

*« Les Objectifs du Millénaire pour le Développement.  
Pourquoi tant de piétinement sur le front de la santé ?  
Cas du Bénin »*

**AGOLI-AGBO Micheline CEFORP**  
*agolmich@hotmail.com*  
BENIN

### Résumé<sup>1</sup>

En septembre 2000, la communauté internationale a eu l'idée originale de mettre en place les OMD. Il s'agit d'un ensemble d'objectifs clairs mesurables, assortis de délai, puisqu'ils doivent être atteints d'ici à 2015, axés sur l'amélioration des conditions de vie des populations dans les pays pauvres. L'objectif 6 veut combattre le VIH-sida, le paludisme et les autres maladies.

Le Bénin, à l'instar des autres pays concernés, s'y est attelé en mobilisant les financements disponibles et en améliorant les dispositifs de lutte pour donner une riposte à la mesure des souffrances engendrées par ces pandémies.

Mais 9 ans après leur adoption et 6 avant l'échéance, les résultats sont encore mitigés.

La non prise en compte des dimensions sociales, culturelles et économiques des pandémies en question d'une part et la non-fonctionnalité, pour diverses raisons du système de santé, entravent les efforts fournis.

Mots clés : OMD, santé, pandémies, représentations/perceptions

### Introduction

Près de 25% de la population des pays en voie de développement, soit près d'un milliard de personnes vivent dans une situation d'extrême pauvreté. Pour l'expliquer, on évoque souvent en Afrique, la mauvaise gouvernance et les changements démographiques : forte croissance de la population, baisse de la fécondité et de la mortalité, jeunesse de plus de la moitié de la population. Au delà de la croissance démographique, on pointe l'endettement des gouvernements, les fluctuations des matières premières et des denrées de base et les difficultés d'accès aux marchés internationaux qui constituent d'énormes obstacles pour le développement en Afrique. Pour y faire face, et permettre à ces hommes et femmes de vivre un peu plus dignement, la communauté internationale a fait de l'élimination de l'extrême pauvreté une préoccupation majeure. C'est pourquoi en Septembre 2000, l'Assemblée Générale des Nations Unies a pris des résolutions ratifiées par 189 pays (ils sont 191 aujourd'hui) pour améliorer le quotidien des populations concernées.

Il s'agit des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Ils témoignent d'un consensus de la part des pays en développement et des pays riches de réagir par des mesures concrètes à la détérioration des conditions de vie des millions de personnes dans les PVD. L'originalité des OMD réside dans le fait qu'ils constituent un ensemble d'objectifs clairs, axés sur l'amélioration des conditions de vie des populations, mesurables assortis de délais puisqu'ils doivent être atteints d'ici à 2015» (Lapyere, F. 2006)

---

<sup>1</sup> Sigles : voir en annexe

Sur le plan de la santé il s'agit d'améliorer l'état de bien être général des populations et contribuer, de ce fait, à enclencher une dynamique de développement durable.

Mais force est de constater que 9 ans après leur adoption et 6 ans avant l'échéance, plusieurs des objectifs relatifs à la santé ne seront pas tenus comme le reconnaissent d'ailleurs plusieurs spécialistes, dont ceux des Nations Unies « si des progrès ont été constatés pour certains OMD, ceux directement liés à la santé sont loin d'être atteints ». Ainsi, les niveaux de mortalité infantile et de morbidité sont encore aussi élevés et chaque année, plus d'un demi-million de femmes meurent toujours en couches ou de complications liées aux grossesses dans les pays en développement. Les taux en Afrique sont encore de 9 pour 1000 bien au dessus du taux de 2,3 pour 1000 visé par les OMD

Environ un quart des enfants du monde en développement sont dénutris.

Près de la moitié de la population de cette partie du monde n'a toujours pas accès à des installations sanitaires améliorées. Au Bénin, le paludisme reste toujours la première cause de consultation chez les 0-5ans. (34% en 2002, 35% en 2007). Son taux de létalité est toujours aussi élevé en 2004 qu'en 1999 :13,5% en moyenne dans la population totale, 23,5% chez les 0-1 an et 17,3% chez les 1-4 ans (MSP 2004).

Pire, la crise financière mondiale risque encore de compromettre les maigres résultats obtenus depuis 9 ans.

Cela est inquiétant puisque l'on s'accorde à reconnaître que l'atteinte de cet objectif (santé et bien-être) a un impact énorme sur les autres objectifs. Par exemple, un état de santé et de nutrition adéquat facilite pour l'enfant l'accès à l'enseignement et accroît ses chances de rester scolarisé (UNESCO, 2005). Les populations pauvres du monde entier ont aussi besoin d'être en bonne santé pour participer activement au processus d'éradication de la pauvreté. Autrement dit, les objectifs liés à la santé sont la pierre angulaire, l'élément central qui va permettre la réussite des OMD. Mais à l'heure actuelle, le sida, le paludisme et autres affections creusent énormément les budgets alloués au secteur de la santé dans les pays pauvres.

Comme la plupart des pays en Afrique au Sud du Sahara, le Bénin s'est attelé depuis 2000 à l'atteinte des objectifs en mobilisant toutes les forces disponibles, mais les résultats obtenus sont encore maigres.

Ces OMD, imaginés par l'ONU en réponse aux situations dramatiques que vivent les pauvres, constituent – ils la panacée pour remédier aux problèmes de santé qu'ils rencontrent ?

Est-ce que les difficultés attendues ont été bien appréhendées lors de la formulation des objectifs ?

**Objectifs :** En nous posant cette question, nous voulons juste montrer que sur le plan de la santé et notamment du volet « lutte contre le paludisme, le sida et la tuberculose donc de l'objectif 6, le pari pris est loin d'être gagné.

Plus spécifiquement, il s'agit de voir le chemin parcouru par le Bénin de 2000 à 2009 sur le front de la santé surtout par rapport à l'objectif 6.

Quels sont les obstacles qui jonchent le parcours des OMD et comment baliser le chemin pour un mieux être des femmes et des enfants qui sont les premières victimes de cette situation sanitaire encore dégradée ?

**Méthodologie :** Pour mieux comprendre la situation de piétinement actuel, nous avons combiné deux approches.

Une approche quantitative pour comparer les indicateurs les plus couramment utilisés avant et après la mise en place des OMD à partir des statistiques du Ministère de la Santé Publique, de certaines revues spécialisées et surtout des rapports annuels que produit la cellule nommée OMD/DSRP.

Elle sera couplée d'une approche qualitative qui permettra de voir l'évolution des mentalités au sujet de la prise en charge du paludisme chez les 0-5 ans et de la représentation du sida et de la tuberculose, représentation qui ont un lien avec l'acceptation et l'observance des traitements disponibles. Celle-ci se base sur des études qualitatives qui ont eu lieu au Bénin depuis 2000 à propos de ces trois affections

La 1ère de ces enquêtes a eu lieu en 1999. C'est une enquête CAP qui a porté sur 1.200 mères d'enfants de moins de cinq ans réparties dans trois villages du sud-Bénin.

La deuxième en 2008, c'est-à-dire 10 ans après, pour voir l'évolution des mentalités au sujet de la prise en charge du paludisme chez les 0-5 ans.

Elle a concerné aussi les mères d'enfants de 0-5 ans aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale du sud au nord du pays.

Les outils de collecte sont pour toutes les enquêtes retenues des entretiens individuels approfondis et des focus qui visaient à comprendre comment les personnes en charge de la santé infantile recherchaient un traitement en cas de fièvre, dans quel délai et les barrières culturelles rencontrées lors de cette recherche.

Pour le VIH-Sida et la tuberculose nous avons retenues le rapport annuel du PNLS, et les résultats de l'EDS-B 2006. Et une série d'enquête de surveillance des comportements à risque chez les professionnels de sexe, les camionneurs, les jeunes élèves, étudiants et artisans réalisés par le Population Service International-Bénin depuis 2000.

Nous avons aussi consulté le rapport alternatif réalisé par les Organisations de la société Civile dit rapport OSC qui permet à la société civile d'apporter sa contribution à la réflexion sur l'atteinte des objectifs des OMD.

Mais avant d'en arriver aux résultats donnons un bref aperçu de la situation du BENIN

Au plan socio-économique

Selon les chiffres de l'INSAE, le Bénin, a une population estimée à 9 millions d'habitants dont 51,8% de femmes. Les jeunes de moins de 15 ans représentent 47%, un taux de mortalité infanto-juvénile de 125‰ et une espérance de vie à la naissance de 56 ans en 2006.(EDS-B, 2006)

Il a opté pour une démocratisation de sa vie politique et la libéralisation de son économie à la faveur de la Conférence des forces vives de la Nation de 1990. Les réformes politiques et macroéconomiques engagées dans les différents domaines depuis bientôt une vingtaine d'années ont permis d'enregistrer des résultats probants marqués par un taux de croissance moyen du PIB de l'ordre de 6% depuis 1990 et une amélioration sensible de l'indice de développement humain (IDH) qui est passé de 0,224 en 1990 à 0,435 en 1999 et en 2008 à 0,540. Cet indice se situe sur une tendance à la hausse depuis 1990 et traduit les efforts entrepris en matière d'éducation, de santé et de

lutte contre la pauvreté.

Malgré ces progrès le pays est toujours classé 163 sur 177 au niveau de l'IDH. Ainsi bien que le niveau de certains indicateurs se soit amélioré, la pauvreté demeure un problème de préoccupation majeure.

Ces bonnes performances macro-économiques n'ont donc pas pu empêcher une certaine détérioration des conditions de vie des populations. En l'absence de filets de sécurité pour les plus vulnérables, la population se paupérise surtout dans les zones rurales. Ainsi la pauvreté monétaire s'est aggravée, passant de 26,5% en 1996 à 29% en 2000 et 37% en 2007. (MP/DSRP 2003 et 2007). Autrement dit plus d'un béninois sur trois vit sous le seuil de pauvreté, avec moins de 30.000 CFA par mois (un peu moins de 50 euros).

Le marché de l'emploi dominé par le secteur informel n'arrive pas à donner le premier emploi aux jeunes diplômés ; ce qui accroît la pression sur les maigres ressources du pays.

Le manque de moyens étatiques entraîne, entre autres, une insuffisance significative des budgets alloués à la santé, même si l'effort est fait ces dernières années pour qu'elle atteigne 10%. (taux recommandé par l'OMS) mais il est à noter que ce chiffre ne représente que le budget voté, le taux d'exécution est généralement plus faible, de plus, les seuls salaires accaparent plus de 60% du budget exécuté. (CREDES/ARIVA/commission Européenne, avril 2004).

Le financement du secteur est aussi fort dépendant des partenaires extérieurs (remise de dette, projets PPTE ou prêt banque mondiale).

Au plan sanitaire

Les données épidémiologiques place le paludisme en tête des affections surtout chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceinte. Les IST-VIH/SIDA et de la tuberculose constituent un défi majeur pour les gouvernants.

*Le paludisme*

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires du Ministère de la santé Publique, en 2004 comme en 1999, le paludisme est toujours en tête des affections et représente 37% des causes de recours aux soins dans les formations sanitaires, le taux d'incidence a peu varié (118‰ en 2000 et 119‰ en 2004 et 116‰ en 2007. Son taux de létalité est toujours aussi élevé en 1999 qu'en 2004 : 13,5% en moyenne dans la population totale, 23,5% chez les 0-1 an et 17,3% chez les 1-4 ans (MSP 2004). Certains spécialistes reconnaissent même que ce taux en est progression (Saliou Badarou, 2007). Cette létalité, plus qu'inquiétante traduit une situation de pauvreté et d'inadéquation des services de santé (Barrat et al 2004, Panosian-Dunavan, 2006). S'il est vrai que le maintien ou la progression de ses taux au Bénin peut s'expliquer mécaniquement par la hausse des paramètres démographiques, il n'en demeure pas moins que les populations manifestent une certaine impatience face à l'incapacité du système de santé à nationale assurer une couverture répondant à leur besoin.

De plus la résistance des psalmodies aux antipaludiques habituels constitue un nouveau défi pour la prise en charge de cette maladie.

Dans ce contexte, seul, le volet prévention, matérialisé par la distribution à grande échelle des moustiquaires imprégnées a eu un succès relatif.

La proportion d'enfants dormant sous moustiquaire imprégnés est passée de 4,4% en 2000 à 48% en 2004. Si la prévention semble donc progresser, les traitements contre la maladie restent trop

chers donc peu utilisés. De même, le paludisme, par ses conséquences contribue à maintenir les populations dans un état de pauvreté parce que faisant perdre à l'ensemble des pays en Afrique au sud du Sahara plus de 12 milliards de dollars US par an (WHO, 2000). Au niveau des ménages le paludisme contribue à la diminution des ressources destinées aux dépenses de première nécessité (nourriture, scolarisation) et entretient aussi la fécondité élevée des femmes en Afrique perpétrée dans la logique « en faire beaucoup en prévision de ceux qui vont mourir » (Panosian-Dunavan, 2006); et parfois de paludisme.

Par rapport aux connaissances, aptitudes et pratiques, on constate toujours que seulement 26,4% des mères lient le paludisme à la piqure des moustiques. (Kiniffo et al en 1999) et 30% en 2008 (PSI-Bénin 2008).

Pour la plupart des mères en 1999 (58%) comme en 2008 (47%), la cause du paludisme est le «houévo» soleil ou la fièvre «corps chaud», consommation exagérée de l'arachide, d'autres la lient encore de nos jours à l'envoutement et/ou aux verres intestinaux.

S'agissant des recours aux soins, on constate qu'il est fortement empreint des perceptions et des représentations de la maladie. Lorsque la «la fièvre est banale, elle ne nécessite pas de soins dans une formation sanitaire «on se débrouille à la maison». Les formes graves sont perçues comme une manifestation des forces occultes et n'iront à l'hôpital qu'au bout de la chaîne. Ainsi, Faye S. L. & al (2004) montrent, dans une étude sur les pratiques thérapeutiques en cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en milieu rural sénégalais, que les parents recourent essentiellement à la médecine moderne (même si, à cause des problèmes d'accessibilité aux centres de santé, il s'agit essentiellement l'automédication) et/ou aux plantes médicinales traditionnelles en cas de fièvre. Mais quand l'enfant fait une crise ou convulse, la même maladie est dès lors perçue comme ayant une cause surnaturelle et l'enfant est malheureusement conduit chez le guérisseur traditionnel ou chez le marabout.

Au Bénin aussi, les mères n'ont recours aux soins dans les formations sanitaires généralement en phase de complications (anémie sévère, convulsion/coma (Houéto et al 2006). Selon les résultats de l'EDS-B 2006, 54% des mères ont affirmé avoir été dans une formation sanitaire au cours de la fièvre de l'enfant mais elles étaient seulement 24% à l'avoir 2 jours après la fièvre.

#### *Les IST-VIH/SIDA*

Il est devenu comme partout ailleurs, un véritable problème de santé publique en raison des problèmes socio-économiques qu'il engendre. Selon le PNLS, en 2007 64 000 personnes de tous âges vivaient avec le virus du sida, le nombre de femmes âgées de plus de 15 ans vivant avec le VIH est estimé à 37 000 et 5400 enfants âgés de 0-14 ans avaient été contaminés.

La proportion hommes/femmes touchés tend vers la parité alors qu'en 2000, elle était de deux hommes pour une femme. Dans la tranche des 15-24 ans la prévalence chez les femmes est 3 fois plus élevée (0,9%) que chez les hommes (0,3%). La transmission est essentiellement hétérosexuelle dans près de 90% des cas, suivie de la transmission mère-enfant (environ 4%).

Les projections réalisées en 2006 donnent les estimations suivantes :

- Nombre de personnes vivant avec le VIH (15 ans et +) : 72 406;
- Nombre de personnes ayant besoin d'une thérapie de première ligne: 22 129 ;
- Nombre de nouveaux cas d'infection à VIH (15 ans et +) : 4 160 ;

- Incidence du VIH : 0,09% ;
- Nombre d'orphelins de père ou de mère : 49 329;

Ces chiffres qu'on peut qualifier de relativement faibles cachent quand même d'autres réalités. Ainsi parmi les 127 851 personnes ayant bénéficié du dépistage volontaire, 6247 sont positives, soit 4,89 % des personnes dépistées au cours de l'année. Le taux de Séropositivité était de 10,99% en 2006. On pourrait conclure que si plus de personnes acceptaient le dépistage, l'incidence du VIH serait largement en deçà des résultats obtenus. Chez les femmes enceintes dépistées l'incidence est de 3,05%. Ce qui semble suggérer une amélioration de la qualité de la PTME.

Le nombre de personnes dépistées laissent néanmoins entrevoir une prise de conscience au niveau de la prévention. Mais les nouvelles contaminations concernent les jeunes et souvent les femmes entre 15 et 30 ans. Dans ces conditions la jeunesse de la population, (plus du ¼ a moins de 30 ans) fait craindre une forte potentialité de contamination importante; d'où les inquiétudes suscitées encore et toujours par la pandémie du Sida. De plus il existe encore au Bénin une large couche de la population qui est encore dans une phase de déni total de la maladie à tort ou à raison. Les conséquences sont souvent dramatiques pour la famille qui un jour se retrouve en situation de précarité et le décès des parents malades laissent des enfants orphelins dont l'avenir est souvent compromis. Le rapport suscitè indique que le nombre d'orphelins connus est passé de 20 000 à près de 30 000 dans la tranche de 0-17 ans de 2000 à 49. 338 en 2007.

#### *La tuberculose*

Depuis l'avènement du Sida, il y a près d'un quart de siècle, la tuberculose est devenue aussi un fléau. et connaît une inquiétante résurgence en Afrique . le PNLS en enregistré près de 15000 cas de coïnfection (tuberculose-VIH/sida. Pour le professeur Jean Pierre ZELWEGER, ces deux là forment « la plus redoutable association de malfaiteurs » et il ajoute qu'il est à craindre que la féminisation de l'infection à VIH fasse peser un lourd fardeau sur les enfants lors des transmissions mère enfant. Malgré a mise en place du programme PTME, auquel le Bénin a adhéré et dont les activités ont permis de ramener la transmission mère enfant de 12% à 4% en cinq ans.

Si le projet foresa 3 a permis d'intensifier la lutte autour du malade, celle-ci reste encore une maladie tabou et fait l'objet encore de graves stigmatisations. Le rapport socio anthropologique élaboré à l'issue des trois ans qu'a duré le projet montre entre autres, que les malades ont toujours du mal a parlé librement de leur maladie dans leur entourage et reviennent rarement vivre dans leur village après un long séjour à l'hôpital « mon oncle instituteur chez qui je pensais me réfugier m' a mis aussi à la porte quand je lui ai expliqué mon parcours.de peur dit il que je ne transmette cette maladie à ses enfants » (jeune homme guérit de sa tuberculose et qui cherche à se réinsérer) (Ouendo, et al, 2008).

#### **Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**

La tendance évolutive de l'infection à VIH associée ou non à la tuberculose d'une part et le niveau inquiétant du paludisme et leur impact socioéconomique sur les populations ont conduit la communauté internationale à leur consacrer le sixième axe des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à savoir « Stopper la propagation de la pandémie du VIH/SIDA et de la malaria et inverser la tendance d'ici à 2015 ».

L'Assemblée Générale des Nations Unies, a invité par la même occasion, l'ensemble des Etats à définir clairement des stratégies de lutte contre ces pandémies par la mobilisation de

ressources financières supplémentaires. Au Bénin les mécanismes de financement bilatéraux et multilatéraux existants ont été renforcés et d'autres partenariats mis en place. D'importantes ressources financières ont ainsi été mobilisées à partir des initiatives internationales définies par le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et l'Organisation Mondiale de la Santé, telles que le « Three by five » et l'« Accès universel » aux soins et traitements en ce qui concerne le VIH/SIDA.

Ce faisant, la communauté internationale reconnaît ainsi la place du paludisme, du VIH-sida et de la tuberculose dans le sous développement persistant en ASS Lapeyre (2006) et Panosian-Dunavan (2006).

Toutefois, pour plusieurs autres chercheurs, la forme que constituent les OMD, ciblant les objectifs sans les considérer dans les contextes spécifiques qui les génèrent semble positionner la résolution du problème sous l'angle de la vision biomédicale de la santé Lapeyre, F. (2006). Selon lui, cette forme de résolution des problèmes est loin de favoriser l'atteinte des objectifs et Bryce et al. (2006) affirment en parlant du paludisme en Afrique au Sud du Sahara que « si rien n'est fait dans le sens de prises d'actions adaptées à la réalité du paludisme telle que la vivent les communautés, il y a fort à parier que les OMD constituent déjà un échec ». Les enfants d'Afrique continueront de mourir de paludisme (Werner ; Sanders 2006)

Autrement dit si rien n'est prévu pour la prise en compte des réalités socioculturelles qui expliquent leur propagation la tendance actuelle prévue pour être inversée en 2015 ne serait qu'une désillusion de plus.

C'est vrai que les affections ciblées par l'objectif 6 ont une forte connotation culturelle dans lesquelles les représentations et les perceptions tiennent une place prépondérante et déterminent en retour des parcours thérapeutiques qui ont peu à voir avec la vision purement médicale comme le clament depuis les anthropologues.

#### **De la représentation/perception de la maladie au recours thérapeutique**

Un vaste champ de la recherche anthropologique et ethnologique a montré que dans différentes sociétés traditionnelles, la maladie n'était pas toujours perçue de façon rationnelle mais considérée comme prenant source dans le monde de l'invisible. Ainsi, Cléments (1932) classa les différentes causes de la maladie couramment invoquées dans les sociétés traditionnelles en cinq grands types : incorporation d'un objet maléfique, perte d'une âme, possession par un esprit, violation d'un interdit, agression d'un sorcier. Dans ce contexte de perception transcendante de la plupart des maladies, les solutions/réponses envisagées pour recouvrer la santé passaient, le plus souvent, par le recours aux guérisseurs, magiciens, sorciers, etc. Ces derniers, selon la cause supposée de la maladie, procédaient par rituels, incantations ou administration d'antidotes censés bouter le mal hors du corps ou de l'esprit (cf. Odile Reyverand, 1983 cités par Kuépié et al, 2008).

Mais il convient de souligner que la démarche thérapeutique traditionnelle ne relevait pas de façon exclusive de pratiques ésotériques. Pour un certain nombre de maladies, existait une pharmacopée basée sur des substances végétales ou animales et qui était administrée de façon totalement « profane ». Certains de ces produits agissaient avec une réelle efficacité. Mais le point faible de cette pharmacopée en Afrique particulièrement, est l'absence de documents écrits, explicitant le principe actif, la posologie des traitements et les éventuels effets secondaires (Dozon et Sindzingre, 1986). Ces derniers auteurs soulignent d'ailleurs de façon fort pertinente, que dans tous les cas, la médecine traditionnelle, même celle basée sur les végétaux et animaux, reste embrigadée dans une représentation

magico-religieuse de la maladie.

### Quel chemin parcouru par le Bénin de 2000 à 2008 ?

Pour évaluer le chemin parcouru, le Bénin a mis en place un cadre précis pour surveiller l'évolution des indicateurs les plus courants et documentés comme cible dans les OMD. Certains indicateurs ont été réadaptés pour tenir compte des réalités locales.

Le but étant d'avoir un tableau synoptique avec les valeurs de départ et celles obtenues à mi-parcours. Il cherche à lever les obstacles qui freinent le développement durable en général et sanitaire en particulier.

Le chemin parcouru depuis l'avènement des OMD

Le tableau suivant nous donne un aperçu du chemin parcouru dans l'optique d'atteindre les résultats attendus en 2015

Cibles	Indicateurs au Bénin	2000	2004	2007	Objectifs OMD
D'ici à 2015 avoir stoppé la propagation de la pandémie et commencé à inversé la tendance	taux de prévalence du VIH/sida parmi les femmes enceinte âgées de 15-24 ans	2,1%	2%	1,7	1,9
	Taux d'utilisation du préservatif	4,5	15%	40%	100%
	Nombre d'orphelins du Sida (déclarés)	29000	32800	49320	ND
	Taux de scolarisation des enfants du Sida	ND	ND	90%	ND
Avoir maîtrisé le paludisme	Taux de prévalence du paludisme	118%°	119%°	116%°	ND
	Taux de mortalité liée à cette maladie	14%	18%	16%	ND
	Taux de fréquentation des services de santé (soins curatifs)	32%	35%	37%	100%
La tuberculose	taux de prévalence de la tuberculose	4,5	8%	14%	stabilisé
	taux de mortalité de la tuberculose	ND	ND	ND	ND
	proportion de cas de tuberculose détectés et soignés avec les DOTS	ND	ND	65%	ND

*Source* : élaboré à partir des rapports PNLS, PNL, EDS-B 2006 et OMD/DSRP

Les résultats ainsi présentés en disent long sur le parcours du Bénin et montre que les politiques mises en places dans le cadre des OMD ont connu des fortunes diverses

*Pour le VIH-SIDA : de petites victoires mais encore beaucoup de morts*

La mise en place de la planification stratégique, l'avènement des médicaments antirétroviraux, et surtout leur gratuité dans le cadre de l'IB-ARV, la prise en charge médicale des Personnes Vivant avec le VIH de même que la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH ont conduit à la mobilisation de financements complémentaires nationaux et internationaux. Les efforts consentis ont permis au Bénin de rester un pays à épidémie généralisée à faible prévalence selon la catégorisation de l'ONUSIDA. La prévalence de l'infection à VIH est de 1,7% en 2007 contre 2,1% en 2000. Indéniablement les initiatives prises ont impacté positivement l'évolution de la pandémie du sida au Bénin

Malheureusement tous les malades du sida n'ont pas encore accès aux antirétroviraux ; même s'ils ont été déclarés gratuits pour les malades détectés. Au Bénin il y a encore beaucoup de séropositifs qui s'ignorent faute de dépistage. Les représentations /perceptions qui lui sont associées fait qu'il demeure toujours la maladie de la honte et de la stigmatisation. Le silence assourdissant qui l'entoure « véritable épidémie dans l'épidémie » (Denis et Becker, 2006) entrave les efforts de prévention et mine la santé morale et physique des patients et fait obstacle à toutes possibilités de soins et de traitement. La preuve, seuls 57,5% des personnes dépistées en 2007 sont venues chercher leurs résultats, 334 personnes sous ARV sont décédées sous ARV. Pour la même année, il a été enregistré 1211 cas d'abandons et 1222 perdus de vue. Les nombres les plus élevés de perdus de vue s'observent dans le Littoral et l'Ouémé.

Le rapport du PNLS, ne mentionne pas les raisons de ses décès et autres comportements complètement inimaginables sous d'autres cieux. Mais il est une preuve indéniable que le scepticisme et l'incrédulité face à l'existence du sida domine encore les représentations. Il est toujours perçu comme une maladie individuelle de l'Autre (étrangers, prostituées,) Ainsi « la mortalité qu'elle provoque est cachée par la famille ou réinterprétée en fonction des croyances locales et associée à la sorcellerie » (Benoist, J & Delcaux, A. 1996).

Malgré les petites victoires (dépistage gratuit et anonyme sur la base du volontariat ; disponibilité et gratuité des antirétroviraux pour les malades suivis, baisse considérable de la contamination mère-enfant , passant de 12% en 2000 à 4% en 2008 le sida continue de faire de nombreuses victimes dans les zones rurales où les normes socioculturelles sont encore prégnantes et dans la couche juvénile qui pense à tort qu'elle n'est pas encore assez active sexuellement pour être exposée au VIH.

#### *Le paludisme, des résultats encore mitigés*

A l'instar de la mobilisation régionale et internationale, le Bénin aussi initié plusieurs actions pour faire de la lutte contre le paludisme une priorité nationale. On peut citer par exemple la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées, l'adoption d'une politique de traitement des cas de paludisme par la thérapie combinée de d'artémisine (MS/Bénin, 2006 ; OMS 2002) et traitement préventif intermittent par la Sulfadoxine -pyriméthamine chez les femmes enceinte . la spécificité ici est que le traitement en deux doses est prise lors des consultations prénatales et supervisée par un agent de santé. Les deux prises devraient assurer une couverture préventive adéquate aux gestantes qui l'ont accepté. Mais ici aussi l'acceptation n'est pas totale. Les femmes selon une perception erronée doutent de l'efficacité d'une telle approche à cause de sa durée réduite (Bassabi, et al 2006).

Comme on le voit, plusieurs étapes ont caractérisé l'évolution de la lutte contre le paludisme au Bénin. Mais force est de constater que malgré les différentes interventions de lutte, non seulement le paludisme n'est pas éradiqué ni contrôlé, mais demeure encore un problème majeur de santé publique à cause de sa complexité. Selon les spécialistes « la résistance croissante des parasites aux antipaludiques usuels (chloroquine et sulfadoxine pyriméthamine) et des vecteurs à certains insecticides utilisés dans l'imprégnation des moustiquaires constitués de nouveaux défis » (Kingnidé-Gazard, 2004) les résultats ne sont pas encore à la hauteur des efforts fournis.

La faiblesse des revenus des pauvres conduit aussi à réduire au strict minimum le recours aux centres de santé modernes et à privilégier des solutions alternatives telles que l'automédication et le recours à la médecine traditionnelle car la médecine moderne coûte souvent très chère. En effet, une étude réalisée au Cameroun en 2005 (Commeyra C. & NDo R., 2005) estime à 9500FCFA les coûts

en médicaments quand un malade fait appel à la médecine moderne, contre 1100F CFA pour l'automédication moderne et 440F CFA pour l'automédication traditionnelle. Même si l'efficacité de ces deux derniers modes n'est pas du tout garantie, ils risquent, de par leur modicité, d'avoir la préférence des pauvres.

Si les programmes antipaludiques ont fort bien réussi à saisir l'attention du monde et à exploiter les possibilités politiques (le partenariat RBM est à l'ordre du jour des politiques mondiales et nationales. Le financement a augmenté pour le paludisme et la couverture en interventions essentielles, surtout le TPI, est entrain de s'étendre rapidement), la non contextualisation des programmes de lutte fait encore que l'adhésion des communautés à ces programmes reste largement en deca de ce qu'elle aurait dû être.

*L'objectif peut-il être atteint ?*

Pour les scientifiques spécialistes des sciences humaines, il y a deux obstacles majeurs :

La non contextualisation des objectifs pour prendre en compte les spécificités locales qui les génèrent et expliquent tant soit peu leur propagation

Le manque de fonctionnalité et d'efficacité des systèmes de santé

Le sida se développe dans un terrain marqué depuis des générations par des relations de

genre de rapports de pouvoir, de conflits de classe et des tensions sociales qui déterminent en tout cas expliquent les chemins particuliers que suit la pandémie (Van Houten S. Becker C. 2006)

Le Bénin affiche certes des taux de prévalence à la baisse ; mais la potentialité de contamination est toujours énorme eu égard, aux normes qui pèsent sur la sexualité des jeunes et surtout des femmes : il s'agit du silence et de la honte et de la stigmatisation qui entourent le sida au Bénin , « véritable épidémie dans l'épidémie » selon le terme de Benedict Carton (2006) mine la santé morale et physique des patients et fait obstacle aux possibilités de soin et de traitement.

Il est donc indispensable de prendre en compte comment les modes d'organisation sociale et les pratiques culturelles qui président aux comportements sexuels et matrimoniaux des populations concernées et qui à leur tour favorisent la diffusion du virus. La preuve en est qu'au Bénin les filles entre 15-24 ans sont plus contaminées que les garçons aux mêmes âges. La pauvreté et les inégalités entre sexes (rapports de genre) peuvent être à l'origine de ce déséquilibre .

Tandis que Houéto, D. (2006), pense que la persistance du fardeau du paludisme, sur les populations dans un contexte où les mesures efficaces curatives existent, semble poser le problème de la non prise en compte des perceptions et représentations des populations et l'efficacité de l'organisation des systèmes sanitaires qui génère la maladie est très important. Il préconise que la lutte contre la maladie s'insère d'avantage dans un programme global de développement communautaire faisant place aux perceptions et représentations qu'ont les populations de la fièvre. Les professionnels de santé avec l'aide de la communauté internationale devant jouer un rôle de personnes ressources. Selon lui, une telle stratégie permettrait de sortir les populations à la fois du paludisme et du sous-développement.

Il faut noter enfin, l'importance cruciale des systèmes de santé qu'ils soient publics, privés ou associatifs. comme pivots incontournables de la riposte qui inclut la prise en charge thérapeutique. Or le système sanitaire au Bénin connaît des difficultés majeures :

Insuffisance (quantitative et qualitative) des ressources financières, humaines et matérielles dans un

contexte de croissance démographique et d'urbanisation anarchique.

Une faible mobilisation des flux d'informations sanitaires même si elles s'améliorent.

Une gestion hasardeuse des maigres ressources existantes surtout humaines (le clientélisme politique ambiant affecte dangereusement la gestion des ressources humaines dans ce secteur).

### Conclusion

L'amélioration de la santé des pauvres est un défi international que les Nations Unies avec l'engagement des Etats ont promis de relever à travers les OMD d'ici à 2015. Les OMD, constituent une réponse à la prise de conscience de la nécessité d'intégrer la dimension humaine au cœur du processus de formulation des politiques de développement. Il permet ainsi de rouvrir le débat sur les stratégies du développement au-delà de la logique des politiques d'ajustement structurel. Ce faisant, la communauté internationale replace la santé au cœur même du processus de développement. Les initiatives - « Faire reculer le paludisme », et, plus récemment, « 3 millions d'ici 2005 » le « Three by five » et l'« Accès universel » aux soins et traitements - prouvent que le Bénin avec l'appui de ses partenaires et à l'instar des autres pays concernés est déterminé à rendre coup pour coup, à défaut d'y mettre fin, à diminuer les souffrances, les pertes et les préjudices économiques imputables à ces maladies. Mais la vision purement biomédicale des objectifs ciblés en 2000 ne sont pas de nature à susciter, la pleine participation des populations et induire des comportements favorables à l'inversion des tendances.

C'est vrai que, grâce à l'impulsion donnée au programme par les Nations Unies, beaucoup de fonds ont été mobilisés et des résultats ont été obtenus surtout dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA. Mais comme la propagation du VIH au sein d'une population est le produit d'un faisceau complexe d'éléments. Les dimensions sociales culturelles et économiques ne peuvent donc être négligées.

Pour le paludisme, les résultats mitigés ne peuvent donner lieu aussi à plus d'optimisme. Les stratégies de luttes doivent tenir compte de certaines réalités locales surtout de la non fonctionnalité des systèmes de santé.

Ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. « Pour les spécialistes, « pour que la lutte contre le paludisme aboutisse, les interventions doivent être mises en œuvre dans un système de santé fonctionnel et efficace, que la qualité des CPN s'améliore, le dépistage et les complications et/ou les transferts soient plus rapides. Malheureusement, les obstacles continuent à se dresser car les politiques qui normalement favorisent ces possibilités d'intégration, ne sont pas mises en œuvre

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Along, PB, Kirkwood B, Kendall C, (2005) How local community knowledge about malaria affects insecticide treated net use in northern Ghana. *Tropical Medicine and International Health* 366-378.
- Ahlonso F.A. (1993). Transfusion sanguine au CNHU de Cotonou. Situation en 1991 et perspectives d'avenir. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Abomey-Calavi FSS.
- Badarou S. (2007). L'auto-évaluation des compétences communautés pour mieux faire face au paludisme. <http://www.santetropicale.com/béninbada0807.htm>
- Baume C, Helitzer D, Kachur PS. Patterns of care for childhood malaria in Zambia *Soc Sci med* 2000; 51 149-1503
- Bassabi, N'. Etude de l'acceptabilité du traitement du paludisme chez la femme enceinte « mémoire de maîtrise en santé publique IRSP, Cotonou 2006.
- Benoist, J. Delcaux, A. (1996) *Anthropologie et Sida : bilan et perspectives*. Paris, Kartala 350p.
- Bremen JG. The ears of hippopotamus: manifestations, determinants, estimates of the malaria burden *Am J trop Med Hyg* 2001,
- Butajira, southern Ethiopia, *Bull World Health organ* 2003; 81(4): 261-268.
- Houéto D, Ouendo EM, Deccache A. Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. *Santé publique* 2007 ; (19)5 ; 363-372
- Dossou-yovo, J. Amalaman, K. & Carnevale, P. (2001) Itinéraires et pratiques thérapeutiques anti-paludiques chez les citadins de Bouaké, Cote d'Ivoire, *Médecine Tropicale*, 61, 495-499
- Faye, S.L. (2005). Le paludisme infantile chez les Seerrer du Sénégal : évolution des savoirs et pratiques thérapeutiques dans un contexte migratoire. Tome 1 Thèse de Doctorat, Université Segalen, Bordeaux 2.
- Guiguemdè, T.R., Coulibaly, S.O, Ouédraogo, J.B., & Gbary, R. (1997) Esquisse d'une méthode d'estimation du coût économique des accès palustre : application à une zone rurale au Burkina Faso *Tropical Medicine and International Health*.
- Greenwood B. (2000). Morbidité et mortalité paludéenne en Afrique, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de Santé*, n°2 1-2.
- Kiniffo, R. Agbo-Ola, L. Issifou, S., Massougboji A. (2000) "Les mères des enfants de moins de cinq ans et le paludisme dans la vallée de Dangbo au sud-est du Bénin" *Médecine d'Afrique noire*, N° 47,
- Lapyere, F. (2006) Objectifs du Millénaire pour le Développement – Point de vue critiques du Sud, *Alternatives du Sud*, vol.13/1, 2006
- Ministère de la Santé Publique (MSP/Bénin) annuaires des statistiques sanitaires Années 2003, 2005 et 2007 Kiniffo, R. Agbo-Ola, L. Issifou, S., Massougboji A. (2000) "Les mères des enfants de moins de cinq ans et le paludisme dans la vallée de Dangbo au sud-est du Bénin" *Médecine d'Afrique noire*, N° 47,
- Ministère du plan et du développement économique et Macro International (2008)
- Enquête Démographiques et de Santé –Bénin, 2006
- MSP/PNLS et PSI-Bénin : (2002) « Enquêtes de surveillance des comportements à risque d'infection à VIH-sida » Rapports 2000 à 2008.
- Murray, J. C. Laakso, T. Shibuya, K., Hill, K. & Lopez, D. A. (2007) Can we achieve Millenium Development Goal 4 ? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet*, 370,1040-54.
- Nations Unies (2000). Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire. NU septembre 2000.
- Organisation Mondiale de la Santé, (2000), La déclaration d'Abuja et le plan d'action sur le projet faire reculer le paludisme; Abuja, Nigéria, le 25 avril 2000 RMB. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé, (2002b), L'OMS préconise de nouvelles thérapies anti-paludiques en Afrique. OMS, Genève, <[http://www.esculape.com/infectio/palu\\_oms-2002.html](http://www.esculape.com/infectio/palu_oms-2002.html)>  
Panosian-Dunavan, C.P.(2006). La lutte contre le paludisme. *Pour la Science*,343,42-48.  
Salako LA ; Briger WR ; Afolabi BM et al. Treatment of children in rural communities Vanasse, A.  
Représentations de la santé : Activités physique et tabagisme : Thèse de doctorat en santé publique, option éducation pour la santé , Université Catholique de Louvain, Bruxelles 2000.