

REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR  
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR

Option :  
Management

Filière :  
Management des Services Publics

Année Universitaire : 2007 - 2008

**Contribution à l'amélioration du système de  
Counseling et Dépistage Volontaire du  
VIH/SIDA : cas de PSI/KfW dans le nord BENIN**

Réalisé et soutenu par :

Janvier Sègninou SOSSOU

Maître de Stage

Dr. Marguerite NDOUR BEHANZIN  
Coordonnatrice du Projet Transversal  
de Prévention VIH/ SIDA de PSI/ KfW

Directeur de mémoire

Clément DJOHOUN  
Docteur - ès Sciences Economiques  
Professeur Assistant à l'ENAM / UAC

**Août 2008**

## Identification du jury

Président : Rigobert KODONON

Vice - Président : Martin DAVOH

Membre : Frantz MASSOUGBODJI

L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE  
MAGISTRATURE (ENAM) N'ENTEND DONNER  
AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION AUX  
OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE. CES  
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME  
PROPRES A LEUR AUTEUR

## Dédicaces

Je dédie ce travail à :

- Mon feu père Magnon SOSSOU
- Ma mère Ayékétonin SOSSOU pour les énormes sacrifices consentis pour faire de moi ce que je suis.

Trouvez à travers ce travail l'expression de ma profonde gratitude

Et

- Mes enfants pour qui, je souhaite que ce travail soit une source de motivation à mieux faire.

**Contribution à l'amélioration du système de Counseling et dépistage volontaire du VIH/SIDA : iv  
cas du projet PSI/KfW dans le nord Bénin**

---

## Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à :

- Monsieur Clément DJOHOUN mon Directeur de mémoire, qui malgré ses multiples occupations, a accepté de suivre ce travail.
- Madame Marguerite NDOUR BEHANZIN pour toute l'attention qu'elle m'a accordée lors de mon stage.
- Mon jeune frère Benoît K. SOSSOU pour son apport de qualité et son soutien constant pour la réalisation de ce travail
- Tout le personnel de PSI Bénin et particulièrement à ceux de la coordination régionale basée à Djougou, et du CSC de Djougou ainsi qu'à l'équipe de OSV - Jordan à Parakou
- Tous mes camarades de promotion pour la grande solidarité qui a caractérisé l'équipe et particulièrement à TCHINTCHIN Rodolphe pour sa contribution à la réalisation de ce travail
- Monsieur Josephat AVOCE pour sa contribution à la réalisation de ce travail.
- Madame Djawéliatou SIDI pour son encouragement et son soutien
- Tous ceux qui de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail.

## Sigles et abréviations

<b>ABCD</b>	: Abstinence Bonne fidélité Condom et Dépistage
<b>ARV</b>	: Antiretroviraux
<b>AVSS</b>	: Association Villageoise Socio Sanitaire
<b>CD</b>	: Counseling Dépistage
<b>CDV</b>	: Counseling Dépistage Volontaire
<b>CGPE</b>	: Comité de Gestion des Points d'Eau
<b>CIP</b>	: Communication interpersonnelle
<b>CIPEC</b>	: Centre d'Information de Prospective d'Education et de Counseling
<b>CSC</b>	: Centre de Santé Communal
<b>CTV</b>	: Counseling et Test Volontaire
<b>ddl</b>	: Degré de Liberté
<b>GTZ</b>	Coopération Technique Allemande
<b>HORECA</b>	: Hôtel, Restaurant, Café
<b>IDE</b>	: Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IEC</b>	: Information Education et Communication
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles
<b>KfW</b>	: Banque Allemande de Développement
<b>MMEE</b>	: Ministère des Mines de l'Energie et de l'Eau
<b>MS</b>	: Ministère de la Santé
<b>MVU</b>	: Matériel Mobile de Projection Audio-Visuelle

<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	: Organisation des Nations Unies pour la Lutte Contre le SIDA
<b>OSV</b>	: Organisation pour le Service et la Vie
<b>PDDC</b>	: Programme d'Appui au Développement des Communes
<b>PDV</b>	: Points de Vente
<b>PEP</b>	: Programme Eau Potable
<b>ProCGRN</b>	: Programme de Conservation et de Gestion des Ressources Naturelles
<b>ProFam</b>	: Protection de la Femme
<b>PSI</b>	: Populations Service International
<b>PVVIH</b>	: Personne Vivant avec le Virus l'Immuno - Déficience Humaine
<b>SIDA</b>	: Syndrome de l'Immuno - Déficience Acquise
<b>SONEB</b>	: Société Nationale des Eaux du Bénin
<b>TS</b>	: Travailleuse de Sexe
<b>USAID</b>	: Agence Américaine de Développement International
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immuno - Déficience Humaine

### Liste des tableaux

Tableau 1: Regroupement des problèmes par centre d'intérêt .....	15
Tableau 2: Tableau de bord de l'étude sur la contribution à l'amélioration du système de dépistage volontaire du VIH/SIDA: cas du projet PSI/KfW dans le nord Bénin .....	25
Tableau 3: Relation entre la connaissance des modes de transmission de VIH/SIDA et les moyens de prévention .....	37
Tableau 4: Test de signification de la relation entre mode de transmission et moyens de prévention du VIH/SIDA.....	38
Tableau 5: Relation entre la condition d'acceptabilité du testdépistage par les raisons .....	39
Tableau 6: Test de signification de la relation entre la position par rapport au dépistage et les motifs.....	41
Tableau 7: Relation entre les moyens de prévention et de comportements à risques en fonction du sexe .....	43
Tableau 8: Test significativité statistique entre le niveau de prévention et des comportements à risque en fonction du sexe .....	44
Tableau 9: Test du respect des normes de confidentialité, de l'annonce des résultats et l'effet d'entraînement au dépistage .....	45
Tableau 10: Impact de l'accueil sur la motivation au dépistage .....	46
Tableau 11: Test de signification de l'impact de l'accueil sur la motivation au dépistage.....	47
Tableau 12: Point des dépistages de août 2007 à juillet 2008 au CSC Djougou .....	48
Tableau 13: Point des dépistages de août 2007 à juillet 2008 par le centre mobile .....	49
Tableau 14: Point des dépistages de août 2007 à juillet 2008 à OSV Jordan Parakou .....	50

---

Tableau 15: Test de corrélation entre les clients dépistés et les centres de dépistage.....	52
Tableau 16: Tableau de synthèse de l'étude sur « contribution à l'amélioration du système de counseling et dépistage volontaire du VIH/SIDA : cas de PSI/KFW dans le nord Bénin ».....	56

## **Glossaire**

**CDV** : Counseling et dépistage volontaire est un test demandé par un client désirant connaître son statut sérologique. Ce dépistage doit être toujours accompagné d'un counseling pré-test (individuel ou collectif) et post-test (avec suivi individuel). Il est Confidentiel et nécessite le consentement éclairé du client.

### **Counseling et dépistage volontaire en stratégie avancée**

Le CDV est qualifié de stratégie avancée si elle est réalisée dans l'aire dévolue à la stratégie mobile mais avec déplacement des conseillers vers la cible pour plus d'efficacité. Il peut être réalisé aussi bien par l'équipe mobile ou celle fixe. Tout dépistage qui se réalise hors du centre fixe et dans un des arrondissements de Djougou est dit en stratégie avancée.

### **Counseling et dépistage volontaire en stratégie mobile**

Le CDV est dit mobile quand il se réalise hors de l'aire d'intervention de l'équipe du fixe. Dans le contexte du projet transversal PSI/ KfW de prévention de l'IST/VIH-SIDA tout dépistage qui se fait hors de la commune de Djougou avec ou sans le Véhicule Laboratoire est qualifié de dépistage mobile.

## Sommaire

IDENTIFICATION DU JURY .....	i
DEDICACES .....	iii
REMERCIEMENTS.....	v
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	vi
LISTE DES TABLEAUX .....	viii
GLOSSAIRE .....	x
SOMMAIRE.....	xi
INTRODUCTION GENERALE .....	1
CHAPITRE 1 <sup>ER</sup> : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE .....	3
CHAPITRE 2 <sup>EME</sup> : DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS .....	21
CONCLUSION GENERALE.....	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	61
ANNEXES.....	i

## **Introduction générale**

L'origine réelle du VIH/SIDA est un sujet à polémique. Mais l'on sait aujourd'hui avec certitude que le VIH se transmet par le sang et les sécrétions sexuelles. La sueur, la salive, l'urine et les selles ne sont pas contaminants, le virus y étant présent en trop faibles quantités. Les contacts de la vie quotidienne, le partage des verres et couverts, les poignées de porte, le linge, les téléphones publics ou les sièges de toilette sont sans risque. L'utilisation des brosses à dents, coupe-ongles, ciseaux, rasoirs des personnes contaminées comporte un risque, certes minime, mais qui impose la prudence. Il en est de même pour les aiguilles utilisées pour le tatouage, les instruments de chirurgie dentaire et les aiguilles d'acupuncture.

Les modes d'infection au VIH/SIDA sont multiples et multiformes ; mais se regroupent en trois voies à savoir : la voie sexuelle, la voie sanguine et la voie mère – enfant. La protection contre cette affection requiert une vigilance accrue que seule la connaissance préalable de l'état sérologique peut garantir. Cette connaissance passe par le dépistage responsable dans un centre spécialisé.

Le test de dépistage n'est pas obligatoire à titre individuel, et ne peut en aucun cas être réalisé sans l'accord du patient même à visée diagnostique, à l'exception des dons de sang, d'organes, de tissus, de cellules, de sperme ou d'ovule et de lait, pour lesquels il est systématique et obligatoire.

Un test de dépistage peut se faire de façon volontaire, anonyme ou non mais confidentielle dans les centres de dépistage. S'il est réalisé sur prescription médicale, les résultats sont protégés par le secret professionnel qui garantit également la confidentialité au patient.

La connaissance de son statut sérologique permet de "prendre un nouveau départ" par la prise des décisions et résolutions responsables. Mais cette connaissance n'est pas le résultat d'une action isolée, mais plutôt celui d'une synergie d'action entre les clients et certaines structures par le biais des conseillers. C'est un processus qui oblige à la mise en place d'un système performant : le système de counseling et dépistage.

C'est dans le but de participer à l'amélioration de ce système que nous avons choisi comme sujet de mémoire : «Contribution à l'amélioration du système de counseling et dépistage volontaire du VIH/SIDA: cas du projet PSI/KfW dans le nord Bénin »

Pour y parvenir, nous avons adopté un plan en deux chapitres.

Le chapitre premier expose le cadre institutionnel de l'étude des observations de stage et le ciblage de la problématique. Le chapitre deuxième présente le cadre théorique et méthodologique, d'une part, l'analyse des résultats des enquêtes ; les approches de solutions et les conditions de leur mise en œuvre, d'autre part.

## Chapitre 1<sup>er</sup>

### **Cadre institutionnel de l'étude, observations de stage et ciblage de la problématique**

## **Section 1 : Cadre physique de l'étude et observations du stage**

### **Paragraphe 1 : Présentation de la structure d'accueil du stage**

PSI/Bénin est une ONG américaine installée au Bénin depuis 1992. Dans son rôle de spécialiste de marketing social et en communication pour la santé, PSI/Bénin mène essentiellement des activités de Communication pour un Changement de Comportement et de communication de masse au sein et en direction des groupes cibles, orientées vers les domaines où il intervient. Ces domaines sont : le VIH/SIDA, le paludisme, la survie de la mère et de l'enfant, la santé de la reproduction et la planification familiale.

#### **✓ *Le volet VIH/SIDA***

Les activités de sensibilisation sur l'existence du VIH/SIDA et les moyens de sa prévention représentent une grande partie des interventions de PSI au début de son installation au Bénin. Les activités de mobilisation sociale d'envergure, d'IEC/CIP, de communications mass-média en direction des groupes cibles se sont intensifiées au fil des années. Les Travailleuses de Sexe (TS), les routiers, les jeunes gens de 15 à 24 ans sont les principales cibles des campagnes de prévention du VIH/SIDA. PSI/Bénin met en œuvre depuis quelques mois la stratégie de dépistage volontaire en stratégie mobile et fixe.

#### **✓ *La lutte contre le Paludisme au PSI-Bénin***

La politique de prévention du paludisme se base sur des campagnes régulières d'information sur la nécessité pour la famille de

dormir sous moustiquaire imprégnée. Elle se traduit par des activités périodiques de sensibilisation et de distribution des moustiquaires imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action ainsi que des kits de réimprégnation. Les cibles prioritaires sont les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

✓ **Survie de la mère et de l'Enfant au PSI-Bénin**

Pour renforcer la prévention et le traitement de la diarrhée chez l'enfant, PSI vient de mettre sur le marché béninois, une nouvelle formule de Sel de Réhydratation Orale combiné avec des comprimés de Zinc pour renforcer la défense immunitaire des enfants et éviter des épisodes diarrhéiques futurs.

✓ **Santé de la Reproduction et Planification Familiale au PSI-Bénin**

Au Bénin, les activités de planification familiale, partie intégrante de la Santé de la Reproduction constituent une grande part des activités de PSI. Elles se sont intensifiées ces dernières années avec l'avènement du Projet de franchise sociale dénommée ProFam : Protection de la Famille qui a développé un réseau de cliniques privées engagées à fournir des services de santé familiale de qualité aux usagers.

Le Projet Transversal PSI/KfW servira de cas d'étude dans le contexte de ce mémoire.

**Le Projet Transversal PSI/KfW de prévention des IST et du VIH / SIDA**

Financé par la KfW et exécuté par PSI, en partenariat avec la GTZ et l'ONG OSV-Jordan, le projet transversal de prévention des IST et du VIH/SIDA est un projet qui intervient dans toutes les 13 communes de

---

l'Atacora/Donga et 4 autres villes secondaires du Bénin à savoir Ouidah, Azové/Aplahoué et Kandi. Il dispose de trois centres de dépistage dont deux en stratégie fixe (Parakou, et Djougou) et un en stratégie mobile.

Ce projet vise à renforcer les efforts de prévention du VIH/SIDA au sein des 3 programmes (PDDC, PEP, ProCGRN) de la coopération allemande dans leurs zones prioritaires d'intervention

Le projet comporte trois volets à savoir :

**- La prévention de base**

Elle est axée autour de deux composantes. La composante institutionnelle développée en milieu de travail notamment le Ministère des mines de l'énergie et de l'eau (MMEE) et le siège de la Direction de la Société Nationale des Eaux du Bénin (SONEB).

La seconde composante dite Composante opérationnelle prend en compte l'ensemble des activités de sensibilisation menées auprès des cibles des différents programmes sus cités et auprès des organisations religieuses et traditionnelles

**- Le marketing social**

*Il s'agit d'améliorer la disponibilité des préservatifs masculins auprès des cibles du projet telles que les Travailleuses de Sexe (TS), la population mobile et les jeunes d'une part, et d'introduire le condom féminin auprès des TS comme alternative aux situations où les hommes refusent de porter le préservatif masculin, d'autre part.*

- **La prévention spécifique.**

Ce volet s'occupe essentiellement des groupes à risque (TS, routiers et jeunes). Pour atteindre son objectif, il est mis en place deux cliniques fixes et une clinique mobile de dépistage volontaire et gratuit du VIH/SIDA et la réalisation des activités de sensibilisation.

Il contribue également au renforcement du programme "Amour & vie" qui s'emploie à améliorer l'accessibilité des services de prévention des IST/VIH à l'intention des jeunes, particulièrement en milieu rural par le canal des émissions radio "Amour & Vie" de la création de clubs "Amour & Vie" –de distribution de magazines et de la promotion de la méthode équilibrée d'abstinence, bonne fidélité réciproque, capote anglaise et le dépistage (ABCD) à travers un matériel audio – visuel mobile (MVU).

**Paragraphe 2 : Etat des lieux sur les prestations du Projet PSI/KfW**

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet transversal, PSI, sur financement de la KfW, a appuyé la mise en place et le fonctionnement de deux (2) centres fixes (Djougou et Parakou) et d'une unité mobile de counseling et dépistage du VIH. Cette unité mobile couvre les départements de l'Atacora , de la Donga et les autres villes secondaires Ouidah, Azové/Aplahoué, Kandi. De septembre 2007 à juillet 2008, **6827** personnes ont été dépistées au niveau de ces centres avec 4% de personnes dépistées positives.

Depuis la mise en place de ces centres, des supervisions ont été réalisées par l'équipe du Projet et le CIPEC. Compte tenu du nombre

important de clients que ces structures dépistent, un contrôle de la qualité du counseling et dépistage est réalisé.

Les groupes ciblés par ce programme sont les groupes prioritaires dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA que sont:

Les routiers ( chauffeurs et apprentis chauffeurs des gros porteurs et des taxi interurbains)

Les apprentis mécaniciens,

Les travailleuses de sexe affichées,

Les travailleuses de sexe clandestines et assimilées (serveuses de bars et vendeuses de boisson locale etc),

Les apprenties coiffeuses et couturières,

Les clients des travailleuses de sexe et des bars,

Les Comités de gestion des points d'eau (CGPE),

Les associations villageoises socio sanitaires (AVSS),

Les personnels des mairies et des arrondissements,

Les leaders des organisations religieuses et des élus locaux,

Les jeunes (élèves)

Les points de ventes (PDV) de Prudence Plus et du Fémidom ; surtout ceux autour des gares routières, des "semi-grossistes", des "grossistes" et des lieux de rencontre à risque : Hotels Restaurant Café (HORECA).

## Fonctionnement des équipes de dépistage

### ❖ Centre fixe du CSC Djougou

Un des locaux du Centre de Santé Communal de Djougou (CSC) a été réfectionné par le projet pour servir de centre de dépistage volontaire des IST/VIH/SIDA. C'est le centre fixe de Djougou qui a démarré ses activités début septembre 2007. Le personnel intervenant dans ce centre est composé comme suit : un technicien de laboratoire deux conseillers qui sont des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE ) et un réceptionniste. Ce personnel dépend de la Zone Sanitaire de Djougou - Ouaké - Copargo mais transmet ses données à la coordination Régionale pour rapport mensuel. Ce centre est ouvert tous les jours ouvrables de 8 heures à 20 heures. Il est également un centre de prise en charge et de traitement aux antiretroviraux.

La fréquentation du centre fixe de Djougou est souvent faible et pour corriger cette situation il est envisagé des dépistages en stratégie avancée

### ❖ Centre fixe de Parakou

Le centre de santé de l'ONG, OSV - Jordan est créé le 03/03/1997 Il a démarré en 2003 ses activités de CDV avec l'appui de PSI/ USAID.

Le centre de Parakou est composé d'un médecin, de deux(2) sages femmes, d'un assistant social, de deux infirmiers diplômés d'Etat, d'un infirmier de santé, d'un comptable, de trois réceptionnistes, de deux personnes ressources ( PVVIH) et le Directeur Exécutif de l'ONG. La structure travaille avec des compétences extérieures dans plusieurs domaines.

Tout le personnel de OSV est formé à la prise en charge psychosociale des PVVIH. La structure offre des services variés à savoir :

- Conseil et dépistage volontaire
- Consultations médicales et soins courants
- Un service de pharmacie et de session des médicaments
- Un service de laboratoire
- Un service d'hospitalisation des PVVIH
- La consultation pour la planification familiale
- La prise en charge des IST et le suivi des groupes à haut risque notamment les TS

Le centre de dépistage volontaire de Parakou est un centre de prise en charge et de traitement aux antiretroviraux.

#### ❖ L'équipe mobile

Elle est composée de quatre membres : deux conseillers, un technicien de laboratoire et un chauffeur. Elle fait des dépistages en stratégie mobile et va en mission trois semaines sur quatre. La sortie coûte en moyenne Trois cents mille (300 000FCFA) par semaine soit 900 000FCFA par mois. Ce montant prend en compte les rubriques (carburant, hébergement, perdiems, communication) pour environ 650 dépistages soit un coût moyen de 2 900FCFA par personne dépistée sans le coût du réactif, des consommables (coton, alcool, pincettes...).

Cette stratégie paraît très avantageuse pour le fait qu'elle permet de fournir des services de proximité aux cibles

Un effort d'intégration est fait : en effet la semaine où le mobile ne va pas sur le terrain elle réalise son rapport du mois et appuie le centre fixe dans ses activités. Chaque mois l'équipe fixe est invitée à proposer un de ses membres pour suivre le mobile sur le terrain et pendant une semaine d'activités en remplacement d'un des agents du mobile et à tour de rôle.

Cependant de grosses interrogations restent quant à la conservation des acquis du projet et de la poursuite des activités après la phase de PSI/KfW. Ces questionnements sont liés entre autres à la disponibilité des moyens pour la prise en charge des différentes équipes et l'entretien du matériel roulant.

#### Appui aux ONG et autres activités communautaires

Le projet a contracté avec douze ONG qui sont chargées de mettre en œuvre les activités à travers les 17 communes d'intervention du projet. Elles utilisent des animateurs qui sont du milieu de travail et des pairs éducateurs qui sont des personnes influentes issues des différentes cibles du projet. Les animateurs sous la responsabilité directe d'un superviseur interne sont chargés de la mise en œuvre des obligations contractuelles. Ils devraient aider par des séances éducatives et des entretiens individuels à la promotion des comportements à moindre risque. Ils assurent également l'orientation des cibles pour les dépistages aussi bien en stratégie mobile qu'en stratégie fixe en faisant des références et mobilisent aussi les cibles pour des séances de MVU une fois par mois. En d'autres termes selon le contrat l'équipe de chaque ONG est chargée :

---

- ✓ de la prévention de base,
- ✓ Du Marketing Social des produits de PSI/Bénin notamment Prudence Plus et des fémidoms et
- ✓ De la prévention spécifique.

Il s'agira de promouvoir selon les caractéristiques de chaque groupe cible des moyens préventifs en vue de les inciter à adopter des comportements à moindre risque à l'égard des IST/VIH/SIDA :

- ✓ L'Abstinence (A) surtout chez les jeunes,
- ✓ La Bonne fidélité (B),
- ✓ L'usage correct et systématique du Condom (C) lors des relations sexuelles avec des partenaires occasionnel (le)s et ou réguliers. Dans cette perspective, chaque ONG et son équipe sont impliquées dans l'animation, la création et le suivi des points de vente des préservatifs Prudence Plus et ;
- ✓ La promotion du Dépistage (D) volontaire des IST/VIH/SIDA et l'orientation pour leur prise en charge adéquate.

Chaque animateur devrait mener ses activités sur la base d'une programmation mensuelle adressée à la coordination régionale et aux autres partenaires du projet pour un suivi à travers les supervisions externes. Le superviseur interne qui travaille à temps partiel devrait faire un suivi de proximité ; corriger les imperfections et aider les animateurs au respect des engagements contractuels. Il devrait également rassembler les rapports de chaque animateur, en faire la synthèse et transmettre à la coordination au plus tard le 26 de chaque mois, puis veiller à la réalisation du rapport financier par le comptable de l'ONG chaque mois, mais transmettre ce dernier sous forme compilée chaque trimestre. L'ensemble des activités s'est globalement bien déroulé. Cependant il y a des animateurs qui n'arrivent pas à assurer en terme

---

aussi bien de qualité que de quantité par rapport au nombre d'activités à mener. Ce qui a le plus posé problème à la coordination du projet est la transmission en retard des rapports d'activités et surtout financier. Par ailleurs les points de ventes des préservatifs Prudence Plus sont mal suivis ce qui entraîne des taux de rupture élevé et de mauvais balisage des PDV par endroit.

## **Section 2 : Ciblage de la problématique**

### **Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique**

Nous allons cibler la problématique de notre étude à travers un inventaire des éléments de l'état des lieux avant d'aborder la vision globale et spécification de la problématique

#### **A- Inventaire des éléments de l'état des lieux**

##### **1- Inventaire des atouts**

Les atouts du projet transversal que nous avons relevés au cours de notre stage peuvent être énumérés comme suit :

1. la mise en place d'une équipe de coordination basée à Djougou, zone de concentration du projet
2. La forte disponibilité de la coordination nationale avec l'appui de la Direction de PSI
3. La formation de tout le personnel dans son domaine d'activité et des animateurs des ONG
4. L'existence des moyens matériels et financiers pour la mise en œuvre des activités dont le Véhicule laboratoire chargé du dépistage en stratégie mobile.
5. la signature d'un contrat avec les différents acteurs précisant les obligations de chaque partie

6. Le projet dispose d'un pool de superviseurs externes
7. Une bonne collaboration avec le Ministère de la santé qui supervise les CDV à travers les CIPEC dépendant du PNLS.
8. L'existence d'un véhicule de projection audio visuelle pour appuyer le travail des animateurs.

## **2- Inventaire des problèmes**

1. Faible maîtrise des techniques de communication par les animateurs ;
2. Manque de suivi des pairs éducateurs par les animateurs,
3. Rapports d'activités et financier en retard et de mauvaise qualité,
4. Qualité peu satisfaisante du counseling
5. Faible satisfaction des clients
6. Insuffisance de suivi des PDV
7. Taux élevé de rupture de stock au niveau des PDV
8. Gêne de certains clients à se procurer de préservatifs.

## B- Formulation des problématiques possibles, choix et justification de la problématique retenue

Pour déterminer les problématiques possibles découlant de l'inventaire des problèmes, nous avons regroupé les problèmes spécifiques en trois centres d'intérêt. Ce regroupement se présente dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 1: Regroupement des problèmes par centres d'intérêts**

N° d'ord	Centres d'intérêts	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	Prestations des ONG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible maîtrise de techniques de communication par des animateurs,</li> <li>-Manque de suivi des pairs éducateurs par des animateurs,</li> <li>-Rapports financier et d'activités en retard et de mauvaise qualité,</li> </ul>	Non respect des obligations contractuelles	Problématique de la mise en œuvre des contrats par les ONG
2	Utilisation des services de dépistage volontaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faible adhésion de la population cible au dépistage</li> <li>- Faible disponibilité de certains agents de dépistage</li> <li>- Forte exposition des femmes au VIH/SIDA</li> <li>- Faible niveau de satisfaction des clients</li> </ul>	Faible performance du counseling dépistage volontaire	Problématique de la qualité du counseling et dépistage.

3	<i>la promotion des Produits de PSI/ KfW</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Insuffisance de suivi des PDV</li><li>- Taux élevé de rupture de stock au niveau des PDV</li><li>- Gêne de certains clients à se procurer les produits</li></ul>	Faible promotion des produits de PSI / KfW	Problématique de la promotion des Produits de PSI/ KfW
---	--	--	--	--

Source : Enquête de terrain

De la lecture de ce tableau synthèse il ressort du regroupement des problèmes spécifiques par centres d'intérêts, trois problématiques à savoir :

- Problématique de la mise en œuvre des contrats par les ONG
- Problématique de la qualité du counseling et dépistage
- Problématique de la promotion des Produits de PSI/ KfW.

### **Choix et justification de la Problématique de la qualité du counseling et dépistage**

Une analyse des différentes problématiques obtenues de la synthèse des problèmes spécifiques par centres d'intérêts nous montre qu'elles convergent vers une gestion efficiente du Projet. Ces problématiques étant aussi importantes les unes que les autres, elles méritent toutes d'être étudiées. Cependant notre travail n'étant pas dans la logique d'une étude exhaustive compte tenu de la complexité des problématiques nous sommes obligé de faire un choix.

Au regard de l'aspect innovant et transversal de l'activité du dépistage volontaire en stratégie fixe et surtout mobile et de ce que pouvait être son apport dans la prévention des IST, du VIH/SIDA d'une part et de notre formation de Manager des services publics d'autre part, nous

avons choisi de travailler sur la Problématique de la qualité du counseling et dépistage

Ce problème général regroupe quatre problèmes spécifiques à savoir :

PS N°1- La faible adhésion de la population cible au dépistage

PS N°3- La faible disponibilité de certains agents de dépistage

PS N°3- La forte exposition des femmes au VIH/SIDA

PS N°4- Le faible niveau de satisfaction des clients

En effet une mauvaise qualité du counseling pré et post test avec une mauvaise annonce des résultats peuvent avoir des conséquences imprévisibles aussi bien pour le client que pour le service dans tout son ensemble. Ce trépied pré-test, post test et annonce du résultat constitue le socle sur lequel est bâti le dépistage car c'est lui qui permet de créer une atmosphère de confiance favorable à un climat d'évaluation du degré de risque pris par l'individu dans le passé, de l'amener à en prendre conscience et à prendre des résolutions pour l'avenir.

Par ailleurs le problème spécifique n° 2 peut se retrouver à travers celui N° 4 car si les clients viennent au centre ou vont vers le mobile pour se faire dépister et ils ne retrouvent qu'une seule personne alors qu'elles devraient être 3 le temps d'attente serait très long et les clients découragés peuvent rentrer chez eux très déçus. Il est également à signaler que dans ces cas la seule personne qui se retrouve à exécuter la charge de travail prévue pour 3 personnes finit par mal recevoir les clients, ce qui naturellement joue sur le degré de satisfaction de ces derniers. Il se dégage à l'issue de cette analyse

que nous ne retiendrons en définitive que 3 problèmes spécifiques à savoir :

PS N°1- La faible adhésion de la population cible au dépistage

PS n° 2 : La forte exposition des femmes au VIH/SIDA

PS n° 3 : Le faible niveau de satisfaction des clients

Nous abordons à présent la vision globale de résolution de la problématique de façon spécifiée.

## **Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée**

Malgré les énormes moyens déployés pour circonscrire la pandémie afin de mieux la combattre, les groupes vulnérables se montrent peu convaincus par les méthodes utilisées dont le Counseling, dépistage volontaire. Il en résulte la formulation de la thématique générique suivante à partir du problème spécifique n°1 : la réticence de population vulnérable au Counseling -dépistage volontaire à l'infection au VIH/SIDA : causes et moyens d'action.

Pour cerner cette problématique spécifique, les diverses causes de la propagation de l'infection au VIH/SIDA et les diverses stratégies déployées pour susciter l'adhésion des groupes- cibles au counseling dépistage comme moyen de prévention le plus efficace de lutte contre l'infection au VIH/SIDA seront inventoriées et analysées.

Pour des raisons d'ordre sociologique et économique, les femmes s'exposent plus au risque de contamination au VIH/SIDA que les hommes. Cette situation est liée entre autres à la méconnaissance des

règles de prévention de cette infection et par voie de conséquence à la persistance des comportements favorables à la propagation de la pandémie. Les femmes des milieux à risque se révèlent, par leur faible niveau de connaissance des moyens de prévention, comme les cibles les plus vulnérables à l'infection au VIH/SIDA.

Ainsi la thématique générique n°2 découlant du problème spécifique n°2 se formule comme suit : l'influence du sexe dans la propagation du VIH/SIDA : état des lieux et perspectives avec le CDV

Pour contribuer à répondre à cette épineuse question, il sera procédé à une étude comparative de l'impact de trois centres de dépistage installés ; un fixe à Parakou, et deux à Djougou dont un fixe et l'autre mobile.. Ensuite nous suggérerons les pistes d'action pour accroître au niveau de ces centres, le centre mobile en particulier le taux plus de dépistage.

La connaissance de son état sérologique est un facteur essentiel du changement de comportement. Cependant beaucoup de personnes dont les activités les exposent quotidiennement à l'infection au VIH/SIDA se montrent parfois réticentes à se faire dépister. Parmi les raisons récurrentes de cette faible adhésion au dépistage, figurent la confidentialité entre les clients et les centres de dépistage, d'une part, les conditions de l'annonce des résultats et la gestion de la suite en cas de résultat positif, d'autre part.

Pour susciter une adhésion massive au test dans le contexte de CDV, nous formulons à partir du problème spécifique n°3, la thématique générique ci-après : contribution au dépistage préventif du VIH/SIDA : rôle de la confidentialité et de l'annonce des résultats. A travers cette

---

thématique générique seront étudiées la spécificité du CDV, les raisons de la réticence au test, le stress de l'après résultat surtout en cas de séropositivité des clients et comment la personne dépistée positive envisage de mener une vie saine.

Au total, trois centres d'intérêts sont identifiés dans le cadre de ce travail. La résolution d'une de ces problématiques spécifiées entraînera les conditions de résolutions des autres problématiques. Ainsi par exemple, l'accroissement du niveau de connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA chez les femmes contribuerait certainement à réduire le taux de réticence au dépistage.

Cette étude nous permettra de faire des suggestions concrètes pour rendre plus opérationnel le CDV et acquérir de nouvelles compétences comme par exemple l'analyse d'impact de projets.

## Chapitre 2<sup>ème</sup>

### **Du cadre théorique de l'étude aux conditions de mise en œuvre des solutions**

## **Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude**

### **Paragraphe 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature**

#### **A- Objectifs, hypothèses et résultats attendus**

- **Objectifs**
- **Objectif global**

A travers cette étude, nous voudrions contribuer à rendre plus efficaces les services de Counseling et Dépistage Volontaire du VIH/SIDA en vue de sa prévention et de la prise en charge des PVVIH.

- **Objectifs spécifiques**

- Objectif spécifique N°1 : Déterminer l'influence de la qualité des CDV sur l'accroissement du nombre de personnes dépistées.

Objectif spécifique N°2 : Analyser les relations qui existent entre le niveau de connaissance des moyens de prévention et les comportements à risques en fonction du sexe.

- Objectif spécifique N°3 : Montrer que le niveau de satisfaction élevé des clients augmente la demande de service de counseling et dépistage volontaire du VIH.

- ***Hypothèses***

**H1** : l'adhésion des clients aux services de counseling et dépistage du VIH/SIDA varie en fonction de la qualité des services offerts par la chaîne des prestataires

**H2** : le niveau de connaissance des moyens de prévention et l'adoption des comportements appropriés varient en fonction du sexe.

**H3** : La prestation peu performante des agents est une cause de diminution du nombre de personnes dépistées.

## **B- Tableau de bord**

Le but visé à travers la réalisation du tableau de bord de l'étude est de permettre aux utilisateurs de cerner à chaque étape de notre analyse nos préoccupations et d'établir une logique dans notre rédaction.

**Tableau 2:** tableau de bord de l'étude sur la contribution à l'amélioration du système de dépistage volontaire du VIH/SIDA: cas du projet PSI/KfW dans le nord Bénin

Niveaux d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes	Hypothèses
Niveau général	<p><b><u>Problème général</u></b></p> <p>Problématique de la qualité et de l'utilisation des centres de dépistage volontaire.</p>	<p><b><u>Objectif général</u></b></p> <p>Contribuer à rendre plus efficaces les services de Counseling et Dépistage Volontaire du VIH/SIDA en vue de sa prévention et de la prise en charge des PVVIH</p>	-	-

<b>Niveaux spécifiques</b>	<b>1</b>	<p><b><u>Problème spécifique n°1</u></b></p> <p>La faible adhésion de la population cible au dépistage</p>	<p><b><u>Objectif spécifique n°1</u></b></p> <p>Déterminer l'influence de la qualité des CDV sur l'accroissement du nombre de personnes dépistées.</p>	<p><b><u>cause spécifique n°1</u></b></p> <p>La peur de l'inconnu, stigmatisation, mauvaise information sur les CDV, mauvaises prestations des CDV</p>	<p><b><u>Hypothèse n° 1 :</u></b></p> <p>L'adhésion des clients aux services de counseling et dépistage du VIH/SIDA varie en fonction de la qualité des services offerts par la chaîne des prestataires</p>
	<b>2</b>	<p><b><u>Problème spécifique n°2</u></b></p> <p>La forte exposition des femmes au VIH/SIDA par leur statut socio économique.</p>	<p><b><u>Objectif spécifique n°2</u></b></p> <p>Analyser les relations qui existent entre le niveau de connaissance des moyens de prévention et les comportements à risques en fonction du sexe.</p>	<p><b><u>Cause spécifique n°1</u></b></p> <p>L'Analphabétisme des femmes et leur vulnérabilité liée à la tradition,</p>	<p><b><u>Hypothèse n°2 :</u></b></p> <p>Le niveau de connaissance des moyens de prévention et l'adoption des comportements appropriés varient en fonction du sexe.</p>

	<b>3</b>	<p style="text-align: center;"><b><u>Problème spécifique n°3</u></b></p> <p>Le faible niveau de satisfaction des clients</p>	<p><b><u>Objectif spécifique n°3</u></b></p> <p>Montrer que le niveau de satisfaction élevé des clients augmente la demande de service de counseling et dépistage volontaire du VIH.</p> <p style="text-align: center;">-</p>	<p><b><u>Cause spécifique n°3</u></b></p> <p>L'accueil au niveau des structures, prestation des agents, gestion de la prise en charge</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Hypothèse n°3 :</u></b></p> <p>La prestation peu performante des agents est une cause de diminution du nombre de personnes dépistées</p>
--	----------	--	---	---	---

Source : Enquête de terrain

## **C- Revue de littérature**

Le VIH/SIDA constitue aujourd'hui un problème majeur de santé, de développement socioéconomique et culturel. L'Afrique au sud du Sahara semble la partie du monde la plus touchée par cette pandémie, car pour seulement 10% de la population mondiale, cette région concentre à elle seule environ 70% des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA en 2007 (ONUSIDA, 2007).

Dans certains pays de cette région, le taux de prévalence dépasse parfois 30%, et fait de l'infection au VIH/SIDA, la première cause de la mortalité chez l'adulte jeune. Au Bénin, le premier cas d'infection au VIH/SIDA remonte à 1985. Selon les données du rapport de la surveillance épidémiologique PNL (2006), qui prend en compte les sites sentinelles, la prévalence est de 1,9 % avec des disparités régionales. La Donga par exemple est à une prévalence de 3,2% pour la même source. Au plan national, la prévalence globale est de 1,2% avec une nette prédominance de la prévalence féminine (1,5%) sur celle masculine (0,8%) (EDSIII, 2006).

Le ratio d'infection femme/homme est de 1,88%, soit 188 femmes sont infectées pour 100 hommes positifs (EDSIII, 2006). La propagation est presque de 2 fois plus rapide chez les femmes que chez les hommes. Cette contamination massive se produit dans un contexte caractérisé par une ignorance des règles de prémunition et de conditions insuffisantes de counseling et de dépistage efficaces. Il en résulte en d'autres termes que les services de CDV sont peu disponibles au plan national mais aussi le bien-fondé et les principes cardinaux de la

pratique du CD ou du CDV sont souvent mal connus ou mal appliqués par des conseillers.

L'organisation mondiale de la santé, OMS, définit le counseling comme un dialogue confidentiel entre un client et un personnel soignant en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/SIDA. En effet, c'est une pratique qui consiste à évaluer le risque personnel que court chaque individu vis-à-vis de l'infection au VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs, ou à permettre une bonne prise en charge en cas de séropositivité.

Le counseling du VIH/SIDA permet de fournir un soutien psychosocial aux personnes infectées et affectées par le VIH et de prévenir la transmission du VIH en encourageant les changements de comportements et en félicitant les bons comportements. Mais de nos jours, il est apparu la nécessité de coupler le désir de connaître le statut sérologique et la pratique de counseling.

C'est le counseling et dépistage volontaire (CDV) de VIH/SIDA que l'ONUSIDA, (2000) appelle counseling et Test Volontaire (CTV), qui est un outil récent de diagnostic et de prévention du VIH/SIDA a cependant un accès limité pour plusieurs raisons dont la non disponibilité, la qualité du service et la peur de connaître son état sérologique, sans être efficacement pris en charge en cas de séropositivité (Medang, 2004).

Face à la problématique de cette augmentation sans cesse croissante des infectés en Afrique au sud du Sahara en général et au Bénin en particulier, il apparaît impérieux de rendre plus efficace la pratique du counseling et Test volontaire de dépistage.

Pour ce faire, plusieurs méthodes sont réalisées dont les services de dépistage intégrés aux services de santé existants, les services de counseling en milieu de travail et les services mobiles de dépistage volontaire.

- Bien plus que le prélèvement de sang, **le counseling et dépistage (CD) du VIH est une porte d'entrée vitale pour les autres services de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA**, notamment la prévention de la transmission mère - enfant; la prévention et la prise en charge clinique des affections liées au VIH, le contrôle de la tuberculose et le soutien psychosocial et légal.

- **Il existe une demande de services en counseling et dépistage (CD) du VIH** : les gens veulent connaître leur statut sérologique VIH ou bien la demande peut être suscitée lorsque des services compétents sont disponibles.

- Le counseling et dépistage (CD) du VIH est **bénéfique pour les personnes dépistées aussi bien séropositives que séronégatives**. Il permet de lever l'anxiété, élève la perception des clients de leur vulnérabilité au VIH, permet de promouvoir le changement de comportement, facilite la référence précoce vers les services de soins et soutien, notamment l'accès aux traitements par les ARV et contribue à la réduction de la stigmatisation de l'infection au sein de la communauté.

- Le counseling et dépistage (CD) du VIH offre une **approche holistique**, permettant d'aborder la question du VIH dans un contexte plus vaste se rapportant à la vie des populations, notamment au contexte de pauvreté et sa relation avec les pratiques à risque.

Le rôle déterminant joué par les services de counseling et dépistage (CD) du VIH dans la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA commande donc que soient développées des normes et directives nationales de counseling et dépistage (CD) du VIH en vue de réglementer l'organisation et le fonctionnement des services de counseling et dépistage (CD) du VIH de manière à offrir aux PVVIH, leur entourage et la communauté, des services de qualité, disponibles et accessibles. Ce document a été validé en mars 2008

Il faudrait par ailleurs considérer et prendre en compte, l'impact sur l'offre et la demande des services, des nouvelles orientations de l'OMS et de l'ONUSIDA en rapport avec le dépistage du VIH. En 2004 en effet, l'ONUSIDA et l'OMS rendaient public de nouvelles orientations tendant à refléter l'émergence d'un consensus global sur le counseling et le dépistage du VIH.

Ces orientations stipulent notamment que la gamme de portes d'entrées pour le dépistage du VIH devrait être étendue. De plus, ces orientations mettent l'accent sur le fait que le counseling et le dépistage du VIH devraient être promus en tant qu'activité de routine, et permettre ainsi au plus grand nombre de personnes de connaître leur statut sérologique.

Ces nouvelles orientations ont essentiellement eu pour impact d'entraîner un changement dans le paradigme, le faisant passer de counseling et dépistage (CDV) du VIH à counseling et dépistage (CD) du VIH tout simplement. Le processus du counseling et dépistage (CD) volontaire étant désormais considéré comme une approche parmi tant d'autres

Les services mobiles de CDV ont été en effet souvent mis en œuvre dans une tentative de toucher les groupes sociaux difficiles d'accès, à l'instar des prostituées, des camionneurs et enfants de la rue (Boswell, Baggaley, 2002).

Pour nombre de spécialistes de l'amélioration de la qualité de dépistage du VIH/SIDA, le modèle de Boswell et Baggaley, (2002), apparaît plus efficace que les modèles existants en ce qui concerne les cibles pour lesquelles il est conçu.

En effet, Medang (2005 : 6), s'appuyant sur la riche expérience de l'ONG OSV Jordan qui s'est illustrée dans les groupes sociaux difficiles d'accès a fait révéler que "les services mobiles de CDV sont un outil important d'appui aux services traditionnels (fixes), notamment en termes d'accès pour les groupes sociaux difficiles d'accès (prostituées ou travailleuses du sexe et assimilés ; routiers et assimilés ; enfants de la rue)."

D'autres auteurs des pays comme le Burkina-Faso, le Mali ou la Côte d'Ivoire sont parvenus à des résultats similaires. Ce nouvel outil comble-t-il l'attente des acteurs impliqués en termes d'efficacité-coût de prestation de service ? Que faire pour atteindre un optimum de résultats de dépistage ? C'est pour contribuer à cette avancée dans la prestation de service de qualité que la présente étude est menée.

## **Paragraphe 2 : Méthodologie adoptée**

### **A- Méthode de collecte des données**

La collecte des données est à trois étapes à savoir :

- Observation/supervision de la mise en œuvre des services fixes et mobiles sur site. Au cours de cette phase nous avons participé aux activités en tant que membre de l'équipe dirigeante à l'échelle de la coordination du projet transversal PSI/KFW de prévention des IST/VIH-SIDA.
- Entretien/travail avec responsables et prestataires de services de l'OSV JORDAN où nous avons observé la pratique du dépistage mobile et fait des comparaisons avec le dépistage fixe pratiqué au CSC Djougou et à Parakou.
- Collecte et étude des fiches statistiques relatives à l'accueil et à l'enregistrement des clients ainsi que des données épidémiologiques. C'est la phase la plus importante de cette étude.
- Nous avons également établi une fiche de dépouillement qui nous a permis de recueillir les données statistiques.

En effet, nous avons constaté au cours des observations participantes que pour contribuer à promouvoir le CDV dans les groupes vulnérables, il faudrait se renseigner sur les expériences en cours et celles antérieures en vue de déceler les rancoeurs, les ressentiments, les faiblesses, les contraintes et menaces mais aussi les forces et atouts de ces expériences.

Pour y parvenir, nous avons deux questionnaires en direction des principaux groupes cibles concernés par le dépistage. Le premier questionnaire s'est adressé à un groupe témoin choisi dans les zones de couverture du projet transversal de PSI/KfW de prévention des IST/VIH-SIDA. L'échantillon dans ce premier cas est constitué des personnes à risques qui ne se laissent pas facilement dépister. Connaître les motivations réelles de leur réticence au dépistage est le but visé à cette étape.

Quant au deuxième questionnaire, il s'est adressé aux anciens clients des centres de dépistage qui ont déjà utilisé les différents services du projet.

L'approche utilisée pour cette étude est celle de l'interview de la clientèle ayant fréquenté les centres au cours des six derniers mois.

Le recours à cette approche se justifie par la nature de l'étude et des résultats attendus. En effet, pour apprécier la qualité des prestations de service dans les centres de counseling et dépistage, il est beaucoup plus intéressant que les anciens clients qui se sont faits chacun une opinion sur les prestations reçues et qui de ce fait peuvent influencer dans leur cadre de vie les clients potentiels dans le sens d'adoption ou refus du dépistage.

La démarche qui consiste à administrer sur les mêmes préoccupations, deux questionnaires complémentaires présente des informations qu'on peut croiser aisément. Cette approche vise à comparer des données collectées sur site en vue d'y inférer de relations statistiquement significatives entre les variables testées.

## **B- Echantillonnage et outils de collecte des données**

Trois centres de counseling- dépistage volontaire ont servi à collecter les données. Au total, nous avons observé 63 clients dans les deux centres fixes de Djougou et de Parakou et sur un site où l'équipe mobile à travailler à Natitingou.

A côté de ces clients ayant bénéficié des prestations de dépistage, nous avons identifié un groupe-témoin, au sein des groupes cibles difficiles d'accès mais exposés, en vue de connaître les raisons pour lesquelles, ces personnes refusent de se faire dépister.

Pour collecter les données statistiques, nous avons élaboré une fiche de dépouillement.

## **C- Méthode d'analyse des résultats**

Les données collectées ont fait l'objet d'analyses statistiques avec le logiciel SPSS version 10.0 sous Windows. Ces données sont codifiées et saisies à l'aide du tableur Excel 2007. Les analyses effectuées ont permis de déterminer les fréquences, les écarts-types afin de corriger les valeurs aberrantes qui se sont glissées dans la base des données.

Les tests de Khi- deux de Pearson sont réalisés, l'analyse de la variance et de corrélation ont permis de déterminer le degré de signification statistique ou d'apprécier le degré de relations entre les variables testées. En effet, on entend par la significativité d'un résultat statistique, une mesure estimée du degré auquel ce résultat est "vrai" au sens "représentatif de la population".

Dans de nombreux domaines scientifiques, les résultats au seuil  $p \leq 0,05$  sont considérés comme statistiquement significatifs, ce niveau de significativité implique encore une probabilité d'erreur non négligeable de 5%.

Les résultats significatifs au seuil  $p \leq 0,01$  sont généralement considérés comme statistiquement significatifs et au seuil  $p \leq 0,005$  ou  $p \leq 0,001$  comme "très" ou hautement significatifs.

Mais lorsque des variables sont calculées à partir des rangs ou évaluées sur une échelle ordinale de mesure, elles deviennent valeur (Fisher) ou pente (coefficient de corrélation) et permettent d'apprécier le degré de signification des variables testées.

Plus les valeurs de Fisher ou celles de Khi-deux sont élevées, plus les variables testées expriment des relations très ou hautement significatives. Quant au degré de liberté, il permet de calculer les différentes valeurs prises par les tests statistiques. Lorsqu'une population étudiée a une valeur  $p$ , son ddl devient  $p-1$ .

## **Section 2 : Des enquêtes de vérification des hypothèses aux conditions de mise en œuvre des solutions**

### **Paragraphe 1 : Enquêtes et vérification des hypothèses**

**Tableau 3 : Relation entre la connaissance des modes de transmission de VIH/SIDA et les moyens de prévention**

Niveau de connaissance sur le VIH/SIDA \ Moyens de prévention	Aucun moyen de Prévention	Prévention faible	Prévention moyenne	Bonne prévention	Total
Faible connaissance	-	6	-	-	6
connaissance moyenne	4	22	9	13	48
Très bonne connaissance	-		3	6	9
Total	4	28	12	19	63

Source : Enquête de terrain

De l'analyse de ce tableau, il ressort que 76% des enquêtés du groupe témoin ont une connaissance moyenne des modes de transmission de VIH/SIDA, 14% connaissent très bien ces modes de transmission, soit 90% de l'échantillon témoin ont une maîtrise acceptable des modes de transmission du VIH/SIDA.

En ce qui concerne les moyens de prévention, le tableau révèle que 19% et 30% ont respectivement une maîtrise moyenne et une maîtrise suffisante, soit 49% de l'échantillon possèdent une maîtrise acceptable des moyens de lutte contre la propagation de la pandémie,

contre 51% des enquêtés pour qui le seul et efficace moyen de prévention reste la fidélité au foyer ou à ses partenaires.

Ces derniers n'ont pas une maîtrise des moyens de prévention et demeurent exposés à l'infection surtout si on sait que l'échantillon témoin est constitué au sein des personnes dont les activités les exposent aux rapports sexuels avec plusieurs partenaires. Au total, la plupart des individus qui ont une connaissance acceptable maîtrisent également les moyens de prévention les plus courants : les règles d'hygiène (contamination par voie sanguine) et une vie sexuelle saine.

**Tableau 4** : Test de signification de la relation entre mode de transmission et moyens de prévention du VIH/SIDA

Tests	valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux	13,718	6	,033*
Nombre d'observations	63	-	

\*= test significatif au seuil de 5%

Source : Enquête de terrain

Le test de Khi-deux réalisé révèle au seuil de 5% que le niveau de connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA explique la

Connaissance des moyens de prévention ( $p < 0,05$ ,  $ddl=6$ , valeur de khi-deux= 13,718). Ce qui montre que l'intervalle de confiance pour la validité et la fiabilité de cette relation est de 95%. Autrement dit, le souci

de se prémunir contre le VIH/SIDA s'accroît quand l'individu est mieux informé ceci avec une marge d'erreur de 5%.

Mais cette relation entre le niveau de connaissance des modes de transmission et le souci de se prémunir est établie. Quel facteur peut limiter l'accès au service de dépistage ? Le service est-il compris comme le meilleur départ des moyens de prévention ?

**Tableau 5 : Relation entre la condition d'acceptabilité du test dépistage par les raisons**

Raisons \ Condition d'acceptabilité du test	Aucune suggestion	Bonne qualité des services	Accessibilité géographique	Total
Indécis	6	6	6	18
Confiance en soi	6	-	-	6
Distance au centre de dépistage	4	4	-	8
Distance + inefficacité des centres fixes		6		9
Peur de faire le test	4	17	4	28
Total	20	33	10	63

Source : Enquête de terrain

Dans l'échantillon-témoin, le nombre de personnes ayant fait le test est très faible. Une proportion 44.5% des enquêtés déclarent que c'est la peur la principale cause de leur réticence au dépistage, contre 29% qui se montrent indécis à faire le dépistage.

Cette hésitation serait due en partie à la non disponibilité du service (éloignement), et au dépistage des anciens clients dont la confidentialité et le système de prise en charge psychosociale se sont révélés défaillants. Cependant 10% des enquêtés se montrent indifférents au service de dépistage compte tenu de la confiance qu'ils ont en eux-mêmes.

Mais si certaines conditions sont réunies, des enquêtés seront disponibles pour faire le dépistage. En effet, 16% évoquent le rapprochement du service de leur localité comme condition favorable à un dépistage massif et d'autres (52%) suggèrent l'amélioration de la prestation du service post-dépistage comme stimulant à une adhésion.

Autrement dit, certaines personnes détectées séropositives n'ont pas pu bénéficier d'une prise en charge correcte et la confidentialité qui doit précéder l'annonce du résultat n'est souvent pas bien gérée. Aussi 32% des enquêtés sont devenus très sceptiques et ne sont prêts à aucune proposition de solution qui les motiverait à se faire dépister

Au total, la peur de connaître son état sérologique sans une prise en charge adéquate est le principal facteur qui limite l'adhésion au service du dépistage du VIH/SIDA.

**Tableau 6** : Test de signification de la relation entre la position par rapport au dépistage et les motifs

Test	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	32,996	12	,001*
Association linéaire par linéaire	9,852	1	,002
Nombre d'observations	62		

\*= test très hautement significatif au seuil de 1%

Source : Enquête de terrain

Le test de Khi-deux réalisé indique au seuil de 1% que le refus de se faire dépister est lié à la peur de se faire dépister sans être adéquatement pris en charge (  $p < 1$ , ddl=12, valeur de Khi-deux= 32,996).

Autrement dit, pour une marge d'erreur très faible de 1%, le refus de se faire dépister est la conséquence du triste sort qu'ont subi les anciens séropositifs dans les centres de dépistage fixe. En effet, non seulement ceux-là n'auraient pas été convenablement pris en charge, mais la confidentialité de leur état sérologique ne serait pas protégée. Ainsi le dépistage serait la cause de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

**Problème spécifique n°1** : la faible adhésion de la population cible au dépistage

**Diagnostic spécifique n°1** : la réticence à l'adhésion système du CDV est liée certes à la peur de connaître son état sérologique, mais aussi à la déception due aux pratiques antérieures de prise en charge défectueuse des anciens dépistés clients dépistés positifs

**Problème spécifique n°2** : la forte exposition des femmes au VIH/SIDA

**Diagnostic spécifique n°2** : les femmes sont plus exposées à l'infection au VIH/SIDA que les hommes, car elles sont moins informées des moyens de prévention

**Tableau 7** : Relation entre les moyens de prévention et de comportements à risques en fonction du sexe

Moyen de prévention	Sexe		
	Femmes	hommes	Total
Aucun moyen	4	-	4
Faible moyen de prévention	13	18	31
Moyen de prévention acceptable	6	3	9
Moyen de prévention assez efficace	3	16	19
Total	26	37	63

Source : Enquête de terrain

Le critère est le sexe et la connaissance du niveau de prévention des comportements à risque est l'ensemble des variables dépendantes. Le tableau n° 5 montre que les enquêtés qui ne déploient aucun moyen de se prémunir contre l'infection au VIH/SIDA sont les femmes. En plus 50% des femmes ont de faibles connaissances et pratiques des moyens de prévention de l'infection au VIH/SIDA, soit 65% des femmes apparaissent très exposées contre 49% des hommes.

Au niveau de la connaissance des moyens assez efficaces de prévention de l'infection au VIH/SIDA, ce sont également les femmes qui affichent les plus faibles taux. En effet, seulement 12% des femmes interrogées connaissent et pratiquent plus de trois moyens de prévention

qui se révèlent efficaces contre les comportements à risque contre 43% des hommes interrogés qui se protègent assez bien.

Au total, les femmes qui sont les plus exposées ignorent les moyens de prévention et ont plus de comportements à risque que les hommes. Les comportements efficaces de prévention de l'infection au VIH/SIDA varient en fonction du sexe des enquêtés.

Quel est le niveau de significativité statistique de cette relation entre le sexe des enquêtés et leur niveau de vulnérabilité à l'infection au VIH/SIDA ?

Le tableau suivant permet d'établir et d'indiquer le niveau de significativité de cette relation.

**Tableau 8 :** Test de significativité statistique entre le niveau de prévention et des comportements à risque en fonction du sexe

Tests	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	13,182	3	,004*
Association linéaire par linéaire	6,465	1	011
Nombre d'observations valides	63		

\*= le test est hautement significatif au seuil de 1%

Source : Enquête de terrain

Les tests de Khi-deux de Pearson révèlent au seuil de 1% que le sexe est un facteur explicatif du niveau de connaissance sur les IST/VIH/SIDA et des comportements à risque contre l'infection au VIH/SIDA. En effet pour une marge d'erreur d'au plus 1%, il est établi

que les femmes ont non seulement une connaissance relativement plus faible que les hommes sur le sujet mais paraissent plus exposées à l'infection que ces derniers ( $p < ,01$ , ddl= 3, valeur de Khi-deux= 13,182).

**Problème Spécifique n°3** : Faible niveau de satisfaction des clients

**Diagnostic spécifique n°3** : le non respect de la confidentialité et une mauvaise annonce des résultats constituent des facteurs de réticence au test de dépistage

**Tableau 9** : test du respect des normes de confidentialité, de l'annonce des résultats et l'effet d'entraînement au dépistage

	Relations	Somme des carrés	ddl	Moyennes des carrés	F	Signification
Respect de la confidentialité	Intergruppes	10,272	1	10,272	6,607	,012*
Non respect de la confidentialité	Intragruppes	121,278	78	1,555		
Respect insuffisant de confidentialité	Total	131,550	79			
Bonne annonce des résultats de dépistage	Intergruppes	8,668	1	8,668	10,195	,002**
Mauvaise annonce	Intragruppes	66,319	78	,850		
Sans réponse	Total	74,988	79			

\*= l'analyse de la variance est significative au seuil de 5%

\*\*= l'analyse de la variance est très hautement significative au seuil de 1%

Source : Enquête de terrain

Le niveau élevé du respect des normes de confidentialité d'une part et, de celui d'une bonne annonce des résultats encouragent les clients dépistés à orienter les leurs vers les centres de dépistage.

Ce constat reste valable aussi bien pour les centres fixes de Djougou et Parakou que pour l'unité mobile de dépistage. Si les deux facteurs constituent des éléments de motivations pour de nouvelles personnes à se faire dépister, une annonce correcte crée plus d'effet d'entraînement que le respect des normes de confidentialité comme le révèle l'analyse de la variance.

**Tableau 10** : impact de l'accueil sur la motivation au dépistage

Niveau de motivation \ Centres	Très faible niveau de motivation	Faible niveau de motivation	Motivation acceptable	Forte motivation
Mobile	2	2	7	10
CSC Djougou	13	1	3	4
OSV Jordan	1	3	5	12
Total	16	6	15	26

Source : Enquête de terrain

L'analyse de ce tableau révèle que 62% des clients qui se sont déclarés très faiblement motivés par les conseillers sont dépistés au CSC Djougou par contre 52% et 57% respectivement des clients fortement motivés à se faire dépister sont rattachés respectivement au centre de dépistage mobile et de l'OSV Jordan. A cela, si l'on ajoute le niveau de motivation acceptable qui représente 33% pour le centre mobile et 24% pour l'OSV Jordan, on se rend compte que ces deux centres s'illustrent très bien dans la technique de communication à

---

l'endroit de leurs clients respectifs, car la plupart de leurs clients se montrent relativement satisfaits de la prestation des conseillers en ce qui concerne les techniques de communication qu'ils utilisent.

**Tableau 11** : test de signification de l'impact de l'accueil sur la motivation au dépistage

Tests	Variables	ddl	Valeur	Signification asymptotique
Khi-deux de Pearson	Accueil de la clientèle	3	11,984	,007**
	Mobile	6	14,824	,022*
	CSC Djougou	6	9,276	,159
	OSV Jordan	9	27,286	,001**

\*\*= très hautement significatif au seuil de 1%

\*= hautement significatif au seuil de 5%

Source : Enquête de terrain

Les tests de Khi-deux indiquent une différence très hautement significative au seuil de 1% en ce qui concerne les techniques utilisées pour la motivation des clients par centre de dépistage. Autrement dit, le niveau de motivation des clients à se faire dépister varie en fonction de la technique de communication mise en oeuvre par les centres. Le taux élevé de dépistage est une cause de la bonne motivation des clients à connaître leur état sérologique. Aussi l'analyse par centre montre-t-elle une différence significative et hautement significative pour respectivement le centre mobile et l'OSV Jordan. La motivation liée au bon accueil ne semble pas influencer les résultats de dépistage dans le centre de santé communal de Djougou. Il en résulte que l'hypothèse de travail n°1 est partiellement rejetée au niveau du CSC de Djougou.

**Tableau 12: Point des dépistages de Août 2007 à juillet 2008 au CSC Djougou**

MOIS	HOMMES	FEMMES	TOTAL	POSITIFS		NEGATIFS		OBSERVATIONS
				H	F	H	F	
Août								Le dépistage en fixe n'a pas démarré
Septembre	57	66	123	5	12	52	54	Lancement du projet
Octobre	132	89	221	3	14	129	75	
Novembre	182	115	297	5	14	177	101	
Décembre	76	41	117	3	5	73	36	
Janvier	162	114	276	9	13	153	101	+stratégie avancée
Février	84	52	136	5	8	79	44	
Mars	52	39	91	7	5	45	34	
Avril	43	58	101	5	4	38	54	
Mai	44	40	84	7	8	37	32	
Juin	103	79	182	1	9	102	70	Appui du cdv mobile
Juillet	151	110	261	2	6	149	104	Appui du cdv mobile
Total	1086	803	1889	52	98	1034	715	

Source : Enquête de terrain

**Tableau 13: Point des dépistages de Août 2007 à juillet 2008 par le centre mobile**

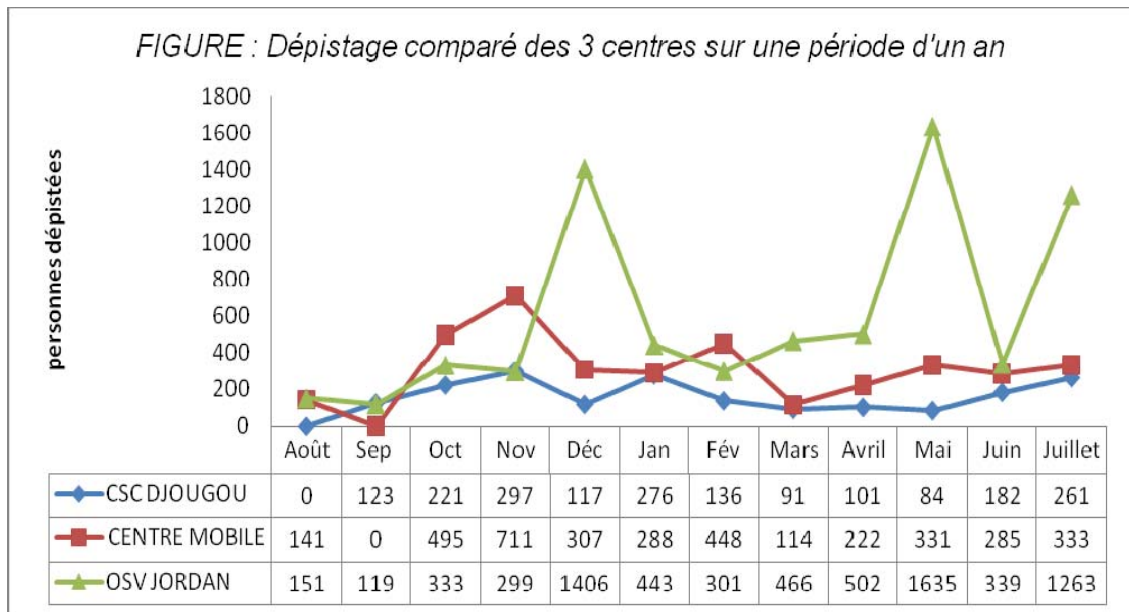
MOIS	HOMMES	FEMMES	TOTAL	POSITIFS		NEGATIFS		OBSERVATIONS
				H	F	H	F	
Août	95	46	141	00	02	95	44	
Septembre	00	00	00	00	00	00	00	Appui au fixe et lancement du projet
Octobre	341	154	495	05	05	336	149	
Novembre	287	424	711	02	01	285	423	
Décembre	190	117	307	00	02	190	115	
Janvier	207	81	288	04	05	200	76	
Février	300	148	448	06	03	293	144	
Mars	90	24	114	03	01	87	21	Correction LQAS et campagne de dépistage
Avril	168	54	222	04	07	164	47	
Mai	137	194	331	00	10	137	194	
Juin	92	193	285	02	13	90	180	
Juillet	171	162	333	02	04	169	158	
Total	2078	1597	3675	28	53	2050	1544	

Source : Enquête de terrain

**Tableau 14:** Point des dépistages de Août 2007 à juillet 2008 à OSV Jordan Parakou

Mois	Hommes	Femmes	Total	Positif		Négatif		<u>Observation</u>
				Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Août 2007	99	52	151	02	02	97	<u>50</u>	
Septembre 2007	61	58	119	03	06	58	<u>52</u>	
Octobre 2007	189	144	333	01	08	188	<u>132</u>	
Novembre 2007	99	200	299	04	08	95	<u>192</u>	
Décembre 2007	910	496	1406	06	15	904	<u>481</u>	
Janvier 2008	278	165	443	02	11	276	<u>154</u>	
Février 2008	188	113	301	03	07	185	<u>106</u>	
Mars 2008	217	249	466	06	07	211	<u>242</u>	
Avril 2008	242	260	502	06	11	236	<u>249</u>	<u>2 couples</u>
Mai 2008	737	898	1635	4	17	733	<u>881</u>	
Juin 2008	168	171	339	00	15	168	<u>156</u>	<u>4 couples</u>
Juillet 2008	809	454	1263	04	19	805	<u>435</u>	<u>8 couples</u>

Source : Enquête de terrain



Source : Enquête de terrain

Cette figure présente les personnes dépistées par centre de Août 2007 à juillet 2008. Elle montre que l'OSV Jordan a connu de forts taux de dépistage aux mois de décembre 2007 et mai 2008 avec une tendance à la reprise de la forte performance au mois de juillet 2008. Le CSC Djougou présente les plus faibles performances sur l'ensemble des dix mois et le centre mobile une tendance à avoir un taux constant de dépistage.

Les chiffres importants constatés en décembre 2007 et mai 2008 sont liés à des campagnes de dépistage dont le centre mobile a participé.

**Tableau 15:** Test de corrélation entre les clients dépistés et les centres de dépistage

Variables dépendantes	Variables explicatives	Coefficient de corrélation de Pearson	Signification bilatérale	Nombre
Centres	Les clients dépistés	,379	,019*	30

\*= la corrélation est significative au seuil 5%

Source : Enquête de terrain

Ce tableau présente les résultats de corrélation entre les clients dépistés et les centres de dépistage. Il existe donc une corrélation positive mais faible au seuil de 5% entre les clients dépistés et les trois (3) centres de dépistage.

## **Paragraphe 2: Approches de solutions et conditions de mise en œuvre**

### **A- Approches de solutions**

Nous sommes dans le cadre d'un mémoire professionnel et nous avons opté pour la recherche diagnostic. Cette option nous a conduit à faire l'état des lieux et à relever les problèmes liés au counseling et dépistage volontaire. Par rapport à ces problèmes nous nous sommes fixé des objectifs par rapport auxquels nous avons formulé des hypothèses. Après avoir vérifié ces hypothèses, suite à l'analyse des résultats de notre enquête nous proposons des approches de solutions liées aux problèmes spécifiques qui ont fait l'objet de notre étude d'une

part, et d'autre part les conditions dans lesquelles ces approches connaîtront de réels succès.

**Approches de solutions au problème spécifique n°1** : Le diagnostic spécifique n° 1 étant la réticence à l'adhésion au CDV est liée certes à la peur de connaître son état sérologique, mais surtout à la déception due aux pratiques antérieures de prise en charge défectueuse des anciens clients dépistés positifs. Il faut donc envisager deux voies de résolution ; la première consisterait à expliquer davantage aux clients les avantages à se faire dépister. Mais, ce qui est plus important, de notre point de vue, est d'amener les conseillers à offrir des services de dépistage attrayants. Ceci impose une parfaite maîtrise des outils qui permettent de réussir l'activité. C'est une activité que l'on ne peut réussir si l'on n'a pas une conscience professionnelle aiguë. Il faudra donc appliquer les normes prescrites en matière de lutte contre le VIH/SIDA au Bénin

**Approches de solutions spécifique n°2** : Ici on constate que les femmes qui sont exposées aux risques de contamination du VIH/SIDA sont peu informées sur les IST/VIH/SIDA dans notre zone d'étude. Les résultats des dépistages que nous avons suivis, lors de notre stage, ont révélé qu'elles sont plus infectées que les hommes. Aussi, est-il impérieux de mener à leur endroit des actions spécifiques. Nous pensons par exemple à l'intensification des entretiens individuels et des séances éducatives suivies de la proposition de dépistage en stratégie mobile ou en stratégie avancée. Bref, il s'agit simplement de privilégier les femmes dans cette lutte si l'on souhaite avoir de meilleurs résultats. Autrement dit, il faudra faire un dépistage beaucoup plus ciblé.

**Approches de solution spécifique n°3** : Etant donnée que la question du CDV es fortement sensible et pour éviter des erreurs dues très souvent à la routine, bien qu'une formation de base soit donnée à tous les conseillers avant le démarrage des activités du projet, il serait souhaitable, au vu des résultats obtenus, d'organiser des séances de recyclage et des supervisions régulières pour redynamiser les équipes et renforcer leurs capacités sur certains aspects.

### **B- Conditions de mise en œuvre**

Proposer des solutions pour corriger un problème de gestion est très important mais il est plus souhaitable d'envisager les conditions de mise en oeuvre de ces propositions.

### **Recommandations aux différents acteurs du projet**

#### **Aux conseillers**

Chaque conseiller doit s'investir profondément pour la quantité et la qualité du travail. Il devra s'approprier les normes et directives nationales de counseling et dépistage du VIH au Bénin et tous autres documents dont il a besoin pour faire bien conduire le counseling et dépistage.

Pour éviter de tomber dans la routine, il faudra souvent faire recours à ses documents techniques. Il devra également se cultiver et être à la pointe de l'actualité pour bien renseigner les clients.

Plus spécifiquement le centre fixe de Djougou devra se rendre un peu plus disponible et organiser des activités en stratégie avancée pour atteindre ces cibles vulnérables qui demeurent réticentes au test de dépistage.

Quant à l'unité mobile, il lui faudra faire le point des sites non atteint du mapping et en tenir compte dans la suite du projet afin de répondre positivement à l'évaluation.

Avant chaque mission, elle devra se fixer un objectif quantitatif et ne faire que des dépistages ciblés tout en prenant également en compte les

cibles prioritaires de la GTZ. De même, elle doit renforcer effectivement le centre fixe quand elle n'est pas en mission.

L'OSV Jordan qui a augmenté le nombre de ses animateurs doit pouvoir mieux cibler en fonction des chiffres mensuels qu'elle produira pour le Projet PSI/KfW.

### **A la coordination régionale**

Elle devra organiser régulièrement avec les partenaires, des supervisions formatives dans la perspective d'aider les collaborateurs à améliorer leur performance.

Elle devra également organiser avec l'appui de la coordination du projet des séances d'échanges une fois par semestre pour un enrichissement mutuel des conseillers, et l'ensemble des membres de l'équipe de travail du projet.

### **Aux ONG**

Elles devront aider à mobiliser les cibles pour le dépistage aussi bien en stratégie mobile, en stratégie fixe qu'en celle avancée.

Il est question ici de mobiliser et référer les cibles au dépistage surtout des personnes à risque.

### **Au CIPEC Natitingou et de Parakou**

Il est souhaitable pour l'amélioration de la qualité des services que la supervision trimestrielle soit désormais mensuelle pour tous les CDV et que le CIPEC veille avec le PNLIS pour que tous les centres de prise en charge soient effectivement opérationnels.

### **A PSI/KfW**

Renforcement de partenariat et recherche d'autres partenaires éventuels pour que le projet consolide ses acquis pendant quelques années encore, avant de les laisser aux structures publiques pour la pérennisation.

**Tableau 16:** tableau de synthèse de l'étude sur « contribution à l'amélioration du système de counseling et dépistage volontaire du VIH/SIDA : cas de PSI/KFW dans le nord Bénin »

Niveaux d'analyse	Problématiques	Objectifs	Hypothèses	Diagnostics	Approches de solutions
<b>Niveau général</b>	Problématique de la qualité et de l'utilisation des centres de dépistage volontaire.	Contribuer à rendre plus efficient le modèle de Counseling Dépistage Volontaire VIH/SIDA en général, pour une amélioration de la connaissance du statut sérologique et en cas d'infection une meilleure orientation pour une prise en charge des personnes infectées.	-	-	-

<b>Niveaux spécifiques</b>	<b>1</b>	La faible adhésion de la population cible au dépistage	. Déterminer l'influence de la qualité des CDV sur l'accroissement du nombre de personnes dépistées	L'adhésion des clients aux services de counseling et dépistage du VIH/SIDA varie en fonction de la qualité des services offerts par la chaîne des prestataires	La réticence à l'adhésion au modèle du CDV est liée certes à la peur de connaître son état sérologique, mais surtout à la déception due aux pratiques antérieures de prise en charge défectueuse des anciens dépistés positifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expliquer davantage aux clients les avantages à se faire dépister</li> <li>- Amener les conseillers à offrir des services de dépistage attrayants</li> </ul>
	<b>2</b>	La forte exposition des femmes au VIH/SIDA par leur statut socio économique.	Analyser les relations qui existent entre le niveau de connaissance des moyens de prévention et les comportements à risques en fonction du sexe.	Le niveau de connaissance des moyens de prévention et l'adoption des comportements appropriés varient en fonction du sexe.	Les femmes sont plus exposées à l'infection au VIH/SIDA que les hommes, car elles sont moins informées des moyens de prévention	Mener à endroit des femmes des actions spécifiques

		Le faible niveau de satisfaction des clients	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Montrer que le niveau de satisfaction élevé des clients augmente la demande de service de counseling et dépistage volontaire du VIH.</li> </ul>	La prestation peu performante des agents est une cause de diminution du nombre de personnes dépistées.	Le non respect de la confidentialité et une mauvaise annonce des résultats constituent des facteurs de réticence au test de dépistage	Organiser des séances de recyclage et des supervisions régulières
--	--	--	--	--	---	---

## **Conclusion générale**

La lutte contre les IST/VIH/SIDA est une question de préoccupation au plan international compte tenu de son ampleur dans le monde et de son impact sur le développement de certains pays. Le conseil et dépistage volontaire constituent un des moyens de prévention les plus efficaces contre cette pandémie. Ce système mis en œuvre par PSI/KfW participe à augmenter le taux de dépistage au Bénin et contribuer ainsi à la lutte efficace contre le VIH/SIDA.

En effet la présente étude nous a permis de faire une comparaison entre les différents centres de dépistages de PSI/KfW, d'identifier les éléments de refus ou d'attraits du test de dépistage par les clients.

A l'issue de notre étude nous avons constaté que toutes les équipes n'affichent pas les mêmes disponibilités et n'appliquent pas avec le même soin les principes chers au CDV que sont le bon accueil : la confidentialité et une bonne annonce des résultats. Cette différence dans le comportement a un effet visible sur le nombre de personnes dépistées par centre au cours de la période d'étude. Ce que l'étude a fait ressortir et qui est préoccupant est le faible intérêt accordé au système CDV par la cible la plus indiquée que représentent certaines catégories de femmes fortement exposées. Elles sont réticentes par manque d'informations pertinentes sur l'infection au VIH/SIDA. D'autres encore aussi bien des femmes que des hommes, par peur de stigmatisation et des insuffisances constatées lors de la prise en charge, ne sont pas pour l'instant prêts à faire le test de dépistage.

Au vu de ce tableau peu reluisant pour la prévention du VIH/SIDA au Bénin il est important de tirer sur la sonnette d'alarme afin que des précautions idoines soient prises à temps. Car il est vrai que notre pays n'a pas encore atteint le taux de deux chiffres mais il vaut mieux ceinturer le mal et le combattre de manière efficace pendant qu'il est encore temps.

C'est pourquoi, nous estimons à l'issue de cette étude, que chaque acteur doit jouer sa partition à commencer par les conseillers et les responsables à divers niveaux pour permettre à cette approche très novatrice qu'est le conseil et dépistage de gagner du terrain en étendue et en qualité. Cela permettra de maîtriser davantage la prévalence des IST/VIH/SIDA au Bénin.

## Références bibliographiques

- 1- Baggaly R, <<Far of Knowing: Why 9 in 10 couples refused HIV tests in Lusaka (Zambia) >>. Extrait n° E. 1266, 10<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Abidjan, décembre 1997
- 2- CNLS, << **Impact du SIDA au Bénin** >>, Cotonou, 2006.
- 3- CNLS, << **loi n°200-31 du 10 Avril 2006, portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA au Bénin** >>, Cotonou, 2007
- 4- Deborah Boswell and Rachel Baggaley, << **VCT Tool kit, Voluntary Counseling and testing and Young people: a summary overview**>>, Family Health International, December 2002
- 5- Haddix EC. << **Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation** >>. New York : Oxford – University Press 1996
- 6- Helena Walkowiak and Michael Gabra of Management Sciences for health in collaboration with Eric van Praag, Deborah Boswell, Gina Dallabetta, Gloria Sangiwa, Deborah Murray, Jane Harriet Namwebya, and John Cuttler of Family Health International, << **VCT Tool kit, Commodity Management in VCT programs: A planning guide** >>, Family Health International, December 2002
- 7- Miller D, Casey K, << **HIV/AIDS Counseling: participants information and case work audit form, Thailand Department of Mental Health,**>> 1998
- 8- Mwingwa A, Hosp M, Godfrey-Faussett P, << **Twice weekly tuberculosis preventive therapy in HIV infection in Zambia, AIDS**>>, 1998, 12: 2447 - 2457

- 9- ONUSIDA, << **Outils pour l'évaluation du counseling et du test volontaire**>>, 2eme éd, Collection ONUSIDA Meilleures Pratiques, mai 2001
- 10- ONUSIDA << **Récapitulatif des Meilleures Pratiques** >>, 1ere ed, Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, 2000.
- 11- PNLS << **Normes et directives nationales du counseling et du dépistage au VIH/SIDA au Bénin**>>, Cotonou, 2008,
- 12- PNLS << **Manuel de supervision en counseling et dépistage de VIH au Bénin** >> Cotonou, 2008
- 13- PNLS << **Guide du facilitateur en counseling et dépistage du VIH/SIDA au Bénin** >> Cotonou 2008
- 14- PNLS << **Manuel de formation en counseling et dépistage du VIH/SIDA** >>, Cotonou, 2008
- 15- PNLS << **Politique, normes et procédures de la prise en charge psychosociale des PPVIH et des OEV** >> Cotonou 2006.
- 16- UNAIDS 2004 << **Report on the global AIDS epidemic 52 graphics EPI Slides** >> 7/6/2004 – English

# **Annexes**

## ANNEXE 1 :

**QUESTIONNAIRE A L'ENDROIT DES CIBLES QUI NE SE SONT PAS**  
**LIVRES AU SERVICE DE DEPISTAGE**

Le dépistage volontaire du VIH/SIDA permet de connaître votre état sérologique afin de faire des choix pour votre bonne santé.

SEXE: ..... (Masculin= 1 Féminin = 0)

1- Pouvez – vous me rappeler comment attrape – t – on le VIH/SIDA

Voie sexuelle  Voie sanguine  Voie mère – enfant

2- Comment peut – on l'éviter ?

Abstinence  Bonne fidélité  Condom  Dépistage

3- Depuis quand avez – vous fait le dépistage

Trois mois  Au moins 6 mois  Jamais

4- Savez – vous que le service de dépistage confidentiel et gratuit existe dans votre localité ? Oui  Non

5- Pourquoi n'avez-vous pas fait le test de dépistage ?

6- Savez – vous qu'un service mobile de dépistage volontaire confidentiel et gratuit est disponible ? Oui  Non

7- Etes – vous près à bénéficier de ce service ? Oui  Non

Pourquoi ?

8- Quels sont vos moyens de prévention des IST/VIH/SIDA ?

9- Suggestions pour améliorer nos services de dépistages ?

Je vous remercie

### ANNEXE 3 : PRATIQUES DU COUNSELING ET DEPISTAGE VOLONTAIRE (ENCERCLEZ LA BONNE REPONSE)

FICHE N°

.....

SEXE ..... (MASCULIN= 1, FEMININ= 0)

STRUCTURE DE PRESTATION DE SERVICE ..... (MOBILE= 1, CSC DJOUGOU= 2, OSV JORDAN= 3)

1-Accueil					
No.	QUESTIONS	RÉPONSES ET CODES			
		0=nul, 1= acceptable, 2=bien, 3= très bien			
1	<i>Aviez-vous été bien reçu lors de votre visite au centre ?</i>	0	1	2	3
2	<i>Le prestataire vous a –t-il- mis en confiance ?</i>	0	1	2	3
3	<i>Le temps d'attente entre votre arrivée et votre réception par le conseiller est –il acceptable?</i>	0	1	2	3
4	<i>Pendant l'attente y a-t-il eu production d'informations sur les IST/VIH/SIDA comme activité de relaxation audiovisuelle ?</i>	0	1	2	3
<i>Pré-test</i>					
N°	Question	Réponse et code 0 = nul, 1 = acceptable, 2 = bien 3 = très bien			
5	<i>Lors de votre visite du centre le conseiller a-t-il exploré les motivations profondes de votre démarche?</i>	0	1	2	3

6	<i>Lors de votre visite du centre le conseiller a-t-il vérifié vos connaissances du VIH/ SIDA et de ses voies de transmission et corrigé les incompréhensions ?</i>	0	1	2	3
7	<i>Lors de votre visite du centre le conseiller a-t-il discuté avec vous des comportements qui ont pu vous exposer au risque du VIH dans le passé ?</i>	0	1	2	3
8	<i>Avez-vous développé et construit ensemble avec le conseiller un plan pour réduire les risques ?</i>	0	1	2	3
9	<i>Lors de votre visite du centre le conseiller a-t-il expliqué la signification du test, des différents résultats possibles et les implications de chaque résultat avant la réalisation du test ?</i>	0	1	2	3
10	<i>Lors de votre visite du centre le conseiller vous a-t-il expliqué la notion de « fenêtre sérologique »</i>	0	1	2	3
11	<i>Lors de votre visite du centre le conseiller vous a-t-il assuré de la confidentialité de l'entretien ?</i>	0	1	2	3
12	<i>Aviez-vous l'impression que cet entretien a été vraiment confidentiel ?</i>	0	1	2	3
13	<i>Lors de votre visite du centre le conseiller a-t-il évalué avec vous vos possibilités de soutien social et communautaire en cas de résultat positif ?</i>	0	1	2	3
14	<i>Lors de votre visite du centre le conseiller a-t-il répondu à vos questions et préoccupations ?</i>	0	1	2	3
No.	<b>QUESTIONS</b>				
15	<i>Avez-vous le sentiment que le prestataire a respecté la confidentialité dans l'accomplissement</i>	0	1	2	3

	<i>du test de VIH lors de votre visite?</i>				
16	<i>Vous a-t-on bien préparé à la réalisation du test ?</i>	0	1	2	<b>3</b>
No.	QUESTIONS				
17	<i>Le conseiller a-t-il évalué dans quelle mesure vous comprenez les résultats du test ?</i>	0	1	2	<b>3</b>
18	Le conseiller a-t-il été empathique avec vous vous encourageant à dévoiler vos sentiments et émotions liées au résultat ?	0	1	2	<b>3</b>
19	Le conseiller a-t-il discuté du sens et des implications du résultat ?	0	1	2	3
20	Le conseiller a-t-il consolidé avec vous, après l'annonce du résultat le plan de réduction de risque initialement construit?	0	1	2	3
21	Le conseiller vous a-t-il donné l'information sur la nécessité de révéler le résultat à votre partenaire et l'inviter à faire aussi le test?	0	1	2	3
22	Le conseiller vous a-t-il aidé à introduire les changements de comportements et de pratiques sexuelles qui pourront réduire les risques de futures contaminations	0	1	2	3
23	La qualité du service que vous avez reçu lors de votre visite vous encourage t-elle à inviter d'autres personnes à se rendre à ce centre?	0	1	2	3

Les questions n° 12, 15 et 23 ont servi à faire à titre exploratoire les analyses statistiques des tableaux n° 6 et 7.



# Table des matières

<b>IDENTIFICATION DU JURY .....</b>	<b>i</b>
<b>DEDICACES .....</b>	<b>iii</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>v</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>viii</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>x</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1<sup>ER</sup> : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>3</b>
<b>SECTION 1 : CADRE PHYSIQUE DE L'ETUDE ET OBSERVATIONS DU STAGE .....</b>	<b>4</b>
<i>Paragraphe 1 : Présentation de la structure d'accueil du stage.....</i>	<i>4</i>
<i>Paragraphe 2 : Etat des lieux sur les prestations du Projet PSI/KfW.....</i>	<i>7</i>
<b>SECTION 2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>13</b>
<i>Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique.....</i>	<i>13</i>
A- Inventaire des éléments de l'état des lieux .....	13
B- Formulation des problématiques possibles, choix et justification de la problématique retenue.....	15
<i>Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée .....</i>	<i>18</i>
<b>CHAPITRE 2<sup>EME</sup> : DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS.....</b>	<b>21</b>
<b>SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....</b>	<b>22</b>
<i>Paragraphe 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature.....</i>	<i>22</i>
A- Objectifs, hypothèses et résultats attendus .....	22
B- Tableau de bord.....	24
<i>C- Revue de littérature .....</i>	<i>28</i>
<i>Paragraphe 2 : Méthodologie adoptée .....</i>	<i>33</i>
A- Méthode de collecte des données .....	33
B- Echantillonnage et outils de collecte des données .....	35
C- Méthode d'analyse des résultats .....	35

<b>SECTION 2 : DES ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS .....</b>	<b>37</b>
<i>Paragraphe 1 : Enquêtes et vérification des hypothèses .....</i>	<i>37</i>
<i>Paragraphe 2: Approches de solutions et conditions de mise en œuvre.....</i>	<i>52</i>
A- Approches de solutions .....	52
B- Conditions de mise en œuvre .....	54
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>i</b>