Imrou Bah Chabi selon qui le ministère de la santé procède aujourd'hui à la délégation des tâches. C'est dire qu'en dehors des médecins, des infirmiers expérimentés sont formés pour s'occuper des patients en leur absence. « C'est chaque six mois que le patient a besoin du médecin pour le mettre sous traitement et également pour le contrôle. Les autres fois, les infirmiers font la prise en charge normalement telle que ça se passe pour toutes les autres maladies, ajoute-t-il. »

Prise en charge psychologique et médicale des Pvvih

Les médiateurs toujours sans statut en appellent à l'Etat

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé mondiale malgré les progrès qui sont réalisés d'année en année. Au Bénin, la mise en œuvre du dernier cadre stratégique national a permis des progrès considérables dans le domaine de la prise en charge globale. Mais, si le nombre de personnes vivant avec le VIH prises en charge par les ARV ne cesse d'augmenter, la question de la prise en charge psychologique et sociale ne connaît pas d'avancées notables. Les médiateurs toujours sans statut, se plaignent d'un travail d'utilité publique mal rémunéré.

L'impact de la pandémie du Vih/Sida tant au niveau de l'individu infecté, qu'au niveau de sa famille est sans commune mesure. Face à une maladie chronique qui peut parfois entraîner un rejet social, les Pvvih ont besoin d'être soutenus. Beaucoup de spécialistes estiment donc que pour tenir face à l'angoisse du diagnostic et à l'incidence de la maladie et ses complications, la prise en charge psychologique et médicale est nécessaire. Cette prise en charge est une démarche globale et comprend en plus du soutien médical, plusieurs volets : psychologique, spirituel, hygiéno-diététique, social et économique.

Si les médecins et autres agents de santé s'occupent de la prise en charge médicale, leur indisponibilité sur certains sites affecte la qualité de la prise en charge. D'après le rapport de l'observatoire de l'Ong Ceradis pour la période de mi-janvier à mi-avril 2013 sur 11 sites d'observation, « Il ressort des données collectées que les médecins arrivent après l'heure d'ouverture et ne restent pas sur le site jusqu'à la fin des heures de consultation prévues. Certains limitent le nombre de patients à recevoir ». Pendant que l'absence et l'indisponibilité du médecin sont signalées sur certains sites, sur d'autres par contre, aucun dysfonctionnement lié à la présence des médecins n'est signalé. Pour corriger la situation, le Programme national de lutte contre le Sida (Pnls) assure que des infirmiers sont spécialement formés pour s'occuper des patients infectés au Vih. Même si elles s'en accommodent, les Pvvih n'apprécient guère cette situation puisque, selon elles, seul un médecin est habilité à mettre un malade sous ARV.

Quant au volet de la prise en charge des Pvvih, il est confié aux médiateurs. Ils sont aujourd'hui 486 identifiés dans les communautés, formés et mis à disposition de 210 sites de prise en charge par Gip Esther (Groupe d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau). Des 486 médiateurs sur le terrain, 300 sont des femmes choisies dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant (Ptme). L'aide au malade afin qu'il soit en mesure de prendre soin de lui-même, l'accompagnement psychologique et social des Pvvih et Orphelins et enfants vulnérables, sont entre autres missions assignées à ces médiateurs. Ils sont par ailleurs chargés du conseil-dépistage, de l'orientation et l'accompagnement des patients sur les sites, des visites à domicile, et aussi de la recherche des perdus-de-vue. Les médiateurs eux-mêmes travaillent sous l'accompagnement de psychologues. Ces derniers sont chargés de coordonner leurs activités sur le terrain, de leur apporter un appui technique, d'organiser leur suivi périodique, et d'effectuer au besoin des consultations psychologiques sur les sites au profit des Oev et Pvvih.

Les médiateurs se plaignent toujours

Beaucoup d'entre eux estiment qu'ils sont des laissés pour compte, parce que n'ayant toujours pas de statut, et travaillant dans des conditions déplorables. L'une des médiatrices du site de Kowégbo à Cotonou, qui a requis l'anonymat, déplore et dénonce les effets de la grève qui paralyse le secteur de la santé depuis quelques



mois. En raison de cette grève, confie-t-elle, les médecins gynécologues ne sont plus présents à la maternité que les mardis et jeudis. Et même quand ils sont présents, ils ne consentent qu'à se recevoir que dix patientes. Cette situation, poursuit-elle, ne favorise pas une prise en charge effective comme recommandée. Médiatrice/Ptme depuis sept ans, elle reconnaît l'évolution de leur situation et apprécie surtout le rôle de « modèle », qui donne des conseils aux autres femmes. Mais, rappelle-t-elle, les mois sans salaires sont difficiles pour des mères de famille comme elle. Un autre grief, ce sont les difficultés de collaboration entre les anciens et les nouveaux médiateurs recrutés. Elle préconise enfin, que les examens et bilans de santé entrant dans le cadre de la prise en charge soient vraiment gratuits, comme l'exige le paquet minimum. Car les patientes sont obligées de payer plusieurs examens actuellement. A l'hôpital de zone d'Aplahoué, la situation des médiateurs n'est pas non plus des plus reluisantes. Ils se plaignent surtout du salaire qui tombe très tardivement. A cela, s'ajoute le manque de moyens de déplacement pour faire les visites à domicile.

Rompres avec les contrats et établir des statuts

Quand on connaît le poids de la stigmatisation dans la société béninoise, les moyens de déplacement sont importants pour apporter l'aide psychologique à domicile aux patients. A Aplahoué, ils sont 4 médiateurs, dont une Ptme à s'occuper d'environ 15 patients par jour. Même si Ignace Ahouaga, médiateurs depuis 2005, ne se plaint autrement, il exige que des mesures urgentes soient prises afin qu'ils soient payés au plutôt le 5 de chaque mois. Ce qui leur faciliterait énormément la tâche. Au Chd Borgou, ils sont 7 médiateurs, dont 3 Ptme. Par jour, le site reçoit en pédiatrie au moins 30 patientes, et 60 consultations en médecine. Et ici, on ressasse les mêmes difficultés. A savoir, insuffisance de frais de déplacement et de communication, les pannes de machines qui occasionnent les pertes de résultats d'examens (ce qui augmente à terme le nombre de perdus de vue). L'une des médiatrices qui a fait trois années s'estime heureuse dans son métier, parce qu'étant « une personne ressource qui aide les autres ». Mais, elle dénonce les pressions des référents qui

les traitent parfois comme des « esclaves », ou la pression des médecins qui crient sur les malades. Elle souhaiterait que la paye soit revue, et surtout les frais de communication augmentés. Quant à Vincent Kpambouragui, médiateur depuis 2006, et présentement en fonction au Centre de santé de Boko à Parakou, il demande au gouvernement de reprendre à bras le corps la question de la médiation. Selon lui la question du statut est primordiale, et tant que les pouvoirs publics vont la rejeter à plus tard, des problèmes vont persister dans la prise en charge. Il dénonce surtout le fait de faire du bénévolat plusieurs mois, ce qui rejait sur l'efficacité de son travail. Pour Vincent Kpambouragui, le fait de dépendre du financement des partenaires étrangers n'est pas une bonne chose pour le Bénin. Il recommande au gouvernement qui reconnaît par ailleurs « l'importance du travail des médiateurs » d'augmenter leur rémunération et de rompre avec les contrats de quelques mois, pour aller aux statuts.

« Les questions liées à la contractualisation avec les médiateurs et à leur statut juridique font l'objet d'une étude », selon Gip Esther

Selon les responsables de Gip Esther, Stéphan Ogou, Coordonateur national, et Emmanuel Dossou-Yovo, chargé de mission régionale et santé communautaire, de mars 2012 à février 2013, 1320 Pvvih et 863 orphelins et enfants vulnérables ont bénéficié d'au moins une séance d'accompagnement psychologique. 73% de ces 1320 personnes infectées sont des femmes, alors que la seule moitié des Oev accompagnés (48%) sont des filles. La sensibilisation en milieu de soins et dans la communauté effectuée par les médiateurs ont également permis de toucher 1, 06 million personnes dans la même période et plus d'un million de préservatifs ont été distribués. Malgré ces résultats encourageants, beaucoup de défis restent à relever. Il s'agit d'évaluer la qualité des prestations des médiateurs et des psychologues. Il est aussi envisagé d'augmenter l'effectif des psychologues en vue d'une meilleure couverture géographique du pays dans la prise en charge psychologique des Pvvih adultes et des Oev. Un document national de prise en charge psychologique devrait être élaboré pour servir de guide à l'ensemble des professionnels impliqués dans cette activité. Selon, les responsables de Gip Esther, les questions liées à la contractualisation avec les médiateurs et à leur statut juridique font l'objet d'une étude. D'autre part, il est prévu de revoir le système de remontées des données, afin de leur éviter de parcourir de grandes distances pour déposer leur rapport mensuel, et de décharger par la même occasion les psychologues qui consacrent plus de 2/3 de leur temps au suivi des médiateurs.

Réalisé en collaboration
avec CeRADIS-Ong et l'appui de le
Coopération suisse au Bénin

Thématique 10

**ANALYSE-BILAN SUR LES PERFORMANCES
EN MATIERE DE LCS AU BENIN**

Lutte contre le Vih/Sida au Bénin

Epidémie stabilisée mais des dysfonctionnements persistent

Le dimanche 1^{er} décembre dernier, le Bénin à l'instar des autres pays du monde a célébré la Journée mondiale de lutte contre le Sida (JMS). Une occasion pour faire le point du chemin parcouru et des défis qui restent à relever. Où en sommes-nous aujourd'hui dans la lutte contre le Sida au Bénin ? Des progrès ont été certes réalisés mais des dysfonctionnements persistent et risquent, s'ils ne sont pas corrigés, d'hypothéquer l'atteinte des objectifs retenus.

Par Reine AZIFAN

Comme c'est le cas depuis plusieurs années, le thème retenu pour marquer cette journée est « Zéro nouvelle infection, zéro décès lié au Sida, zéro discrimination ». Loïn d'être un simple slogan, ces trois objectifs peuvent bien être atteints si les stratégies appropriées sont mises en œuvre et si des ressources financières subséquentes sont mobilisées pour répondre efficacement aux impératifs de la riposte nationale.

Des avancées...

Avec un taux de prévalence de 1,2% dans la population générale, le Bénin fait figure de pays à faible prévalence du Vih/Sida. Malgré la tendance à la stabilisation de l'épidémie, il

existe des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations clés plus exposées aux risques d'infection, telles que les professionnelles de sexe, leurs partenaires et les prisonniers. Selon le Rapport national de suivi de la déclaration de politique sur le Vih/Sida élaboré en 2012 par le Comité national de lutte contre le Sida (CNLS), plusieurs actions ont été menées dans le cadre de la riposte au plan national. On retient, entre



Malgré les séances de sensibilisation, des dysfonctionnements persistent dans la lutte contre le Vih/Sida au Bénin

autres, sur le plan politique la volonté et l'engagement des autorités au plus haut niveau de l'Etat qui se traduisent par leur participation aux différentes manifestations entrant dans le cadre de la lutte contre le Vih/Sida telles que les sessions du CNLS, les journées mondiales de lutte contre le Sida ; le plaidoyer en faveur de l'élimination de la transmission mère-enfant ; l'engagement du gouvernement à travers l'allocation des ressources financières, matérielles

et humaines pour la lutte contre le Vih/Sida. De même, plusieurs documents ont été élaborés à l'instar du Plan stratégique national 2012-2016 pour définir les orientations stratégiques de la lutte.

...et des dysfonctionnements

La mise en œuvre des interventions repose sur un certain nombre de stratégies, notam-

ment la prévention et les soins et traitements. Cette prévention concerne notamment la prévention de la transmission du Vih par voie sanguine, la prise en charge des IST, la prévention de la transmission mère-enfant, le conseil et le dépistage. A ce niveau, les ruptures de réactifs constatées depuis plusieurs mois sur la plupart des sites ne favorisent pas la disponibilité du dépistage, obligeant les candidats au dépistage à sillonner plusieurs sites ou à déboursier de l'argent avant de connaître leur état sérologique. Même les femmes enceintes ne sont pas épargnées. Leur dépistage pendant la consultation prénatale ne se fait pas toujours en temps opportun faute de réactifs ou à cause des pannes des équipements. Pourtant, la PTME est

retenue comme l'une des stratégies pour atteindre l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME). Grâce à la PTME, la plupart des mères séropositives

suivies mettent au monde des enfants séronégatifs. «Malgré les succès, plusieurs insuffisances sont à noter, à savoir le taux de déperdition des femmes testées séropositives qui reste élevé (43,23% en 2009) et 6% des femmes testées séropositives qui accouchent en absence d'intervention PTME», souligne le Plan stratégique national 2012-2016. Pour les enfants nés de mères séropositives, le diagnostic précoce de l'infection à Vih a démarré, mais n'est pas encore assuré sur toute l'étendue du territoire national. Le suivi biologique des enfants subit les mêmes aléas que chez les adultes à cause des ruptures de réactifs et autres dysfonctionnements.

S'agissant du traitement, il faut rappeler que la politique de prise en charge des personnes vivant avec le Vih (PVV) repose sur la gratuité. Un paquet minimum gratuit de prestations en faveur des patients regroupant les consultations, les bilans de

suivi, les médicaments (ARV et CTM). Cependant, cette politique de gratuité s'applique de diverses manières sur les sites, selon qu'ils soient public, privé ou confessionnel. Pendant que certains sites observent strictement la politique du paquet minimum gratuit, d'autres, face aux ruptures récurrentes d'antirétroviraux, de réactifs et de médicaments contre les infections opportunistes, ont opté pour le maintien de ces services sur fonds propres. Du coup, une contribution forfaitaire est demandée aux patients, ce qui remet en cause la gratuité de la prise en charge des PVV. Les ruptures d'ARV, même si elles ont été atténuées cette année, entraînent souvent des changements de molécules aux PVV et parfois des échecs thérapeutiques dont l'ampleur n'est pas encore évaluée. Au 31 décembre 2012, environ 63.000 PVV sont enregistrés au Bénin dont 23.000 environ sont sous traitement antirétroviral.



Le financement en question

Dans ce contexte marqué par des dysfonctionnements au niveau du système de prise en charge et d'approvisionnement en réactifs et consommables biomédicaux, le suivi biologique et le traitement des personnes infectées prennent un coup. A cela s'ajoute la limitation des ressources financières qui ne favorise pas la mise en œuvre effective des politiques. Plusieurs projets initiés dans le cadre de la lutte contre le Sida au Bénin sont arrivés à terme et les PVV craignent que dans un tel contexte, leur prise en charge ne connaisse davantage de difficultés. La mise en œuvre des orientations contenues dans le Plan stratégique 2012-2016 est estimée à plus de 103 milliards francs CFA. Comment mobiliser ce financement dans un contexte international de crise ? Les autorités en charge de la lutte se veulent rassurantes. Le Fonds mondial, principal partenaire du Bénin dans l'acquisition des intrants thérapeutiques et les autres partenaires sont toujours là pour accompagner le pays. Des réflexions sont également en cours pour mettre en place à l'interne, des financements innovants, aussi bien du secteur public que privé. De leur côté, des organisations de la société civile tel que CeRADIS veillent au grain et font le plaidoyer pour l'amélioration de la qualité de la riposte nationale au Vih/Sida. Vivement que toutes ces initiatives aboutissent à des résultats satisfaisants pour qu'à terme, et PVV, et personnes affectées par le Vih, et toute la population en général, ressentent l'impact des actions engagées !

R. A.

RIPOSTE JUDICIEUSE CONTRE LE VIH/SIDA AU BÉNIN

Le sort des enfants infectés par le VIH/ SIDA au Bénin et le leadership du chef de l'Etat, en sa qualité de président du Comité national de lutte contre le VIH/ SIDA, sont les questions majeures à résoudre si l'on veut baisser le taux de prévalence « stabilisé » à 1,2% au sein de la population générale.

Le leadership du chef de l'Etat et le sort des enfants infectés, l'équation à résoudre

Difficile d'arracher 9 à 10 heures de temps sur les 24, au chef de l'Etat, pour qu'il se penche sur la situation des personnes vivant avec le VIH, en sa qualité de président du Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS). En effet, prévue pour se tenir courant octobre 2013, à l'instar de l'année passée, la session annuelle du CNLS espère, depuis deux mois, la disponibilité du président dudit Comité pour lancer les travaux. La preuve, le lundi 7 octobre dernier, répondant aux préoccupations des journalistes, très fier et confiant, un membre du comité d'organisation soulignait « Tout est en bonne voie. Nous sommes presque prêts. La communication est même déjà passée en conseil des ministres et a été approuvée. Nous aurons deux jours de travaux dont une journée d'atelier des experts pour valider le rapport d'activités puis une séance plénière que présidera éventuellement le chef de l'Etat ». Or, on observe que depuis la date de cette déclaration à ce jour, pour une rencontre statutaire, dont on imagine le rendez-vous ayant été pris depuis le début de l'année, les choses piétinent, à la barbe du président du CNLS.

Les décisions bloquées

Certains pourraient soutenir que cette indisponibilité du chef de l'Etat n'entrave

en rien la bonne tenue des travaux. Compte-rendu pourrait même lui être fait. Seulement, des actes rappellent que la présence du chef de l'Etat, président du CNLS, siégeant aux travaux à l'instar de ses homologues qu'il accueille majestueusement au Bénin pour au moins 48 heures, donne un coup de pouce aux décisions à prendre et par ricochet à la lutte contre le VIH/ SIDA. La preuve, en 2012, au regard des présentations faites des défis soulignés, il n'a pas hésité à porter le montant du budget national alloué à la lutte de 500 millions à deux milliards de FCFA. Ce qui a permis au pays de réduire, un tant soit peu, les risques de rupture d'antirétroviraux en 2013. D'ailleurs à propos, s'est réjoui Ali Imorou Bah Chabi, coordonnateur adjoint du Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), « le gouvernement a joué sa partition. Les fonds ont été débloqués ». Des organisations non gouvernementales, comme le Centre de recherches et d'actions, de développement intégré et de solidarité (CeRADIS), ont salué cette promptitude du gouvernement et ont donné de la voix, espérant la tenue de la session d'octobre 2013, pour que ce dernier double la mise. C'est-à-dire, porter l'appui budgétaire à quatre milliards de FCFA. Mais, tous ces espoirs sont en train d'être estompés par la simple indisponibilité du président du CNLS.

En clair, la présence du chef de l'Etat permet de prendre les décisions majeures et même, celles banales. C'est le cas du refus essuyé par la presse qui voulait avoir accès au rapport d'activités du CNLS et apprécier les avancées en matière de mise en œuvre des recommandations issues de la session annuelle de 2012. Ce simple travail des hommes des médias n'a pu être fait parce que le secrétariat du CNLS laisse avant tout la primauté à son président qui semble avoir du mal à inscrire comme priorité dans son agenda, la lutte contre le VIH/ SIDA.

Les actions à entreprendre

Pendant ce temps, le virus ne s'impatiente pas. Au milieu des couches les plus exposées, à savoir les travailleuses de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les femmes, les personnes qui s'injectent les drogues, le taux de prévalence demeure inquiétant. Près de 20 travailleuses de sexe sur 100 continuent d'être infectées par le VIH, selon une récente étude de l'Organisation du corridor Abidjan-Lagos effectuée au Port de Cotonou. En outre, selon des propos des responsables de l'ONUSIDA rapportés par Marie-Joseph Aclassato, directrice exécutive de l'Association béninoise de droit et de développement (ABDD), le Bénin doit évoluer avec le concept « stabilisation du taux de prévalence à 1,2% au sein de la population générale pour aller à la totale réduction du taux ». Egalement, a relevé Nourou Adjibadé, directeur exécutif de CeRADIS-ONG, au cours d'une conférence de presse le mardi 26 novembre dernier à Cotonou, depuis sept ans que le président du CNLS a promulgué es-qualité président de la



« Quel que soit le coût, nous devons arriver à l'élimination de la pandémie », s'est engagé depuis Djougou, le chef de l'Etat, le dimanche 1er décembre dernier, journée mondiale de lutte contre le SIDA

République, la loi n°2005-31 du 10 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/ SIDA en République du Bénin, le dernier alinéa de l'article 8 n'a pu être mis en application. Cette disposition prévoit que soit « créé un fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de SIDA. Un décret pris en conseil des ministres en fixera les modalités de création et de fonctionnement ». Du 10 avril 2006 au 30 novembre 2013, le président du CNLS, président de la République, n'a pas encore signé un tel décret.

La communauté internationale comme réponse au sort des enfants infectés

Or, face aux contraintes souvent incompréhensibles du mécanisme de financement extérieur du VIH, il faut un fonds spécial au niveau national, soutient docteur Gualbert Montcho. Ce dernier est pharmacien de formation et est constamment confronté aux difficultés en cas d'acquisition d'antirétroviraux, notamment au profit des enfants infectés par le VIH/ SIDA. Il pense que l'existence d'un fonds pourrait

suppléer aux dysfonctionnements. Son collègue médecin, docteur Aldric Afangnihou, au contact permanent avec les patients, caricature les conséquences de ces couacs sur le terrain : « La prise en charge des enfants infectés par le VIH/ SIDA demeure le parent pauvre ». Pour éviter que cette situation ne perde au point où il n'y aurait plus d'enfants infectés par le VIH/ SIDA, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'ONUSIDA, l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS), doivent conjointement se pencher sur la question spécifique de la disponibilité des intrants pédiatriques au profit des pays en voie de développement. Le cas échéant, ces Etats compteront les prochaines années, plus de décès dans la population infantile, plus d'enfants qui vont grandir, marqués par la stigmatisation et dans une jeunesse sexuellement active, qui demeureront des poches de propagation du virus.

Vadim QUIRIN avec la collaboration de CeRADIS-ONG sur le soutien de la coopération Suisse



Depuis sept ans que le président du CNLS a promulgué, es-qualité président de la République, la loi sur le VIH/SIDA, le dernier alinéa de l'article 8 n'est pas encore effectif

Le ministre de la Santé défend le chef de l'Etat

La lutte contre le VIH/ SIDA est placée sous le leadership du chef de l'Etat », a reconnu le dimanche 1er décembre dernier, Dorothée Akoko Kindé-Gazard, ministre de la Santé. Intervenant ainsi lors des manifestations officielles au niveau national de la 26ème journée mondiale de lutte contre le SIDA, sur l'esplanade de l'Assemblée nationale, le ministre de la Santé a rassuré que ce

leadership du chef de l'Etat ne fait pas défaut. La preuve, a-t-elle martelé, le budget alloué pour la lutte en 2013 a augmenté et 2014 ne sera pas en reste. Mieux, a-t-elle insisté, la 8ème session du Comité national de lutte contre le SIDA n'a pas encore eu lieu, parce que le chef de l'Etat a souhaité participer personnellement aux travaux. Comme si ce dernier la suivait depuis Djougou, il confirme que

son leadership ne sera pas marchandé. « Quel que soit le coût, nous devons arriver à l'élimination de la pandémie », s'est-il, en effet, engagé. Il a aussi promis œuvrer pour la mobilisation de 100 milliards de FCFA pour atteindre les objectifs « zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au VIH », d'ici 2015.

V.Q.

Lutte contre le Sida au Bénin

Il est temps que l'Etat béninois joigne l'acte à la parole

La manière dont la lutte contre le Sida au Bénin se mène n'est pas du goût des bénéficiaires de premier plan, les Personnes vivant avec le Vih (Pvvh). Partout, c'est à des grincements de dents qu'on assiste. Et pour cause, les promesses de l'Etat ne sont jamais tenues. Tel que les choses évoluent, l'on est tenté de dire que l'Etat n'a pas encore pris au sérieux la lutte contre le Vih Sida, une question majeure de santé publique et de développement.



Victorin Fassinou (réalisé avec la collaboration de l'Ong CeRADIS et le soutien de la Coopération suisse au Bénin)

Quand on parcourt les documents élaborés et validés pour aller contre cette pandémie au plan national, le contenu est très riche et augure d'une bonne lutte. Mais hélas ! En passant par le cadre Stratégique national de lutte contre le Sida, les recommandations des différentes sessions, en l'occurrence celle de l'année 2012, les choses sont toujours à l'étape de plaidoyers et de promesses. La situation que vivent les Personnes vivant avec le Vih (Pvvh) est triste.

Les rapports disponibles sur la lutte contre le VIH/sida au Bénin ainsi que les constats faits sur les sites de prise en charge montrent que malgré une augmentation substantielle du nombre de personnes ayant accès aux soins et traitements, cet accès reste marqué par : des ruptures récurrentes dans la disponibilité des ARV et des médicaments pour traiter les infections opportunistes ; des ruptures fréquentes dans la disponibilité des examens biologiques ; des problèmes dans l'opérationnalisation des sites de prise en charge pour des raisons liées au plateau technique (absence ou panne des équipements) voir de disponibilité du personnel médical et d'accompagnement sur les sites ; des problèmes dans la qualité des soins et traitements sur les sites de prise en charge. Ce diagnostic n'est pas de nature à permettre au Bénin d'atteindre l'objectif « Zéro ». Depuis plus d'un an, les Personnes

vivant avec le Vih Sida (PVVIH) souffrent le martyre à cause du problème de rupture des réactifs couplé avec la panne des appareils de laboratoire qui se pose avec acuité.

La prise en charge, une calamité

Cette situation de rupture de stock de réactifs sur les sites n'est pas sans conséquence sur la santé de ces PVVIH. Une situation déplorable. Le suivi des PVVIH est conditionné au résultat du bilan périodique qui se fait tous les six mois. Pour défaut de moyen, bon nombre de PVVIH n'arrivent plus à faire tous les examens contenus dans le bilan ; puisque désormais, il faut déboursier jusqu'à 12.000F sur certains sites pour faire l'ensemble des tests que comporte ce bilan. Les conséquences sont néfastes. Le suivi biologique permet d'adapter les ARV aux différentes formes que prend le virus. Donc pendant la période de non suivi ou de rupture d'ARV, les malades du Vih/Sida développent des infections opportunistes. Le virus évolue sous une autre forme. Certains malades dépérissent. D'autres contractent des maladies très graves. La rupture des ARV et le non suivi des malades ont de graves conséquences sur la santé des patients. La situation de rupture de stock des réactifs connaît dans les prochains jours un dégel, ont tout le temps promis les responsables du Pns.

Outre la prise en charge médicale, le virus de la promesse non tenue a aussi atteint la prise en charge psychosociale. La création d'un fonds national d'assistance aux PVVIH prévue à l'article 8 de la loi n°2005-31 du 5 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du Vih Sida en République du Bénin tarde à se concrétiser. Il suffit de faire un tour sur les sites de prise en charge et d'écouter les Pvvh pour comprendre que l'Etat béninois accorde peu d'importance à la mise en application de cette loi. L'une des raisons

qui sous-tendent la nécessité de création de ce fonds est que la plupart des PVVIH sont très démunis et vivent dans une grande précarité. Bon nombre des PVVIH rencontrés sont des gens qui ont perdu leur emploi à cause du Vih. Ce Fonds participera à la réinsertion dans des activités génératrices de revenus de ces personnes qui, à cause de la maladie, sont aujourd'hui incapables de faire face à leurs besoins vitaux. L'autre difficulté, les PVVIH ne sont pas prises en compte en ce qui concerne le fonds des indigents dans les centres sanitaires comme le CNHU.

Le slogan de l'Etat serait-il une utopie ?

La Prévention de la Transmission Mère/Enfant du VIH (PTME) qui se fait au Bénin n'est pas encore celle qui contribuera à l'Élimination de la transmission Mère/Enfant. Un slogan lancé par le Gouvernement béninois depuis bientôt deux ans et réitéré encore lors des travaux de la 7^e session du Comité national de lutte contre le Vih en octobre 2012. Les acteurs intervenant dans le domaine orient déjà à une promesse non tenue de la part de l'Etat. L'idéal pour eux serait de voir l'acte accompagner la parole concernant ce plan de la lutte. La Prévention de la Transmission Mère à Enfant du VIH (PTME) qui se fait au Bénin est depuis deux ans parsemée d'embûches. Il n'y a plus de réactifs pour dépister les femmes enceintes lors de la première consultation prénatale dans les centres de santé publiques des zones sanitaires de l'Atlantique/Littoral, depuis 2012. Les médiatrices évoquent même le manque de kits PTME sur certains sites. Or la PTME est l'une des priorités du Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2007-2011 et celui de 2012-2016. Une volonté affichée certes, mais les moyens ne suivent pas. Dans ces conditions, on se demande si le slogan du Chef de l'Etat « Plus d'enfant né infecté du Vih Sida » n'est pas de l'Utopie.

Tout comme chez les adultes, la prise en charge globale des enfants porteurs du Vih (médicale, psychologique, etc.) est confrontée à plusieurs difficultés. Les problèmes varient d'un centre de santé à un autre et d'une localité à une autre. Au Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (Cnhu-Hkm), la consultation des enfants porteurs du Vih Sida est payante. La prise en charge des enfants nés de mères séropositives dans ce grand centre de référence au plan national n'est pas totalement gratuite. Une mère séropositive désireuse de faire consulter son enfant est obligée de payer 6.000 F CFA. Une situation que bon nombre de personnes vivant avec le Vih Sida, leurs associations et bien d'autres gens déplorent. Des témoignages recueillis auprès des Pvvh font état de ce que cette situation est une entrave majeure à la lutte contre le Vih Sida au Bénin. Dans ce cas, seuls les

parents aisés s'en sortent. Concernant la prise en charge nutritionnelle, des sites de prise en charge sont dans l'incapacité de répondre aux besoins nutritionnels pédiatriques. Les enfants des parents qui n'ont pas de moyens pour faire face à ces exigences nutritionnelles succombent après plusieurs complications.

Un grand drame si les partenaires étrangers lâchaient le Bénin

L'Etat béninois dépend des partenaires étrangers en matière de financement de la lutte contre le Sida ; de la prise en charge médicale à la prise en charge psychosociale, l'apport du Bénin est très négligeable. Pour l'approvisionnement en ARV, l'Etat avait pris l'engagement d'assumer 20%. Ce qui n'est jamais fait. Les PVVIH craignent que le jour où les partenaires vont abandonner le Bénin, le pays ne connaisse une catastrophe ;

puisque l'Etat ne respecte jamais le peu d'engagement qu'il prend. La mobilisation des ressources internes et les financements innovants dont on parle depuis plusieurs années tardent à se concrétiser. Plusieurs options ont été jugées, par exemple le prélèvement de taxes spéciales sur la consommation téléphonique via le GSM ; mais depuis, rien. Dans un contexte mondial où les financements extérieurs se font de plus en plus rares, il y a lieu pour le Bénin de prendre ses responsabilités ; surtout que la question du Sida n'est plus aujourd'hui une simple question de santé publique, mais une question de développement. Vivement que les appels des Pvvh et des organisations de la société civile soient entendus pour que, au-delà de la stabilisation de la prévalence de l'infection, le Bénin amorçe enfin l'inversion de la tendance.



Riposte nationale contre le Vih au Bénin

Les pierres d'achoppement à la lutte contre le Sida

La lutte contre le Vih/Sida au Bénin, en dépit de son âge adulte, bientôt trois décennies, semble condamnée à faire du surplace, ou à ne pas faire de grands pas, parce que phagocytée par des maux qui la rongent et apparemment plus têtus que le Vih même.

Blaise Ahouansè

(Avec la collaboration de CeRADIS Ong et le soutien de la coopération suisse au Bénin)

Cela fait 26 ans déjà que le Bénin mène des activités de lutte contre le Vih/Sida. Et ce, à travers plusieurs plans périodiques de riposte nationale à cette maladie. Des plans dont les attentes tournent autour de l'arrêt de la discrimination des personnes infectées, de la propagation de la maladie et des dégâts dont les décès dus à la maladie. Plus de 25 ans après, ces idéaux demeurent des idéaux, un rêve presque inaccessible dont la conversion en réalités se confronte à des difficultés qui ont la peau dure. A passer au scanner le chemin à parcourir par le Bénin pour atteindre l'objectif «Zéro nouvelle infection, zéro décès lié au Sida, zéro discrimination» fixé par l'Onusida, on se rend compte qu'il est rocailleux, jonché d'embûches.

Primo, la prise en charge, facteur important de la lutte

contre le Sida a du plomb d'ans l'aile. Bien que gratuite, la prise en charge médicale des PvVih souffre de plusieurs insuffisances, ce qui constitue un frein à l'objectif «Zéro décès dû au Vih Sida». S'agissant de la prise en charge des enfants, des spécialistes expliquent que le système immunitaire de l'enfant n'est pas encore suffisamment huilé pour faire front aux antigènes responsables du Sida, il s'impose de reconnaître que l'enfant est biologiquement plus vulnérable à la maladie. La pauvreté aidant, les familles qui n'ont pas les ressources financières pour supporter les charges de leur enfant devront le voir mourir à petit feu. Quant à celle des adultes, il se pose le problème de rupture des Arv. Les conséquences sur le suivi biologique des PvVih et la qualité du traitement sont dramatiques. Tout comme le CD4, il y a d'autres tests obligatoires auxquels le malade est soumis dès sa mise sous traitement. Quand la PvVih manque une seule fois de prendre un médi-



Le Président Boni Yayi, Président du Cnls, face à une lutte contre le Sida dont l'avenir reste sombre au Bénin

cament ou le prend avec retard, cela lui crée des problèmes. Son organisme peut commencer par développer des résistances. Et c'est ce qui occasionne les échecs thérapeutiques. A cela s'ajoute le problème de récurrence des pannes au niveau des appareils de laboratoire déjà vétustes. L'un dans l'autre, la PvVih déçue, fatiguée des rendez-vous reportés de consultations et prises des Arv, découvre les sites, et va se cacher pour mourir. Mais, le fond du problème de la prise en charge est également à rechercher

ailleurs. C'est en réalité l'absence de volonté politique qui explique les ruptures répétées d'Arv et les problèmes logistiques qui entravent l'effectivité de la prise en charge des PvVih. Plus de 80% du financement de la lutte contre le Sida au Bénin, proviennent de l'extérieur avec des partenaires qui imposent leurs règles. Le gouvernement béninois non seulement consacre peu de moyens au problème, mais n'affiche pas véritablement un intérêt à la vie des PvVih. A titre illustratif, le président de la

République en sa qualité de président du Comité national de lutte contre le sida (Cnls), n'a présidé les sessions annuelles du Comité que l'année dernière depuis bientôt 7 ans qu'il est au pouvoir. La contribution de l'Etat béninois au budget du Pnls est passée à 2 milliards seulement au titre de l'année 2013. Ce qui montre que le Bénin reste tributaire de financement extérieur en matière de la lutte contre le Vih. Aussi, faut-il le rappeler, la Prévention de la transmission mère-enfant (Ptme) et la prise en charge pédiatrique peinent à se concrétiser à cause des mêmes problèmes.

Secundo, en ce qui concerne la lutte contre la discrimination des PvVih, il s'avère que les barrières sociologiques et les préjugés continuent de la miner. Le Sida, quand son existence est reconnue – ce qui n'est pas toujours le cas – est souvent associé à la mort. Et donc la personne infectée est vue comme le porteur ambulante de la mort avec qui il ne faut pas avoir à faire. Mais à ce niveau, les PvVih aussi partagent la responsabilité de la discrimination. Elles s'intègrent difficilement dans la société, se voient diminuées par rapport aux

autres et s'excluent toutes seules.

Tertio, l'enjeu du «Zéro nouvelle infection au Vih» s'apparente à une utopie. L'Oms dans sa publication en prélude à la Journée mondiale du Sida (Jms) le 1er décembre prochain, a alarmé de la recrudescence des infections chez les adolescents de la tranche de 10 à 19 ans. Au total 2,1 millions nouveaux porteurs du Sida ont été recensés pour le compte de l'année 2012. Et à en croire l'Oms, la précarité de la prise en charge risque d'aggraver la situation. Ce constat général de l'Oms ajouté aux nombreuses observations ici faites, montrent que le chemin est encore long et il faudra que le gouvernement béninois ménage sa monture. Le Sida n'étant plus seulement une question de santé publique mais de développement, il y a lieu de revoir les choses. Si le Bénin a réussi à stabiliser la prévalence de l'infection depuis plusieurs années, le moment est venu d'inverser la tendance et au-delà des slogans et autres déclarations d'intention, il faut la mobilisation de ressources conséquentes et l'implication de tous. □

LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU BÉNIN

L'application de la loi comme solution !

TOUTE INITIATIVE OU ENTREPRISE, AUSSI NOBLE SOIT-ELLE, N'EST PAS SANS DIFFICULTÉ. IL Y A TOUJOURS DES OBSTACLES À UN NIVEAU DONNÉ QU'IL FAILLE SURMONTER POUR ATTEINDRE LE BUT OU L'OBJECTIF VISÉ. LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU BÉNIN EN EST UNE ET L'APPLICATION EFFECTIVE DE LA LOI APPARAÎT COMME LA SOLUTION IDOINE.

CLÉONORE DJEGUI (AVEC LA COLLABORATION DE L'ONG CERADIS ET LE SOUTIEN DE LA COOPÉRATION SUISSE AU BÉNIN)

Depuis la découverte du premier cas de virus du Sida au Bénin l'Etat s'est engagé à combattre cette maladie, au départ, affligeante et humiliante. Avec l'aide des partenaires techniques et financiers, des actions de sensibilisations, de dépistage, de prise en charge médicale, nutritionnelle et psychosociale sont menées sur le territoire national par le gouvernement. Il est accompagné de plusieurs organisations non gouvernementales dont l'Ong CeRADIS, qui apportent leur contribution à la lutte contre le VIH/SIDA pour éviter la propagation du virus et permettre au gouvernement d'atteindre son objectif. Grâce à la multiplication des actions et à l'accessibilité des intrants sur les sites le Bénin est aujourd'hui, à un taux de prévalence stabilisé à 1,2% au sein de la population générale.

Mais l'amenuisement des ressources financières a entraîné une pénurie des intrants au plan national notamment, les réactifs pour le dépistage et quelques molécules mettant ainsi le gouvernement et les bénéficiaires en difficulté.

Les rapports disponibles sur la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin ainsi que les constats faits sur les sites de prise en charge montrent que malgré une augmentation substantielle du nombre de personnes ayant accès aux soins et traitements, cet accès reste marqué par : des ruptures récurrentes dans la disponibilité des ARV et des médicaments pour traiter les infections opportunistes; des ruptures fréquentes dans la disponibilité des examens biologiques ; des problèmes dans l'opérationnalisation des sites de prise en charge pour des raisons liées au plateau technique (absence ou panne des équipements) voir de disponibilité du personnel

médical et d'accompagnement sur les sites ; des problèmes, dans la qualité des soins et traitements sur les sites de PEC.

Conséquences, le traitement ne se fait plus correctement exposant des PVVIH aux décès liés au VIH. Des femmes enceintes ne se font pas dépistées à temps par manque de réactifs d'où des naissances séropositifs. Des porteurs de virus qui s'ignorent continuent de propager le virus. Des couples désireux d'aller au mariage n'arrivent pas sur certains sites comme à Dogbo à se faire dépister pour le VIH pour cause de manque de réactifs. Certains se décident à se mettre ensemble sans faire le test prénuptial. Grâce à des acrobates terribles des personnes vivant avec le VIH/SIDA sous traitement sont médicalement pris en charge. La gratuité de la prise en charge médicale ne l'est plus véritablement

partout puisque certains patients sont obligés de payer pour des examens prévus dans le paquet minimum.

donnant lieu à l'accroissement du nombre de nouvelles infections.

Approches de solution

Le Plan Stratégique National (PSN) 2012 - 2016 qui représente le document d'orientation de la réponse nationale au VIH au Bénin s'appuie sur la vision selon laquelle l'accès universel à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien est assuré au Bénin dans le respect des droits humains et l'impact attendu du nouveau Plan stratégique dans le domaine de la prévention est de réduire de 50% les nouvelles infections. Mais le constat aujourd'hui, sur le terrain ne rassure guère de l'atteinte de cet objectif.

Hormis le Fonds Mondial,

En plus de tout ce qu'elles subissent en ce qui concerne leur traitement, les PVVIH continuent de faire objet de stigmatisation et de discrimination parce que la loi qui les protège est méconnue de la majorité de la population. Cette stigmatisation a entraîné le non partage de résultats entre les conjoints, le divorce ou les rejets de certaines femmes qui osent le faire. Pour ce faire, la propagation du VIH se fait également à ce niveau

unique partenaire restant, le gouvernement est pratiquement seul à faire face actuellement au financement de la lutte contre le Sida. Grâce au leader-

ship du Chef de l'Etat, l'espoir né au lendemain de la dernière session du Comité national de lutte contre le Sida commence par s'estomper et pour causes. Les multiples engagements pris tardent à se concrétiser, ce que les PVVIH n'ont pas manqué de souligner lors de la célébration le 1er décembre dernier de la Journée mondiale de lutte contre le Sida. Beaucoup d'efforts restent encore à fournir en vue de parvenir à l'objectif « zéro nouvelle infection, zéro discrimination, zéro décès » de l'Onusida que le Bénin s'est approprié.

Au-delà d'un problème de santé publique, le VIH/SIDA est aujourd'hui considéré comme un problème de développement dans le monde. Aucun Etat ne peut donc prétendre se développer en ignorant cette épidémie qui décime surtout la population active (les 15 à 49 ans). Le gouvernement du Bénin doit donc faire de la lutte contre le VIH/SIDA une priorité. Il l'a sûrement compris pour avoir porté cette année le budget du PNLS de 500 millions à deux milliards FCFA. Il s'évertue également à mobiliser les ressources nécessaires pour la construction d'une unité de fabrication des Antirétroviraux au Bénin. Le projet de construction d'une usine de fabrication d'ARV dans la sous-région, pour lequel des réflexions sont en cours, aidera aussi à résoudre le problème de pénurie si le projet arrivait à se concrétiser. Car au regard de la situation actuelle, il importe de rendre disponibles les intrants et de responsabiliser les PVVIH par rapport à la gestion des intrants.

Selon des PVVIH, la population aussi, dans un élan de solidarité, doit contribuer au financement de la lutte. La mobilisation des ressources intérieures, aussi bien du secteur public que privé s'impose.

Lutte contre la pandémie du Vih/Sida au Bénin

Les insuffisances de la stratégie nationale

Le gouvernement béninois s'investit de plus en plus dans la riposte au Vih-Sida. Mais ses actions toujours diffuses, restent insolubles dans un océan de dysfonctionnements. Et, au-delà de la question des ruptures d'ARV et de réactifs, les soins et le traitement, l'appui aux Orphelins et enfants vulnérables (Oev), la coordination de la réponse nationale, laissent toujours à désirer.

Depuis 2002, la prévalence du Vih au Bénin s'est stabilisée autour de 2%. Malgré cette tendance à la stabilisation, il existe encore des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations les plus exposées aux risques d'infection, notamment les travailleuses de sexe (Ts), les prisonniers et les Usagers de drogue et injectables (Udi). Selon les études menées par l'Oms, un traitement antirétroviral administré plus précocement aide les personnes porteuses du Vih à vivre plus longtemps et réduit substantiellement le risque de transmettre ce virus à d'autres personnes. Cette nouvelle approche pourrait éviter 3 millions de décès et prévenir 3,5 millions de nouvelles infections par le Vih d'ici 2025 dans le monde. Les nouvelles recommandations prévoient aussi de fournir un traitement antirétroviral, à tous les enfants vivant avec le Vih de moins de 5 ans, à toutes les femmes enceintes ou allaitantes porteuses du Vih et à tous les partenaires séropositifs, lorsque l'un des partenaires n'est pas infecté. Or, à l'étape actuelle au Bénin, il est quasiment impossible d'appliquer ces recommandations dans leur intégralité car cela induirait beaucoup plus de moyens. En d'autres termes, mettre en application les nouvelles recommandations, c'est investir plus. L'Etat doit donc augmenter sa cagnotte, par rapport à la ligne budgétaire consacrée à la lutte contre le Vih/Sida. Si près de deux milliards ont consacré par l'Etat au titre d'achat d'Arv et de réactifs en 2013, cela ne résout pas le problème de fonctionnement et de panne de machines pour faire les bilans Cd4.

Pourquoi l'Etat doit s'engager plus

A ruptures d'intrants thérapeutiques et consommables médicaux s'ajoutent les pannes des appareils de laboratoire qui empêchent un bon suivi biologique des malades. Ces dysfonctionnements ont des effets néfastes sur la qualité de la prise en charge des Pvvih. C'est le cas par exemple du bilan Cd4, un examen biologique qui se fait au moment du «bilan d'inclusion» et qui détermine l'admission d'un patient à la thérapie antirétrovirale tous les six mois au cours de son suivi médical. Le Cd4 est un indicateur général de la santé, des capacités de défense du corps, de la Pvvih, et de la progression du virus. L'absence de réactifs et les pannes récurrentes d'appareils de laboratoire ne favorisent donc pas la réalisa-

tion de cet examen. Ce qui empêche la mise sous traitement et le suivi de ceux déjà sous Arv. Or, le manque de suivi et la non observance du traitement occasionnent des échecs thérapeutiques. L'organisme du patient développe alors des résistances. L'organisme affaibli, fait le lit à d'autres maladies et aux infections opportunistes.

Si l'on fait abstraction des lourdeurs administratives et autres procédures du partenaire qui paralysent toujours les commandes, il faut faire remarquer que l'option la plus judicieuse serait la fabrication par les Etats de la sous-région de leurs propres médicaments. Ce qui amoindrirait leur coût, et faciliterait leur disponibilité. Mettre le plus tôt, le plus grand nombre de patients sous Arv, n'est pas impossible. C'est d'abord une question de volonté politique. Pour améliorer la situation, beaucoup de spécialistes recommandent que l'Etat s'engage plus concrètement, afin que comme en Afrique du Sud, les Arv soient fabriqués et disponibles sous forme de médicaments génériques. Pour ce qui est des Antirétroviraux (Arv), le Chef de l'Etat a réaffirmé sa volonté de construire très bientôt au Bénin, une usine de fabrication sous-régionale desdits produits. Au Programme national de lutte contre le Sida, on assure que des réflexions et des négociations sont en cours.

Renforcer le dispositif de la Ptme et la sensibilisation

En ce qui concerne les enfants, il faut signaler que quatre cents d'entre eux naissent chaque année au Bénin avec le Vih/Sida, tandis que l'on assiste à des ruptures incessantes d'intrants en général, dont des réactifs et des médicaments antirétroviraux (Arv) dans les centres de prise en charge sur l'ensemble du territoire national. A l'heure actuelle, le taux de contamination mère-enfant se situe toujours autour de 20% et mérite d'être diminué de manière drastique. C'est pourquoi il faut renforcer le dispositif national de la Ptme. Pendant la grossesse, il faut que la maman puisse aller en consultation, qu'elle soit dépistée, et qu'éventuellement, elle soit prise en charge en pour diminuer le risque de contamination de son enfant. Une fois dépistée et mise sous Arv, elle diminue le risque de transmettre le virus. Tout enfant qui naît de mère infectée doit être également suivi jusqu'à l'âge de 18 mois conformément aux normes afin

de réduire la contamination par l'infection à Vih. C'est ainsi que le Bénin parviendra à l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) pour lequel le chef de l'Etat s'est engagé. Il faut aussi renforcer la sensibilisation et le dépistage. Dans ce cadre, la loi la loi n° 2005-31 du 05 avril 2006 sur le Vih/Sida au Bénin gagnerait à être vulgarisée à une plus grande échelle. Ce qui permettrait de mieux respecter les droits des Pvvih, et qu'en retour, elles-mêmes connaissent leurs devoirs. En effet, dans les familles, sur les lieux de travail et souvent dans des formations sanitaires, les personnes vivant avec le VIH continuent d'être victimes de stigmatisation et de discrimination. La loi mériterait d'être plus vulgarisée pour atténuer ce phénomène. Mieux, les enfants mineurs des personnes décédées des suites du Sida ne bénéficient toujours pas d'une assistance médicale et d'un secours psychosocial de la part de l'Etat. La prise en charge des Orphelins et enfant vulnérables gagnerait à être mieux prise en compte par les pouvoirs publics. Pourquoi ne pas créer au plus tôt le Fonds spécial de lutte et d'assistance en matière de Sida prévu à cet effet ? En tout cas, il n'est pas encore tard de revoir les choses surtout à la veille de la tenue de la 8e session du Comité national de lutte contre le Sida, organe suprême de coordination de la riposte nationale contre le Sida au Bénin.

Réalisé avec la collaboration de CeRADIS Ong et l'appui de la coopération suisse au Bénin.

COMMUNIQUES DE PRESSE



COMMUNIQUE DE PRESSE

Lutte contre le Sida au Bénin : Quels financements pour la mise en œuvre des nouvelles recommandations de l'OMS ?

Dans ses nouvelles recommandations en date du 30 juin 2013, l'OMS préconise une mise sous traitement plus précoce des malades, seule mesure à même de mettre fin à l'épidémie. CeRADIS qui œuvre pour une meilleure efficacité des politiques et programmes de santé au Bénin, salue cette prise de position mais tient tout de même à exprimer ses appréhensions quant à une mise en application effective de ses nouvelles recommandations au Bénin.

Les nouvelles recommandations Thérapeutiques de l'OMS concernant le VIH, proposent le traitement antirétroviral (TAR) à un stade plus précoce. Selon les experts de l'OMS, elle sont soutenues par la logique que des éléments récents ont indiqué qu'un TAR administré plus précocement aide à maintenir les personnes porteuses du VIH en bonne santé, à abaisser la charge virale, à vivre plus longtemps et à réduire substantiellement le risque de transmettre ce virus à d'autres personnes.

Ces nouvelles recommandations invitent tous les pays à mettre en route le TAR chez les adultes vivant avec le VIH dès que la numération des CD4 devient chez eux inférieure à 500 cellules/mm³ ou moins c'est-à-dire lorsque leur système immunitaire est encore fort. Les précédentes recommandations de l'OMS, formulées en 2010, incitaient à proposer le traitement au stade de 350 cellules CD4/mm³ ou moins.

Démarrer le traitement plus tôt, concerne non seulement les adultes, mais également les enfants et les femmes enceintes ou allaitantes. Selon l'OMS, il s'agira de mettre sous traitement les enfants de moins de 5 ans vivant avec le VIH, les femmes enceintes ou allaitantes porteuses du virus et tous les partenaires séropositifs lorsque l'un des partenaires n'est pas infecté.

Tout en saluant cette recommandation, qui milite clairement pour une victoire définitive sur l'épidémie, possible qu'à condition qu'elle soit accompagnée des financements adéquats. Car, à notre avis, traiter

plus précocement signifie mécaniquement traiter plus de malades, ce qui nécessite davantage de moyens.

CeRADIS exprime ses vives inquiétudes relativement à la mise en œuvre de ses nouvelles recommandations à court terme car actuellement ce sont les recommandations de 2010 de l'OMS adoptées dans un document normatif de 2012 qui sont appliquées au Bénin. Les nouvelles recommandations de l'OMS rappellent dramatiquement que le Bénin est en retard de plusieurs batailles. Si nos décideurs entendent véritablement lutter contre le sida, ils doivent faire preuve d'un engagement plus ferme et d'un réalisme plus clairvoyant, et pour s'adapter au nouveau paradigme promu par l'OMS, il y a lieu d'engager les moyens à la hauteur de l'enjeu.

Deux comités travaillent actuellement sur les nouvelles recommandations de l'OMS selon le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) mais l'on se demande à quel moment celles-ci seront adoptées et connaîtront une mise en œuvre effective.

Il est impératif pour le gouvernement du Bénin d'agir vite en mobilisant des financements en interne, qu'il soit public ou privé, pour répondre aux besoins financiers nécessaires pour la cause car à terme la file active des personnes vivant avec le Vih se réduirait considérablement et le taux de contamination baisserait aussi conséquemment. Un investisse-

ment ambitieux dès aujourd'hui permettrait non seulement de prévenir des milliers de contaminations et de réaliser de substantielles économies demain mais aussi nous rapprocherait davantage de l'objectif " zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès lié au VIH"

Il est plus judicieux et plus rationnel d'investir beaucoup plus aujourd'hui dans le financement de la lutte afin de pouvoir souffler plus tard car en n'agissant pas ainsi nous nous retrouverons toujours dans un cercle vicieux avec une mauvaise qualité de la prise en charge médicale des personnes atteintes et des niveaux de performance moins reluisants quant à la prise en charge globale.

Il est donc important que la 8ème session du Comité National de Lutte contre le Sida, dont la tenue se fait toujours attendre, puisse se pencher sur la question et mette très rapidement en place les conditions favorables à l'application des ces nouvelles recommandations.

A la fin de l'année 2012, le Bénin comptait environ 63000 PVVIH dont 26018 sous traitement antirétroviral. Nous gagnerions donc à revoir à la hausse l'effectif de ces personnes.

La Direction Exécutive du CeRADIS



COMMUNIQUE DE PRESSE

Lutte contre le VIH-SIDA/ Elimination de la Transmission Mère-Enfant : Où en sommes-nous ?

Le 20 février 2012, le Chef de l'Etat, le Président Boni Yayi, président du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) a procédé au lancement officiel de la campagne d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH/Sida (ETME) avec Monsieur Michel SIDIBE, directeur général de l'ONUSIDA

Tout en saluant cette initiative qui vise à réduire de 14 % à moins de 5% la transmission du VIH de la mère à l'enfant, pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, CeRADIS qui œuvre pour une meilleure efficacité des politiques et programmes de santé au Bénin, voudrait attirer l'attention des décideurs sur les faiblesses notées au niveau de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) qui est la stratégie devant permettre au pays d'atteindre l'ETME.

La revue du cadre stratégique national, 2007-2011 a mis en évidence de nombreux acquis notamment l'extension de la trithérapie/tri prophylaxie dans toutes les zones sanitaires du pays et l'augmentation du taux d'acceptation du dépistage VIH (81% des femmes enceintes admises en consultation prénatale ont été dépistées en 2010). Malgré les succès, plusieurs insuffisances sont à noter, à savoir le taux de déperdition des femmes testées séropositives qui reste élevé (43,23% en 2009) et 6% des femmes testées séropositives qui accouchent en absence d'intervention PTME. Ces situations relevées dans le Plan stratégique national 2012-2016 se sont aggravées aujourd'hui en raison des dysfonctionnements observés dans le système de prise en charge et d'approvisionnement en intrants thérapeutiques. En effet, les ruptures de réactifs sur la plupart des sites dont les sites de PTME empêchent la réalisation du dépistage des femmes enceintes en temps opportun lors des consultations prénatales. A preuve, au Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou, le plus grand hôpital de référence, l'on a du mal à s'expliquer l'impermanence de l'examen de dosage du CD4.

A la régulière, c'est au CNHU qu'il revient de fournir le maximum de travaux pour une prise en charge optimale. Par ailleurs, actuellement, pour faciliter la prise en charge des PVVIH, et en particulier des femmes, l'Oms recommande une molécule combinée pour une seule prise par jour. Parfois cette molécule fait défaut à cause des ruptures : de plus les médecins sont obligés d'adapter des ARV adultes à des posologies pédiatriques et à modifier les lignes thérapeutiques de traitement des patients en fonction des molécules disponibles normalement faisable en cas d'échec au

traitement. De plus, les réactifs manquent pour le paquet minimum d'examens biologiques et d'autres encore spécifiques pour détecter les coinfections et éviter de majorer la progression de l'infection à VIH.

De la même manière, sur 100 maternités, 70 disposent du protocole PTME soit un taux de non couverture de 30%, et en outre, une disparité de couverture géographique de la PTME.

A preuve, au moment où certains départements sont à 10% de maternités non couvertes en PTME, d'autres sont encore à un taux de non couverture de près de 70%.

Plusieurs documents ont démontré la féminisation à la fois du VIH et de la pauvreté au Bénin. Dans un contexte où la stigmatisation est toujours présente dans la société béninoise, la femme enceinte porteuse du VIH est doublement fragilisée par son statut de femme et de personne infectée. Dans ces conditions, certaines d'entre elles n'ont d'autre choix que de fuir leur milieu de vie, échappant ainsi à tout suivi de leur grossesse et accouchent sans aucune intervention PTME.

A cela s'ajoutent le non partage du statut de séropositivité et la non disponibilité des kits PTME sur certains sites. Conséquence : ce sont 20 à 40 bébés, nés vivants de femmes séropositives, qui sont exposés à l'infection au VIH/Sida en l'absence d'intervention PTME. Comment dans ces conditions atteindre l'objectif « Zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès lié au VIH SIDA d'ici 2015 » ?

Pour atteindre l'objectif d'élimination des nouvelles infections à VIH parmi

les enfants et le maintien de leurs mères en vie d'ici à 2016, tel que prévu dans le Plan stratégique national de lutte contre le Sida 2012-2016, des actions urgentes s'imposent.

En ces moments de célébration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida et à la veille de la tenue de la 8e session du Comité National de Lutte contre le Sida prévue pour se tenir avant la fin de cette année 2013, CeRADIS voudrait attirer l'attention des autorités en charge de la lutte au Bénin sur l'impérieuse nécessité de prendre toutes les dispositions idoines en vue :

- ✓ d'assurer la disponibilité permanente des intrants sur les sites PTME ;
- ✓ d'étendre la PTME à toutes les maternités y compris dans les zones reculées afin de rapprocher les soins des populations ;
- ✓ d'intégrer la prise en charge de la mère et de l'enfant dans une même structure sanitaire ;
- ✓ d'assurer un renforcement continu de compétence de tous les acteurs publics, privés ou confessionnels impliqués dans la prise en charge des PVVIH ;
- ✓ d'encourager les bonnes pratiques dans la lutte et en faire des modèles de suivi ;
- ✓ d'accompagner en PTME les mères dans le choix du mode d'allaitement des nouveau-nés ;
- ✓ de rendre le texte de loi sur le VIH au Bénin accessible, compréhensible et applicable ;
- ✓ de s'occuper plus encore du volet nutritionnel indispensable mais souvent laissé pour compte bien que l'infection à VIH soit une maladie chronique comme toute autre.



COMMUNIQUE DE PRESSE

Lutte contre le VIH-SIDA au Bénin : Quelle politique pour remédier de façon définitive à la situation de précarité que vivent les médiateurs sur les sites de prise en charge ?

Nul n'ignore le rôle fondamental que jouent les médiateurs dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH. Selon le Rapport national 2012 de suivi de la déclaration politique sur le VIH/Sida, "Les médiateurs sont des personnes concernées ou non qui travaillent tant à l'hôpital que dans la communauté. Ils ont reçu une formation en matière de relation médicale et d'aide. Ils ont un cahier de charges axé sur trois volets essentiels à savoir : aider le patient pour qu'il soit en mesure de prendre soin de lui-même ; assurer l'accompagnement psychologique et social des personnes infectées ou affectées ; travailler en réseau avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le suivi et l'accompagnement des patients: associations du secteur communautaire, soignants, autres médiateurs...etc." Cependant, il est dramatique de constater que leur situation évolue au gré des financements extérieurs mobilisés.

De 2004 à ce jour, comme pour la plupart des interventions en matière de lutte contre le VIH/Sida au Bénin, la gestion et l'accompagnement des médiateurs sont tributaires du financement extérieur. Initialement financé par le Groupement d'intérêt Public français (GIP –Esther), la prise en charge des médiateurs est assurée depuis quelques années par Plan Bénin à travers les ressources du Fonds mondial.

Des statistiques de GIP Esther indiquent que les résultats sont encourageants et l'expérience mérite d'être poursuivie à une plus grande échelle. C'est conscient de cette réalité que l'Etat béninois a dû s'approprier cette initiative en la faisant financer par les ressources du Fonds Mondial. Cette opportunité a permis au pays d'effectuer un passage à l'échelle avec le recrutement de 486 médiateurs. Même si cet effectif ne permet pas encore de couvrir l'ensemble des sites de prise en charge et de PTME, il constitue un véritable bon en avant.

Avec la fin de la 1ère phase du round 9 du Fonds mondial le 28 février 2013, les médiateurs ont été remerciés et n'ont été rappelés sur les sites que le 26 août 2013 avec la 2e phase de la subvention du Fonds. Ainsi, après une traversée du désert de près de six mois avec ce que cela comporte comme impact négatif sur la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, les médiateurs reviennent progressivement sur les sites avec à la clé, un contrat de prestation de services qui arrivera à terme dès la fin du financement du Fonds Mondial, c'est-à-dire en septembre 2015. Si avec ce type de contrat, la situation des médiateurs sur les sites est clarifiée, il n'en demeure pas moins que le problème de leur statut reste entier.

Nombre d'acteurs de la lutte contre le Sida espéraient comme annoncé, le règlement définitif de cette question au forum sur la santé communautaire qui s'est tenu du 27 au 29 novembre dernier à Cotonou. Malheureusement, les débats relatifs à la rémunération des relais communautaires comparée à celle des médiateurs ont focalisé les attentions et noyé la question du statut de ces derniers. Conséquence, le forum n'aura pas permis

de trancher la question et de retenir une option.

En l'absence d'un statut clair, il est à craindre que le travail des médiateurs pourtant reconnu comme utile dans l'accompagnement des PVVIH, ne souffre d'inefficacité compte tenu de la précarité qui caractérise leur situation. Malgré les efforts pour améliorer le niveau de l'indemnité mensuelle, les médiateurs continuent de s'apitoyer sur leur sort surtout lorsqu'ils se comparent à leurs homologues des autres pays de la sous-région. Tout en comprenant les inquiétudes des médiateurs, CeRADIS considère qu'il n'est pas juste de faire une telle comparaison étant donné que les profils de base pour être recrutés ne sont pas les mêmes.

A la différence de certains pays de la sous-région qui ont clairement défini le profil et le statut du médiateur, au Bénin, les choses n'ont pas beaucoup évolué. Depuis le début de cette expérience au Bénin, les médiateurs n'ont cessé de réclamer un statut spécial vu la spécificité de leur travail qui ne saurait être assimilé à celui d'un relais communautaire dans un contexte de stigmatisation et de discrimination des personnes infectées et affectées au VIH. Les conditions requises pour être médiateurs se résument à deux points : savoir lire et écrire en français, être infecté ou affecté par le VIH. Il s'agit comme on peut le constater, d'une option purement sociale qui ne dispense pas l'Etat du règlement de la question de leur statut.

A la veille de la tenue de la 8e session du Comité national de lutte contre le Sida prévue pour se tenir avant la fin de cette année 2013, CeRADIS invite les autorités en charge de la lutte contre le Sida au Bénin à prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de pérenniser l'expérience des médiateurs après la fin du financement du Fonds Mondial. Pour y arriver, CeRADIS invite d'une part :

Le chef de l'Etat, président du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) à user de son leadership pour faciliter le règlement au plus tôt de la question du statut des médiateurs, et, d'autre part :

La ministre de la santé, dans le cadre du renforcement du rôle régulateur et de leadership de son département, à

➤ Evaluer la qualité des prestations des médiateurs et adapter le profil du médiateur aux besoins d'accompagnement des PVVIH et Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV).

➤ Mettre en place un mécanisme de mobilisation des ressources intérieures pour faire financer la lutte contre le Sida au Bénin, y compris le recrutement des médiateurs.

➤ Augmenter l'effectif des médiateurs en vue d'assurer leur présence sur tous les sites pour une meilleure prise en charge psychologique des Personnes vivant avec le VIH adultes et des O. E. V.

La Direction Exécutive du CeRADIS

COMMUNIQUES DE PRESSE

Vulgarisation et application de la loi sur le Vih/Sida

CeRADIS appelle les pouvoirs publics à prendre leurs responsabilités

Dans le cadre de sa mission de veille citoyenne et de plaidoyer pour l'amélioration de la qualité de la riposte nationale au Vih/Sida, CeRADIS Ong a animé hier mardi 26 novembre à Cotonou, une conférence de presse pour attirer l'attention des décideurs sur la nécessité de mettre en œuvre les dispositions de la loi n°2005-31 du 10 Avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du Vih/Sida en République du Bénin. C'était en présence des personnes vivant avec le Vih et d'autres acteurs de la lutte contre le Sida au Bénin

Par **Reine AZIFAN**

Sept années après sa promulgation, les attentes suscitées par la prise de la Loi n°2005-31 du 10 Avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du Vih/Sida en République du Bénin sont-elles vraiment comblées ? C'est pour répondre à cette interrogation que CeRADIS et trois autres organisations de la société civile œuvrant pour la promotion et la défense des droits des personnes vivant avec le Vih (PVV) et membres de la coalition ARV, se sont donné rendez vous pour attirer l'attention des décideurs sur les difficultés d'application de ladite loi. Aux côtés du directeur exécutif de CeRADIS, Nourou Adjibadé, il y avait le président du Réseau des associations de PVV (Rébap+) Denis d'Oliveira, et les représentants de l'Association des femmes juristes du Bénin (AFJB) et de l'Association béninoise de droit du développement (ABDD). D'entrée de jeu, Nourou Adjibadé a relevé les tares et insuffisances de la loi. Il s'agit notamment de la méconnaissance de la loi due à sa non vulgarisation à grande échelle ; de la non application de certaines de ses dispositions majeures, faute de volonté politique ; de la non appropriation de ses dispositions par les acteurs clés dont la mission est de les mettre en application. Toutes choses qui entraînent, selon lui, des conséquences sur la prise en charge globale des personnes infectées toujours victimes de stigmatisation et de discrimination. « Elles sont confrontées à la divulgation de leur état sérologique, renvoyées du cercle familial ou du domicile conjugal, privées du droit d'héritage. Et pour celles qui travaillent, victimes de licenciement abusif. Le cas demeure critique chez les femmes porteuses du VIH et qui



Les responsables de Ceradis accentuent leur plaidoyer pour l'application de la loi sur le Vih/Sida

ne sont pas légalement mariées. En cas de répudiation, la loi ne les protège pas », a-t-il fait remarquer.

« Il faudra que les pouvoirs publics prennent leurs responsabilités », a déclaré Nourou Adjibadé. Cela passe, suggère-t-il, par la mise en œuvre d'un plan national de vulgarisation à grande échelle de la loi ; la correction des insuffisances relevées dans l'actuelle loi ; la création et l'opérationnalisation du fonds spécial prévu à l'article 8 de la loi en vue de soulager les difficultés qu'éprouvent les personnes infectées. Toutes ces mesures paraissent indispensables car, souligne-t-il, « Un environnement juridique favorable au respect des droits humains de chaque

citoyen constitue un des moyens les plus adéquats pour le développement d'une riposte nationale efficace à l'épidémie du VIH/Sida », Présente à cette conférence, la présidente du Réseau des Ong et associations contre la féminisation du Vih/Sida (ROAFEM) Antoinette Bossou Lawin Oré a indiqué que les femmes sont plus infectées que les hommes. Dès lors, elles ont intérêt à ce que la loi soit appliquée. Pour sa part, la représentante de l'AFJB Bénin Blandine Sintondji Yaya a rappelé à l'assistance, quelques dispositions de la loi pour expliquer qu'elle confère aux PVV beaucoup de droits mais leur prescrit

également des devoirs. Marie-Joseph Aclascas, directrice exécutive de l'ABDD, partira quant à elle, de quelques exemples de cas pour montrer comment il est parfois difficile de venir en aide aux PVV. Cependant, elle les a invitées à se rapprocher des structures spécialisées dans l'accompagnement juridique des PVV lorsque leurs droits sont violés.

Tous les intervenants ont reconnu que malgré le travail de sensibilisation et de vulgarisation qui a été fait sur certains sites de prise en charge, la loi n'est pas suffisamment connue de tous. Notons que la Loi sur le Vih, de par ses dispositions, protège non seulement les personnes vivant avec le Vih et leurs familles mais aussi les citoyens non infectés de façon générale.

La stigmatisation, un frein à la lutte contre le Sida

Ce qui aura marqué l'assistance au cours de cette conférence de presse, c'est le témoignage de Comlan Houessou, une personne vivant avec le Vih. « Malgré l'existence de la loi, nous sommes toujours stigmatisés », a-t-il déclaré. Face à la stigmatisation et à la discrimination, comment partager son statut sérologique avec son partenaire ? « Vous partagez votre résultat et le lendemain, vous n'avez plus de femme ou de mari. Dès que j'ai partagé mon résultat, ma première femme m'a quitté », explique-t-il. Et ce n'est pas tout, poursuit-il, il suffit que la communauté soit informée de votre statut pour que votre activité ne prospère plus car personne ne veut s'approcher de la PVV. Plus grave, accuse Comlan Houessou, c'est que « Le gouvernement aussi favorise la stigmatisation en éliminant du concours de recrutement à la Police, les PVV alors que la loi interdit d'assujettir tout recrutement à un test de dépistage du Vih ». A cause de la stigmatisation et de la discrimination, a-t-il souligné, « Certaines PVV adoptent des comportements irresponsables ». Pour Comlan Houessou, la situation va de mal en pis, c'est pourquoi il a invité le chef de l'Etat, président du Comité national de lutte contre le Sida, à tout mettre en œuvre pour que la première loi qu'il a promulguée dès son accession au pouvoir soit véritablement vulgarisée et appliquée.

Conférence de presse de CeRADIS ONG

Plaidoyer pour l'accroissement du budget consacré à la lutte contre le Sida

« Plaidoyer pour une meilleure efficacité des politiques et programmes de lutte contre le Vih/Sida au Bénin, c'est le thème que le Centre de réflexions et d'actions pour le développement intégré et la solidarité (CeRADIS/Ong) a animé hier mercredi 23 octobre, à Cotonou, dans le cadre d'une conférence de presse. C'était pour le directeur exécutif de l'Ong, Nourou Adjibadé, l'occasion d'attirer l'attention des décideurs sur les problèmes qui plombent l'efficacité de la lutte contre le Sida au Bénin et de les inviter à agir.

Par Reine AZIFAN

La sortie médiatique de ce mercredi s'inscrit dans le cadre des actions de plaidoyer entrepris depuis 2005 par CeRADIS Ong pour influencer les politiques publiques en matière de lutte contre le Vih/Sida. Elle intervient à la veille de la tenue de la 8e session du Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) et vise à attirer l'attention des décideurs sur les problèmes récurrents qui entravent l'efficacité de la riposte nationale contre le Sida.

D'entrée de jeu, Nourou Adjibadé, directeur exécutif de CeRADIS s'est attardé sur le CNLS, notamment les recommandations et engagements issus de sa 7e session. A ce sujet, il a salué la décision du chef de l'Etat, président du CNLS, de porter à deux milliards de francs CFA, la contribution du budget national exercice 2013 pour l'achat des antirétroviraux au profit des malades. Nourou Adjibadé a également salué le démarrage effectif de l'audit organisationnel et institutionnel du Comité national de coordination des projets et programmes financés par le Fonds mondial.

Bilan mitigé

Malgré ces résultats encourageants, dira le conférencier, « Le bilan reste mitigé et la situation se caractérise par une certaine lenteur dans la mise en œuvre des recommandations ». Tout en reconnaissant que l'ensemble des recommandations ne peut être mis en œuvre en 12 mois, Nourou Adjibadé estime que « le



Attirer l'attention des décideurs sur les problèmes qui plombent la lutte contre le Sida au Bénin

CNLS pouvait mieux faire ». C'est pourquoi, à la veille de la 8e session, il invite le chef de l'Etat à rééditer l'exploit de l'année dernière en participant à la prochaine session et à donner un coup d'accélérateur à la mise en œuvre diligente des recommandations et engagements qui n'ont pas encore connu un début d'application. L'Ong demande au chef de l'Etat de « Porter à 4 milliards de francs CFA, la contribution du budget national gestion 2014 au financement de la lutte contre le Sida lors de la 8e session ».

CeRADIS a également jeté son regard sur le Programme national de lutte contre le Sida (PNLS) et constate que « La prise en charge des PVV continue d'avoir du plomb dans l'aile ». En témoignent les ruptures fréquentes dans la disponibilité des examens biologiques et les problèmes enregistrés dans la qualité des soins et traitements sur les sites de prise en charge.

Tout en saluant les efforts consentis par la nouvelle équipe de coordination du PNLS, le conférencier a plaidé pour le renforcement de la supervision sur les sites de traitement et la mise en place d'un fonds au niveau du programme pour répondre aux urgences signalées sur ces sites.

Le cri de cœur des PVV

La conférence de presse de CeRADIS Ong s'est tenue hier en présence des représentants d'Ong et des personnes vivant avec le Vih (PVV). Ces dernières ont profité de cette occasion pour interpeller les autorités et attirer leur attention sur le drame qui se joue sur les sites de traitement. Elles ont salué l'initiative de cette Ong dont les actions concourent à améliorer la situation des PVV. Leurs témoignages ont permis à l'assistance de s'imprégner des difficultés auxquelles elles sont confrontées. « La situation de notre prise en charge est extrêmement grave », a déclaré Comlan Houessou, médiateur sur le site de traitement de Dogbo dans le département du Couffo. Il a, à son tour invité le chef de l'Etat à prendre le problème des PVV à bras le corps puisque, dira-t-il, « Ce sont les bras valides qui sont emportés par le Sida ; quel développement voulons-nous si les bras valides ne sont pas en bonne santé ? ». Comlan Houessou a enfin invité le chef de l'Etat à effectuer une descente sur les sites pour s'imprégner de ce qui se passe réellement sur le terrain.

Pour Claude Yamongbè, médiateur sur le site de Davougou dans le département du Zou, « Tous les jours il y a de nouveaux cas dépistés donc la prévalence du Vih ne diminue pas ». Il soutient qu'en matière de Vih/Sida, l'argent ne manque pas pour autant. C'est la gestion qui est faite du peu de ressources disponibles qui constitue selon lui, le problème. D'autres PVV ont plaidé pour que, au-delà du gouvernement, les communes s'approprient ce combat et s'y investissent, ne serait-ce que dans le volet prévention.

R.A.

Lutte contre la Transmission Mère-enfant du VIH/Sida L'Ong CERADIS appelle à une prise de conscience

« Lutte contre le Vih/Sida, élimination de la transmission mère-enfant : où en sommes nous ? » C'est autour de cette interrogation que l'Ong CeRADIS, avec le soutien de la Coopération suisse au Bénin, a organisé, hier mardi 10 décembre à Cotonou, une conférence de presse. Cette séance a pour but d'attirer l'attention des décideurs sur les défis qui restent à relever pour aboutir à l'élimination de la transmission la mère-enfant du Vih.

Par Désiré GBODOUGBE
et Judith Rolande CAPO-CHICHI (Stagiaire)



Pour les conférenciers,
il faut accroître
les ressources pour la PTME

C'est à partir de la différence qu'il y a entre un enfant prisonnier et un enfant né avec le Vih, que le chargé des programmes de l'Ong Centre de réflexion et d'actions pour le développement intégré et la solidarité (CERADIS) Pascal Atikpa a planté le décor de cette conférence de presse. Pour lui, si le premier est privé de sa liberté, le second est privé de la joie d'une croissance harmonieuse. De ce fait, les deux sont des victimes innocentes. Et dans la mesure où il s'agit des enfants, la responsabilité des adultes est interpellée parce qu'il s'agit de l'avenir de toute une nation. Et depuis le lancement le 20 février 2012 à Cotonou par le chef de l'Etat, en présence du directeur exécutif de l'Onusida Michel Sidibé, du plan national d'élimination de la transmission du Vih de la mère à l'enfant (ETME), rien n'a bougé, a fait observer le conférencier.

CeRADIS a été soutenue dans sa démarche par plusieurs autres organisations de la société civile. La présidente de l'Association des femmes actives contre le Sida (AFAS-Horizon), Laurence Abatti, a déploré le manque d'actes concrets surtout en ce qui concerne l'épineuse question de rupture de réactifs et des antirétroviraux. Quant au représentant de l'Ong Racines, Arsène Adonon, il a expliqué le dépistage doit être la première étape par laquelle

une femme enceinte doit passer lors des consultations prénatales. Car connaître sa situation sérologique doit être le premier réflexe de la femme qui est en état de grossesse. Or, a-t-il poursuivi, il y a manque de réactifs sur la plupart des sites de la Prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Ce qui empêche la réalisation du dépistage de ces femmes. Et sur 100 maternités, 70 seulement disposent du protocole PTME soit un taux de non couverture de 30%.

Marie-Joseph Acclassato, directrice exécutive de l'Association béninoise de droit du développement (ABDD) a, quant à elle, mis l'accent sur le renforcement des capacités des associations de femmes sur la mobilisation sociale et la sensibilisation sur la PTME et aussi l'organisation de séance de sensibilisation et de mobilisation des associations féminines en vue de porter à l'attention du grand public cet état de choses.

Beaucoup d'autres préoccupations ont été évoquées lors des débats qui ont meublé cette conférence de presse. Parmi celles-ci, on peut citer : la disponibilité des fonds pour mener à bien cette lutte ; la responsabilité qui doit être celle des Ong contre les cabinets qui gardent les femmes séro-

positives sans traitement adéquat alors qu'elles doivent le commencer tôt ; et la sous information sur cette forme de transmission au sein des jeunes filles qui sont les mères de demain. Les conférenciers ont répondu que les fonds existent du moment où des séminaires, ateliers et autres sont organisés par les autorités, seulement qu'ils ne sont pas injectés dans la lutte contre la transmission mère-enfant du Vih.

Pour le public composé des personnes vivant avec le Vih et des étudiants, les gouvernants doivent prendre en compte la question de la PTME dans les centres de santé.

Par ailleurs, les conférenciers ont attiré l'attention des futures mères, sur les bons comportements à adopter pour éviter l'infection et sa transmission au nouveau-né. Ils ont mis un accent particulier sur l'importance d'accroître les ressources nationales pour la prévention de la transmission du Vih de la mère à l'enfant.

CONCLUSION

Cette production de presse obtenue avec la grande complicité et la coopération des professionnels de six quotidiens d'informations et d'analyses, démontre, s'il en est encore besoin, de l'importance de la communication dans toute action de plaidoyer. Ainsi, les problématiques et revendications portées par les personnes infectées et leurs organisations trouvent plus d'échos auprès des autorités à travers la presse. C'est encore une fois la preuve que les associations peuvent et doivent jouer un rôle plus important dans la définition, la mise en œuvre et le suivi de la réponse nationale en matière de VIH, et ainsi avoir une influence croissante sur les mécanismes nationaux et les politiques publiques avec comme allié principal les professionnels de la presse.

Cette production de presse est révélatrice de l'état préoccupant dans lequel se trouve aujourd'hui la réponse nationale au VIH et renseigne à suffisance sur les enjeux et nombreux défis auxquels tous les acteurs devront faire face dans les prochaines années. Au premier rang de ces acteurs se trouve bien évidemment l'Etat dont le rôle est essentiel car comme le prescrit si bien la constitution du 11 décembre 1990 en son article 8 : ***“ La personne humaine est sacrée et inviolable. L'Etat a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi.”***

Pour sa part, CeRADIS qui évolue depuis bientôt deux décennies dans la sphère des organisations de la société civile béninoise poursuivra avec foi et détermination aux côtés d'autres organisations dans une approche partenariale, cette mission de veille citoyenne afin que la réponse nationale au VIH soit plus efficace et plus porteuse d'espoir pour les dizaines de milliers de porteurs de ce virus qui se sentent toujours marginalisés, humiliés et stigmatisés dans leur grande majorité malgré les efforts consentis par les pouvoirs publics. Le chantier reste immense lorsqu'on parcourt les éléments contenus dans le rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA-2012 qui pointe plusieurs dysfonctionnements et contre performances même si des perspectives semblent être établies. Il est donc plus que jamais urgent pour l'Etat

de prendre ses responsabilités en créant les conditions les plus idoines afin que les objectifs à court, moyen et long terme soient atteints. Pour baliser le terrain, il urge pour le gouvernement du Bénin **de déclarer le SIDA comme grande cause nationale pour les deux prochaines années** afin de mobiliser tous les acteurs et autres intervenants notamment les partenaires techniques et financiers dont le nombre commence par se rétrécir comme une peau de chagrin. Il urge également pour le gouvernement du Bénin de créer davantage un environnement juridique favorable au respect des droits humains de chaque citoyen, toutes choses essentielles pour le développement d'une bonne riposte nationale au VIH.

Le cadre stratégique national 2012 - 2016 ainsi que les différents plans adoptés notamment le plan national d'Elimination de la Transmission Mère Enfant 2012-2015 (ETME) et l'arsenal juridique élaboré pour protéger et promouvoir les droits des personnes infectées restent les références à partir desquelles nous initierons nos actions de plaidoyer pour accompagner les pouvoirs publics dans la réalisation de leur mandat.

Aujourd'hui, il est préoccupant de constater que la lutte contre le VIH au Bénin et dans beaucoup de pays de la sous région ouest africaine, reste tributaire des ressources du Fonds Mondial qui finance à plus de 80% les actions mises en œuvre au niveau national. Qu'advierait-il de la lutte si le Fonds mondial se retirait ? Par rapport à cette situation, CeRADIS se propose de poursuivre ses actions de plaidoyer non seulement pour une augmentation substantielle des ressources internes allouées à la lutte contre le VIH mais aussi et surtout pour contribuer à l'amélioration de l'efficacité des interventions du Fonds Mondial au Bénin. Car, d'une part le taux de décaissement financier au niveau de l'ensemble des programmes financés par le Fonds Mondial dans le domaine de la lutte contre le Sida au Bénin reste préoccupant, et, d'autre part, l'implication de la société civile est nécessaire au bon fonctionnement du Fonds Mondial. Le Fonds donne en effet l'opportunité à la société civile et aux associations de personnes concernées de renforcer leurs capacités pour une meilleure prise en compte de leur communauté mais aussi pour amé-

liorer la gouvernance sanitaire dans le pays. Assurer donc le suivi de la performance du gouvernement relativement aux projets et programmes financés par le Fonds Mondial est l'un des chevaux de bataille du CeRADIS. Le suivi de la mise en œuvre de la phase 2 du Round 9 du Fonds Mondial en cours actuellement reste donc une préoccupation majeure pour CeRADIS qui travaillera à porter un regard critique sur ses performances afin que cette phase puisse enregistrer des résultats plus positifs pour le bien de l'ensemble des personnes séro-concernées.

Ce plaidoyer s'intéressera aussi bien évidemment à la pertinence des procédures et règles du Fonds Mondial dont la complexité explique en partie les contre performances enregistrées au niveau des bénéficiaires et sous bénéficiaires.

La direction exécutive de CeRADIS-ONG

Centre de Réflexions et d'Actions pour le Développement Intégré et la Solidarité (CeRADIS)

02 BP 1339 Cotonou
Tel: (229) 2132 68 01
Fax: (229) 21 32 57 73
Email: ceradis@yahoo.fr
