Un quart de siècle d'évolution de la riposte au VIH : enseignements du projet PSAMAO sur la transition de la prévention communautaire à la prévention biomédicale

AVOCE Josephat[1]
ACHADE Sènoudé Germaine Pulchérie[1]
BAGUIDI Rafiou[2]
KPOTON Innocent[3]
[1] *Organisation pour le Service et la Vie (OSV)*
[2] *Clinique Baguidi l'AS de Cœur (Parakou)*
[3] *Consultant indépendant*
AVOCE Josephat. javoce@osvjordan.org
Organisation pour le Service et la Vie (OSV), Cotonou, Bénin
+229 01 96 72 15 39.

Résumé

À partir de l'expérience du projet de Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest (PSAMAO), mis en œuvre par une ONG locale à Parakou (Bénin, 2000-2007), cet article décrit les méthodes communautaires de prévention du VIH auprès des populations mobiles des corridors et analyse la transition vers la prévention biomédicale. Ce retour d'expérience réflexif s'appuie sur les archives du projet : rapports d'activité, base de 1 276 tests (2003-2005), registres de 2007, cartographie et évaluation externe. Le dépistage a évolué du poste fixe vers l'aller-vers (67 % des tests en 2005) ; la séroprévalence de service atteignait 8,2 %, avec une surreprésentation féminine. L'usage systématique du préservatif s'élevait à 72 % chez les travailleuses du sexe contre 37 % chez les camionneurs. Plusieurs principes (pairs, aller-vers, ciblage des populations exposées) préfigurent les standards actuels, que la transition biomédicale redéploie sans les rendre caducs.

Mots-clés : *VIH ; populations mobiles ; pair-éducation ; conseil-dépistage volontaire ; marketing social ; prophylaxie pré-exposition ; Bénin ; Afrique de l'Ouest.*

Abstract

Drawing on the PSAMAO project (HIV Prevention along the Migration Corridors of West Africa), implemented by a local NGO in Parakou, Benin (2000-2007), this article describes community-based HIV prevention among mobile corridor populations and analyses the transition toward biomedical prevention. This reflective implementation review draws on project archives: activity reports, a consolidated database of 1,276 HIV tests (2003-2005), 2007 registers, site mapping and an external evaluation. HIV testing shifted from fixed sites to outreach (67% of tests in 2005); service-based seroprevalence reached 8.2%, with women overrepresented among positive cases. Consistent condom use was 72% among female sex workers versus 37% among truck drivers. Several principles (peer engagement, outreach, and targeting of exposed populations) anticipated today's standards, which the biomedical transition redeploys rather than renders obsolete.
Keywords: *HIV; mobile populations; peer education; voluntary counselling and testing; social marketing; pre-exposure prophylaxis; Benin; West Africa.*

1. Introduction

En Afrique de l'Ouest, la mobilité (transport routier de marchandises, migrations de travail, travail du sexe le long des axes) a très tôt été identifiée comme un moteur de diffusion du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Les populations des corridors, par définition mobiles et souvent éloignées des structures de soins fixes, cumulaient une exposition élevée et un faible recours aux services : multi partenariat, usage irrégulier du préservatif avec les partenaires régulières, automédication des IST et défiance vis-à-vis du dépistage. C'est pour atteindre ces publics, là où ils se trouvaient, qu'a été conçu le projet de Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest (PSAMAO).

Au moment où ce projet démarre, en 2000, l'arsenal préventif est presque entièrement comportemental et communautaire. Les antirétroviraux sont rares, coûteux et

réservés aux malades à un stade avancé ; le dépistage suppose un déplacement vers un centre et un counseling présentiel ; le préservatif, promu par le marketing social, constitue le principal outil de protection. Un quart de siècle plus tard, le paysage s'est transformé : la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et le principe « indétectable = intransmissible » (U=U) ont fait entrer la prévention dans l'ère biomédicale, le traitement est devenu universel et immédiat, le dépistage s'est démédicalisé avec l'autotest, et le cadrage des publics est passé des « groupes à risque » aux « populations clés », dans une approche fondée sur les droits.

Ce retour en arrière n'a rien d'un exercice purement historique. Sur la période récente, l'Afrique de l'Ouest et du Centre demeure en retard dans la riposte : la cascade régionale du traitement, de l'ordre de 81-76-70, reste inférieure à celle de l'Afrique orientale et australe, la connaissance du statut sérologique constituant le principal goulet d'étranglement (ONUSIDA, 2024b). Surtout, la contraction brutale des financements internationaux survenue en 2025 fragilise au premier chef les organisations communautaires, héritières directes des ONG de terrain des années 2000 (ONUSIDA, 2025). C'est précisément au moment où ces acteurs de proximité sont menacés qu'il devient utile de réexaminer ce qu'ils ont su faire, et à quelles conditions.

Cet article propose ainsi un retour d'expérience sur la mise en œuvre concrète de PSAMAO à Parakou, dans le nord du Bénin, entre 2000 et 2007, par une organisation non gouvernementale locale. Il poursuit un double objectif : d'une part, documenter en détail les méthodes de lutte de l'époque et les résultats obtenus, à partir des archives du projet ; d'autre part, lire cette expérience à la lumière des approches actuelles, afin de dégager ce qui a changé dans la riposte au VIH, les facteurs qui

expliquent cette évolution, et les enseignements transférables à la programmation contemporaine.

2. Contexte du projet et méthodes du retour d'expérience

2.1 Le programme, le terrain et les acteurs

PSAMAO constituait le volet « axes migratoires » d'un programme régional de marketing social et de communication pour la santé, le projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS), appuyé par Family Health International (FHI/IMPACT) et opéré par Population Services International (PSI). Au Bénin, la mise en œuvre sur l'axe Parakou-Malanville a été confiée par contrat à l'Organisation pour le Service et la Vie (OSV), ONG locale dont le centre de santé, situé à Parakou, a servi de base au dispositif clinique. Les bénéficiaires visés étaient les populations mobiles et leurs partenaires : routiers, conducteurs de taxis interurbains (chauffeurs), conducteurs de taxi-moto (zémidjans), travailleuses du sexe, vendeuses autour des gares et populations environnantes des sites.

Le programme articulait trois volets complémentaires : la communication pour le changement de comportement (CCC), la prise en charge des IST selon l'approche syndromique, et le conseil et dépistage volontaire et anonyme (CDVA) du VIH. Son déploiement s'est étalé sur plusieurs phases. Lancé le 8 juin 2000 sur l'axe Parakou-Malanville, il a d'abord reposé sur l'animation communautaire ; le volet CCC sous contrat avec PSI s'est poursuivi jusqu'en septembre 2002. Le 10 décembre 2002, un contrat spécifique a institué la Clinique PSAMAO, ajoutant la prise en charge des IST et le CDVA. Les années 2003-2005 ont vu la montée en charge clinique, le recyclage des conseillers et l'adoption d'un protocole de test sur sang total ; en 2005 sont intervenues la cartographie des sites et la généralisation de la gratuité ; en 2006-2007, le suivi est passé à un reporting

standardisé et Malanville est devenue un site à part entière. Le dispositif a bénéficié de l'appui de multiples partenaires : PSI/Bénin, SFPS/FHI-IMPACT, USAID, projet AWARE, Programme national de lutte contre le sida (PNLS/PPLS) et Centre d'information et de prise en charge (CIPEC) du Borgou. Il s'est appuyé sur la marque sociale de préservatif « Prudence ».

2.2 L'épidémiologie de départ

La vulnérabilité des populations cibles était documentée par les enquêtes de surveillance comportementale de la sous-région et par les analyses de situation conduites au début des années 2000. Au Bénin, l'ampleur du problème se lit surtout dans l'évolution de la prévalence chez les travailleuses du sexe de Cotonou, passée de 53,3 % en 1993 à 30,4 % en 2008 (Béhanzin *et al.*, 2013) puis à 7,7 % en 2017 (Morin *et al.*, 2021), témoignant à la fois de la gravité initiale et de l'effet des interventions ciblées. Dans la population générale, la prévalence adulte, estimée autour de 2 % au début des années 2000 sur la base de données prénatales et urbaines, a reflué vers 0,7 % en 2024 (ONUSIDA, 2024a). C'est dans ce contexte d'épidémie concentrée, portée par les populations exposées des corridors, que s'inscrivait l'action de PSAMAO.

2.3 Matériaux et méthode

Le présent travail relève du retour d'expérience réflexif, conduit par le premier auteur, responsable de la mise en œuvre du dispositif (à la fois coordinateur et superviseur) sur la période 2000-2007. Sur le plan méthodologique, il repose sur une triangulation de sources internes de première main, confrontées entre elles puis mises en regard de la littérature normative et scientifique récente.

Rédigé à partir des archives de première main du projet, il mobilise les rapports d'activité mensuels et trimestriels signés

par l'ONG (indicateurs de séances, de participants, de préservatifs distribués et de cas d'IST référés) ; une base consolidée de 1 276 tests de dépistage réalisés entre mai 2003 et mai 2005, ventilée par commune, stratégie, mois, année, sexe, âge, profession et résultat ; les registres individuels de dépistage de 2007 pour Parakou et Malanville ; la cartographie des sites établie en mars 2005 ; et une évaluation externe réalisée en 2005 selon le cadre conceptuel PerForm de PSI auprès d'un échantillon représentatif de 620 travailleuses du sexe et 506 camionneurs au Bénin. L'ensemble de ces données chiffrées détaillées (séries d'activité et de dépistage) est rassemblé dans un fichier de données consolidées accompagnant l'article (« PSAMAO_données_consolidées »).

La transition vers les approches actuelles a été objectivée par une revue documentaire des recommandations normatives (Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA) et des données récentes relatives au Bénin et à la sous-région ouest-africaine (CEDEAO/UEMOA), centrée sur l'autotest, la prophylaxie pré-exposition, le traitement comme prévention, la prestation différenciée des services, l'approche populations clés et le financement de la riposte. L'analyse combine ainsi des indicateurs de processus, de résultats et d'impact issus du programme, et une comparaison normative entre hier et aujourd'hui.

Plusieurs limites doivent être soulignées. Les données d'activité sont déclaratives et certains totaux de participants, consignés dans des tableaux manuscrits, demandent à être reconfirmés sur les rapports d'origine. Les registres de dépistage ne sont pas exhaustifs et reflètent une offre non continue ; les séroprévalences qui en sont tirées sont des indicateurs de service, dépendants des populations testées et des stratégies employées, et ne sauraient être interprétées comme des

prévalences populationnelles. De même, certaines données récentes de la comparaison (notamment le statut national de passage à l'échelle de l'autotest et de la prophylaxie pré-exposition au Bénin, ainsi que les cascades nationales les plus récentes) demandent à être confirmées sur sources primaires avant publication. L'absence de groupe témoin interdit toute inférence causale sur l'effet propre du dispositif, et le recul rétrospectif comporte un risque de reconstruction a posteriori que la confrontation systématique aux archives a cherché à limiter. Sur le plan éthique, l'anonymat des personnes dépistées était garanti par un système de code client et de mot clé, et le test n'était réalisé qu'après consentement éclairé.

3. Le dispositif PSAMAO : comment se menait la lutte

3.1 L'éducation par les pairs : sélection, formation, équipement et animation

L'éducation par les pairs constituait la pierre angulaire du dispositif. Les pairs-éducateurs étaient sélectionnés au sein même des groupes cibles (parmi les routiers d'une part, parmi les travailleuses du sexe d'autre part). Ce choix répondait à une contrainte structurelle autant qu'à un parti pris d'efficacité : les acteurs institutionnels de la lutte contre le sida ne peuvent ni parcourir les corridors aux côtés des routiers, ni être présents en permanence dans les milieux prostitutionnels. Confier la sensibilisation à des membres de ces communautés, mobiles et présents là où les intervenants extérieurs ne pouvaient se rendre, garantissait à la fois l'accès, la continuité et la crédibilité du message, porté par des pairs partageant le langage, les codes et les conditions de vie de leur public.

La formation des pairs-éducateurs durait habituellement trois jours et s'organisait autour de trois grands sous-thèmes : l'épidémiologie du VIH, les techniques de communication

interpersonnelle et l'élaboration du plan de mise en application (le plan de travail concret du pair une fois de retour dans son groupe). À l'issue de la formation, chaque pair recevait un kit de travail : un sac frappé des logos du projet et de ses partenaires techniques et financiers, contenant boîte à images, affiches, dépliants et flyers, préservatifs destinés à la démonstration du port correct et à la distribution, fiches de référence vers les services, fiches de rapport de séance, ainsi que des objets promotionnels (tee-shirts, casquettes, porte-clés et décapsuleurs, entre autres).

Un programme de séances était établi avec les pairs-éducateurs, qui devaient ensuite les organiser une fois rentrés dans leur groupe d'origine. Les animateurs du projet conduisaient des activités de supervision portant essentiellement sur les séances, afin d'en améliorer la qualité et de renforcer en continu les capacités des pairs. À ce suivi s'ajoutait une réunion mensuelle, moment clé de la vie du réseau : on y faisait le point des activités, on y discutait les difficultés rencontrées et les stratégies pour les surmonter, on y arrêtait le programme de la période suivante, et l'on y procédait au paiement des frais de déplacement des pairs (une indemnisation qui jouait aussi un rôle de motivation et de fidélisation). La séance éducative elle-même se déroulait classiquement en trois phases : « avant » (choix du thème selon la programmation, du lieu et du matériel), « pendant » (animation participative : accueil, introduction, discussion appuyée sur les outils du kit, démonstrations, synthèse) et « après » (compte rendu sur la fiche de rapport, référencement éventuel, remontée de l'information au superviseur).

3.2 Une communication pour le changement de comportement séquencée

La CCC ne procédait pas par messages isolés mais suivait une

ingénierie pédagogique structurée. Une programmation annuelle des causeries éducatives, synchronisée à l'échelle du réseau régional PSAMAO/PSAMAC, organisait les thèmes dans le temps selon une logique explicite de changement de comportement : cohérence, consistance, répétition dans la variété, effet de synergie, intériorisation, action, puis installation d'une habitude. Cette progression se déclinait en quatre modules (informations de base sur les IST/VIH/SIDA ; prévention des IST/VIH/SIDA ; évaluation des risques personnels d'exposition ; dépistage volontaire et prise en charge), eux-mêmes subdivisés en sessions hebdomadaires (mythes et croyances, transmission, femme et VIH, modes de prévention, négociation et utilisation du préservatif, abstinence et fidélité, perception du risque, plan personnel de réduction du risque, importance et déroulement du test, etc.).

Pour des publics dont une part importante était peu alphabétisée et de langues maternelles diverses, l'animation reposait sur des outils participatifs visuels et ludiques : scénarios ambigus, images à code, jeu de risque, jeu des trois bateaux (abstinence, fidélité, préservatif) et questions à débattre. L'objectif de ces jeux n'était pas d'imposer une morale préétablie mais de susciter la discussion et la réflexion sur des situations concrètes, en adaptant le niveau de langue aux bénéficiaires. Cette manière de faire, attentive aux contraintes d'alphabétisation et de multilinguisme, conférait au message une portée réelle là où un exposé magistral aurait échoué.

3.3 Les mobilisations communautaires et le marketing social du préservatif

Au cœur de la CCC figuraient de grandes mobilisations communautaires, dont les soirées « Roulez Protégé » constituaient la forme la plus emblématique. Loin de se tenir dans des salles institutionnelles, ces soirées allaient à la

rencontre des populations cibles là où elles se trouvaient et aux moments où elles étaient disponibles : dans les boîtes de nuit et sur les « points chauds » du corridor (bars, buvettes, parkings, garages et abords des gares). Le principe était d'investir les lieux de sociabilité et de vie nocturne des routiers, des chauffeurs, des zémidjans et des travailleuses du sexe, plutôt que d'attendre que ces publics mobiles fréquentent les structures fixes.

Pour drainer le public, le projet s'appuyait sur une animation de forte intensité : des artistes de renommée, parfois internationale, étaient invités et la soirée prenait la forme d'un concert ; en direction des plus jeunes, cette mobilisation par la culture se prolongeait par le parrainage d'événements culturels en milieu scolaire. L'affluence créée n'était pas une fin en soi : chaque rassemblement servait à promouvoir les comportements protecteurs. Le marketing social du préservatif y occupait une place centrale, articulant promotion de la marque, séances interpersonnelles de démonstration du port correct et distribution à grande échelle sur les lieux mêmes de l'événement (une distribution qui, à l'échelle du programme, se comptait en milliers de préservatifs chaque mois).

La force de ces mobilisations tenait à leur synchronisation avec l'offre de services. Les maisons de passe et les sites de prostitution situés autour du lieu de l'événement étaient associés à la démarche, et des activités de dépistage du VIH y étaient organisées, y compris directement sur les lieux de l'événement. Chez les clients des travailleuses du sexe, le projet recherchait et traitait également les IST, coupant une chaîne de transmission souvent négligée ; toute personne dépistée séropositive était référée vers les centres de prise en charge. La soirée organisée le 24 février 2001 devant les usines de la SONAPRA, à Parakou, en donne une illustration : animée par un artiste invité, elle s'est déroulée en trois temps (animation et démonstrations du port du

préservatif ; projection du téléfilm « Roulez Protégé » sur écran géant ; questions-réponses), a réuni environ deux cent dix routiers, apprentis et jeunes, et s'est tenue en présence d'une délégation de l'USAID/Sénégal venue observer le dispositif.

3.4 La prise en charge des IST et la clinique fixe

Le volet clinique, intégré au centre de santé de l'OSV à Parakou, articulait la prise en charge des IST et le CDVA. Les IST étaient diagnostiquées selon l'approche syndromique et traitées par le kit ISTOP ou d'autres antibiotiques, l'un des objectifs explicites étant de détourner les cibles de l'automédication et du recours tardif aux soins, fréquents chez les routiers comme chez les travailleuses du sexe. Le CDVA en poste fixe reposait sur un counseling pré- et post-test conforme au guide national et au manuel de PSI, et sur des tests rapides ; à partir de 2004, l'adoption d'un protocole sur sang total avec prélèvement capillaire au bout du doigt a permis au conseiller de réaliser le test en salle de counseling, sans manipulation de laboratoire, raccourcissant le circuit du client et renforçant la confidentialité, déjà protégée par le système de code et de mot clé.

La continuité des soins ne s'arrêtait pas au diagnostic : les personnes dépistées séropositives étaient suivies à domicile et au niveau communautaire, l'OSV assurant un suivi des personnes vivant avec le VIH à Parakou, Kandi et Malanville depuis 2002. La tarification a elle-même évolué au fil de l'expérience : initialement, les tests réalisés en clinique étaient facturés mille francs CFA tandis que les tests réalisés en stratégie avancée étaient gratuits ; le 6 juin 2005, par souci d'équité envers les groupes cibles et de conformité à la politique nationale de CDV, l'ensemble des tests a été rendu gratuit. L'assurance qualité était soutenue par la formation du technicien de laboratoire par le PNLS et par la mise en place d'un registre de contrôle de qualité.

3.5 Une séance type de dépistage en stratégie avancée

Le CDVA était également porté hors les murs, au plus près des lieux de travail. L'OSV mobilisait pour cela des animateurs et des conseillers formés au counseling et au dépistage, ainsi que des tests rapides reposant sur un algorithme combinant un test très sensible de dépistage (Determine) et un test de confirmation plus spécifique (SD Bioline). Une séance commençait par une prise de rendez-vous puis par le déplacement de l'équipe vers un garage ou un parking convenu. Sur place, on aménageait un coin isolé garantissant la discrétion visuelle et auditive, condition de la confidentialité et de la mise en confiance. Un counseling de groupe était d'abord conduit à l'intention de toutes les personnes présentes sur le site.

Le dépistage proprement dit se déroulait ensuite dans l'espace réservé : un animateur orientait vers le conseiller les volontaires ; celui-ci reprenait le counseling sur un mode individuel, procédait à l'évaluation du risque, recueillait le consentement éclairé, réalisait le test et annonçait le résultat sur-le-champ, assorti de la conduite à tenir adaptée. Une fois tous les volontaires reçus, l'équipe se repliait. Cette organisation (rendez-vous, espace confidentiel sur le lieu de travail, counseling de groupe puis individuel, test à lecture immédiate et restitution séance tenante) résume la philosophie du dispositif : rapprocher le service de la personne plutôt que l'inverse.

3.6 Le pilotage : supervision, intrants et données

La cohérence de l'ensemble reposait sur un système de pilotage. La supervision, interne et continue, était complétée par des supervisions sous-régionales conjointes (en août 2004, une même mission a couvert successivement les sites du Bénin, du Burkina Faso et du Togo, combinant observation des techniques

de counseling, recueil de données statistiques et débriefing). Des plans d'action post-recyclage formalisaient les objectifs d'amélioration de la qualité du counseling et de l'évaluation du risque. La gestion des intrants était un enjeu permanent : l'approvisionnement en réactifs et en kits de test, soumis à des ruptures, a fait l'objet d'un plaidoyer constant (4 000 tests reçus et 10 000 commandés via le CIPEC du Borgou pour soutenir les stratégies avancées). Enfin, le dispositif s'est doté d'outils de données de plus en plus structurés : cartographie des sites, fiches d'évaluation du risque et du counseling, registres de dépistage, et, à partir de 2007, un reporting mensuel standardisé sur le modèle des rapports de services de santé de PSI.

4. Résultats

4.1 La montée en charge des activités de prévention

Sur l'ensemble de la période, les activités de CCC et de marketing social ont connu une montée en charge soutenue. Les rapports mensuels et trimestriels documentent un volume croissant de séances éducatives et d'entretiens individuels auprès des quatre cibles principales (routiers, vendeuses ambulantes clientes des routiers, chauffeurs interurbains, zémidjans), ainsi qu'une distribution de préservatifs et un nombre de cas d'IST référés en progression. Le tableau 1 en donne quelques repères, du début du suivi clinique à l'année 2006.

Tableau 1. Indicateurs de sortie des activités IEC/CCC à Parakou (extraits ; série mensuelle complète disponible dans le fichier de données consolidées).

Période	Préservatifs distribués	Cas d'IST référés
Mars 2004 (mois)	1 188	28
Mai-décembre 2004 (cumul)	21 452	179
Janvier-mars 2005 (trimestre)	5 796	87

Période	Préservatifs distribués	Cas d'IST référés
Avril-juin 2005 (trimestre)	8 036	122
Octobre 2005-mars 2006	8 148	151
Avril-juin 2006 (trimestre)	8 204	80

Ces volumes témoignent d'une présence dense et régulière sur les sites du corridor. Ils confirment aussi une dissociation que les rapports eux-mêmes relevaient : malgré une forte exposition des cibles aux messages, la fréquentation des services de dépistage n'augmentait pas de façon proportionnée, ce qui a motivé une réorientation stratégique.

4.2 Le dépistage : volume, réorientation stratégique et profil des personnes testées

Entre mai 2003 et mai 2005, la Clinique PSAMAO a réalisé 1 276 tests de dépistage. Le fait le plus marquant est la réorientation progressive de l'offre, de la stratégie fixe vers la stratégie avancée : alors qu'en 2003 la totalité des tests était réalisée au poste fixe, la stratégie avancée (l'aller-vers dans les garages et sur les sites) a représenté 32 % des tests en 2004 puis 67 % en 2005. Cette bascule délibérée répondait au constat que les cibles prioritaires étaient faiblement touchées par la clinique fixe. Le tableau 2 synthétise les principales caractéristiques de ces tests.

Tableau 2. Synthèse de la base consolidée du CDVA, Clinique PSAMAO de Parakou, mai 2003-mai 2005 (n = 1 276).

Caractéristique	Résultat
Tests de dépistage réalisés (mai 2003-mai 2005)	1 276
Résultats positifs (VIH+)	104 (8,2 %)
Résultats négatifs	1 162 (91,1 %)

Caractéristique	Résultat
Stratégie fixe (cumul)	850 (66,6 %)
Stratégie avancée (cumul)	426 (33,4 %)
Stratégie fixe / avancée en 2003	426 / 0
Stratégie fixe / avancée en 2004	273 / 126
Stratégie fixe / avancée en 2005	151 / 300
Hommes	782 (61,3 %)
Femmes	493 (38,6 %)
Âge 15-24 ans	671 (52,6 %)
Âge 25 ans et plus	599 (46,9 %)
Commune de Parakou	1 233 (96,6 %)
Commune de Malanville	43 (3,4 %)

Un résultat appelle une attention particulière : alors que les hommes représentaient la majorité des personnes testées (61 %), les femmes étaient nettement surreprésentées parmi les cas positifs (un déséquilibre déjà observé dès 2003, où vingt et un des vingt-six cas positifs recensés étaient des femmes). Cette « féminisation » des cas dépistés, cohérente avec la vulnérabilité particulière des travailleuses du sexe et des partenaires féminines des hommes mobiles, plaide pour un ciblage spécifique des femmes des sites du corridor.

4.3 L'extension territoriale et la standardisation (2007)

En 2007, l'activité de dépistage s'est étendue et standardisée, désormais répartie sur deux sites distincts (Parakou et Malanville) et consignée dans des rapports mensuels normalisés intégrant, outre le CDVA, la prévention de la transmission mère-enfant et la prise en charge des IST. Sur les mois documentés, Parakou a enregistré de l'ordre de 2 900 visites de dépistage (séroprévalence de service voisine de 2,3 %) et Malanville environ 800 visites (séroprévalence voisine de 2,9 %),

confirmant la persistance d'une surreprésentation féminine parmi les cas positifs (tableau 3).

Tableau 3. Activité de dépistage en 2007 par site (rapports mensuels standardisés). Données mensuelles détaillées dans le fichier de données consolidées.

Site (2007)	Visites de dépistage	Séroprévalence de service
Parakou (9 mois documentés)	≈ 2 939	≈ 2,3 %
Malanville (6 mois documentés)	≈ 806	≈ 2,9 %

4.4 Couverture territoriale et effets comportementaux

La cartographie réalisée en mars 2005 a recensé 125 sites et 1 315 cibles sur la zone d'intervention ; à cette date, seuls 25 sites (413 cibles) étaient couverts par le dépistage, ce qui mesurait à la fois le chemin parcouru et la marge de progression, et justifiait l'intensification de l'aller-vers. Quant aux effets comportementaux, l'évaluation externe de 2005, conduite selon le cadre PerForm, fournit les indicateurs les plus robustes (tableau 4) : l'usage systématique du préservatif atteignait 72 % chez les travailleuses du sexe (89 % avec les clients) contre 37 % chez les camionneurs. L'exposition au programme améliorait significativement l'usage du préservatif chez les travailleuses du sexe, le déterminant clé étant l'auto-efficacité et la capacité de négociation ; chez les camionneurs, en revanche, l'effet n'était pas significatif, le principal déterminant étant les normes sociales relatives au préservatif.

Tableau 4. Résultats de l'évaluation externe selon le cadre PerForm, Bénin, 2005.

Indicateur (évaluation externe 2005)	Travailleuses du sexe (n = 620)	Camionneurs (n = 506)
Usage systématique du préservatif (global)	72 %	37 %
… avec les clients / rapports à risque	89 %	37 %
… hors clients (partenaires non payants)	53 %	s. o.
Programme atteint (modéré ou fort)	67 %	46 %
Déterminant clé du comportement	auto-efficacité / négociation	normes sociales
Effet de l'exposition sur l'usage systématique	significatif	non significatif

5. De la prévention communautaire à la prévention biomédicale : un quart de siècle de transition

Replacée dans le temps long, l'expérience PSAMAO appartient à une première génération de prévention, dite « combinée comportementale » : pair-éducation, CCC, marketing social du préservatif, prise en charge syndromique des IST et conseil-dépistage volontaire. Sur la période 2020-2025, la riposte s'organise autour d'un paradigme de deuxième génération, où la prévention biomédicale et le traitement occupent une place centrale. Cinq ruptures structurent ce basculement.

La première concerne le dépistage. À la logique du CDVA en centre, supposant un déplacement et un counseling présentiel, s'est ajouté l'autotest VIH, recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé dès décembre 2016 (OMS, 2016) et

déployé à grande échelle en Afrique de l'Ouest : le programme ATLAS a ainsi distribué plus de 150 000 autotests en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal dès sa première phase (août 2019-décembre 2020), amorçant un passage à l'échelle qui s'est poursuivi les années suivantes (Kra *et al.*, 2021). À cela se sont ajoutés le dépistage communautaire et le dépistage indexé, proposant le test aux partenaires des personnes diagnostiquées. La deuxième rupture est la prévention biomédicale, tout simplement inexistante à l'époque de PSAMAO : la prophylaxie pré-exposition (PrEP) orale, recommandée par l'OMS en 2015 (OMS, 2015), a connu une cascade d'innovations jusqu'à l'injectable semestriel (lénacapavir) recommandé en 2025 (OMS, 2025) ; au Bénin, elle reste documentée au stade des projets de démonstration auprès des travailleuses du sexe (Mboup *et al.*, 2018) et des hommes ayant des rapports avec des hommes (Diabaté *et al.*, 2023).

La troisième rupture est le traitement comme prévention. Là où, sous PSAMAO, les antirétroviraux étaient rares et tardifs, l'OMS recommande depuis 2015 le traitement de toute personne vivant avec le VIH quel que soit le taux de CD4 (« treat-all ») (OMS, 2015), avec le dolutégravir comme molécule préférentielle depuis 2019 (OMS, 2019). Surtout, les essais HPTN 052 (Cohen *et al.*, 2011) et PARTNER (Rodger *et al.*, 2016, 2019) ont établi le principe « indétectable = intransmissible » (U=U) : une personne sous traitement efficace et en charge virale supprimée ne transmet pas le virus, ce qui fait du traitement un outil de prévention à part entière. La quatrième rupture est conceptuelle : le cadrage est passé des « groupes à risque », défini par le comportement, aux « populations clés », approche fondée sur les droits qui attribue la vulnérabilité aux déterminants structurels (lois et politiques, stigmatisation, accès aux services) autant qu'aux pratiques (OMS, 2022). La cinquième rupture, enfin, est celle du pilotage par objectifs : la

couverture d'activités a cédé la place aux cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA (95 % des personnes connaissant leur statut, sous traitement, en charge virale supprimée) (ONUSIDA, 2021).

Ces ruptures ne doivent pas masquer de fortes continuités, que l'expérience PSAMAO éclaire. L'éducation par les pairs, qui plaçait des membres de la communauté au cœur de la prévention, préfigure la distribution communautaire des autotests et la « pair-prestation » de services. Le ciblage des populations mobiles et exposées anticipe la programmation « populations clés ». Le marketing social du préservatif demeure un pilier de la prévention combinée. Et l'aller-vers, que le projet a instauré dès 2004 pour pallier la faible fréquentation de la clinique fixe, est aujourd'hui érigé en doctrine sous le nom de prestation différenciée des services (OMS, 2024). Le tableau 5 résume ces correspondances.

Tableau 5. Repères de la transition de la prévention communautaire à la prévention biomédicale.

Dimension	PSAMAO (2000-2007)	Riposte actuelle (2020-2025)
Dépistage	CDVA en centre, counseling présentiel	Autotest (OMS 2016), dépistage communautaire et indexé
Prévention biomédicale	Inexistante	PrEP orale (2015), puis injectable semestriel (2025)
Traitement	ARV rares, tardifs (seuil CD4)	« Treat-all » (2015), dolutégravir (2019), U=U
Cadrage des publics	« Groupes à risque » (comportement)	« Populations clés » (droits, déterminants structurels)
Objectifs	Couverture d'activités	95-95-95 (ONUSIDA)
Approche corridor	Vertical dédié (OCAL, projet Abidjan-Lagos)	Intégrée aux populations clés et à la santé transfrontalière

Dimension	PSAMAO (2000-2007)	Riposte actuelle (2020-2025)
Acteurs	ONG locales, pairs-éducateurs	Organisations communautaires centrales mais fragilisées

Cette transition s'accompagne d'une évolution épidémiologique favorable. Au Bénin, la prévalence générale a reflué d'environ 2 % au début des années 2000 à 0,7 % en 2024 (ONUSIDA, 2024a), et la prévalence chez les travailleuses du sexe de Cotonou s'est effondrée de 53,3 % en 1993 (Béhanzin *et al.*, 2013) à 7,7 % en 2017 (Morin *et al.*, 2021), validant a posteriori la pertinence du ciblage des populations exposées qu'incarnait PSAMAO. À l'échelle de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, l'épidémie reste concentrée et de faible prévalence, portée par les populations clés et leurs partenaires, et la cascade régionale du traitement (de l'ordre de 81-76-70) demeure en retard sur l'Afrique orientale et australe, le premier maillon (la connaissance du statut) constituant le principal goulet d'étranglement (ONUSIDA, 2024b). L'approche « corridor » elle-même n'a pas disparu : portée à l'origine par des dispositifs verticaux comme l'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos (Banque mondiale, 2004), elle a été absorbée dans la programmation « populations clés » et la santé transfrontalière intégrée. Au Bénin, cette évolution s'inscrit désormais dans un plan stratégique national intégré d'élimination 2024-2030 et dans une gouvernance réorganisée, marquée par le rattachement du dispositif national de lutte au ministère de la Santé en 2022 (République du Bénin, 2022, 2024).

Les facteurs de cette transformation sont identifiables. Sur le plan scientifique, les essais cliniques ont successivement démontré l'efficacité du traitement précoce, du U=U et de la PrEP. Sur le plan normatif, la cascade de recommandations de l'OMS entre 2015 et 2025 et les objectifs de l'ONUSIDA ont

diffusé ces innovations. Sur le plan financier, la montée en puissance du Fonds mondial et du PEPFAR a rendu possible le passage à l'échelle, avant que la crise de financement de 2025, marquée par un désengagement américain brutal, ne fragilise l'ensemble de l'édifice et, au premier chef, les organisations communautaires devenues centrales (ONUSIDA, 2025). Sur le plan politique enfin, l'affirmation des droits humains a refondé l'approche des populations clés. C'est l'articulation de ces facteurs (et non une seule percée) qui explique le passage d'une prévention communautaire à une prévention biomédicale.

6. Enseignements

Six enseignements se dégagent de cette expérience, dont plusieurs gardent une portée actuelle.

Premièrement, informer ne suffit pas à faire venir au dépistage : malgré une exposition massive aux messages, la fréquentation des services est longtemps restée faible, ce qui imposa de porter le service vers les personnes plutôt que d'attendre l'inverse.

Deuxièmement, chez les hommes mobiles (routiers et assimilés), le verrou est davantage social que cognitif : l'évaluation de 2005 montre que les normes sociales, et non le déficit d'information, déterminaient l'usage du préservatif, ce qui invite à agir sur l'environnement et les normes du milieu plutôt que sur la seule connaissance.

Troisièmement, chez les travailleuses du sexe, le renforcement de l'auto-efficacité et de la capacité de négociation produit des effets mesurables, l'usage systématique du préservatif y atteignant des niveaux élevés.

Quatrièmement, la proximité, la confidentialité et la gratuité conditionnent le recours au service : l'aller-vers sur les lieux de travail et le passage au tout-gratuit en 2005 en sont l'illustration.

Cinquièmement, la féminisation des cas dépistés appelle un ciblage spécifique des femmes des sites du corridor, partenaires et travailleuses.

Sixièmement, une ONG locale peut porter un dispositif complexe et intégré (CCC, IST et dépistage), à condition de disposer d'intrants et de financements stables ; la dépendance aux réactifs et aux bailleurs, déjà sensible à l'époque, demeure le talon d'Achille de la riposte communautaire, comme le rappelle la crise actuelle.

7. Discussion et limites

Cette expérience documente, sur une période de sept ans et à partir d'archives de première main, un modèle de prévention communautaire intégré porté par une organisation locale. Sa principale contribution n'est pas de démontrer une efficacité causale (l'absence de groupe témoin l'interdit) mais de restituer, de l'intérieur, une pratique de terrain rarement documentée : celle d'un modèle communautaire intégré déployé sur un corridor ouest-africain, éclairée par sa mise en perspective historique. Plusieurs de ses principes (l'ancrage par les pairs, l'aller-vers, le ciblage des populations exposées, l'intégration de la prévention, du dépistage et du soin en un continuum) ont depuis été consacrés par les recommandations internationales, ce qui en souligne la pertinence précoce.

Les limites doivent toutefois être rappelées avec netteté. Les données d'activité sont déclaratives et incomplètes ; les séroprévalences présentées sont des indicateurs de service,

tributaires des populations effectivement testées et des stratégies employées, et ne renseignent pas sur la prévalence de la population générale. La comparaison hier/aujourd'hui s'appuie sur des sources hétérogènes et sur des estimations dont les millésimes et les méthodes ne sont pas toujours comparables ; certaines données récentes (notamment le statut national de passage à l'échelle de l'autotest et de la PrEP au Bénin, ou les cascades nationales les plus récentes) demandent à être confirmées sur sources primaires avant toute publication. Enfin, le recul rétrospectif du praticien, s'il offre une connaissance intime du dispositif, comporte un risque de reconstruction a posteriori que la confrontation systématique aux archives a cherché à limiter.

8. Conclusion

En un quart de siècle, la riposte au VIH est passée d'une prévention essentiellement communautaire et comportementale à une prévention où le biomédical (PrEP, traitement universel, U=U) et le dépistage démédicalisé occupent le premier plan. Cinq ruptures (autotest, prévention biomédicale, traitement comme prévention, cadrage « populations clés » et pilotage par les cibles 95-95-95) résument ce basculement, porté par la conjonction d'avancées scientifiques, normatives, financières et politiques.

L'expérience du projet PSAMAO à Parakou éclaire ce parcours par le bas. Elle donne à voir un dispositif local intégré, articulant l'éducation par les pairs, une communication pour le changement de comportement séquencée, le marketing social du préservatif, la prise en charge syndromique des IST et le conseil-dépistage volontaire, le tout piloté par la supervision et la donnée. Ses résultats (montée en charge soutenue des activités, bascule délibérée du poste fixe vers l'aller-vers qui a représenté

67 % des tests en 2005, féminisation persistante des cas dépistés, usage systématique du préservatif nettement plus élevé chez les travailleuses du sexe que chez les camionneurs) dessinent aussi bien les forces que les limites d'une prévention de proximité.

Cette transition est ainsi moins une rupture qu'un redéploiement : les principes qui faisaient la force de la prévention communautaire (la communauté au cœur, l'aller-vers, le ciblage des plus exposés, l'intégration des services) demeurent indispensables à l'efficacité des outils nouveaux. Les enseignements de PSAMAO le confirment : informer ne suffit pas à faire venir au dépistage, la proximité et la gratuité conditionnent le recours au service, et les leviers du changement diffèrent selon les publics. À l'heure où les financements se contractent et où les organisations communautaires, héritières des ONG de terrain des années 2000, se trouvent fragilisées, le principal enseignement de cette histoire est peut-être celui-ci : aucune avancée biomédicale ne dispense d'aller vers les personnes là où elles vivent et travaillent. C'est à cette condition que la promesse de mettre fin au sida comme menace de santé publique pourra être tenue, sur les corridors ouest-africains comme ailleurs.

Références bibliographiques

BANQUE MONDIALE, 2004. *HIV/AIDS Project for the Abidjan-Lagos Transport Corridor (P074850)*, The World Bank, Washington DC. https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P074850

BÉHANZIN L., DIABATÉ S., MINANI I. *et al.*, 2013, « Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Benin over 15 years of

targeted interventions », in Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 63, N°1, pp. 126-134.

COHEN M. S., CHEN Y. Q., McCAULEY M. *et al*., 2011, « Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy », in New England Journal of Medicine, 365, N°6, pp. 493-505.

DIABATÉ S., KÊKÉ R. K., ZANNOU D. M. *et al.,* 2023, « Pre-exposure prophylaxis in real life: experience from a prospective, observational and demonstration project among men who have sex with men in Benin, West Africa », in Journal of the International AIDS Society, 26, N°6, e26130.

KRA A. K., FOTSO A. S., ROUVEAU N. *et al.,* 2021, « Introducing and implementing HIV self-testing in Côte d'Ivoire, Mali, and Senegal: what can we learn from ATLAS project activity reports in the context of the COVID-19 crisis? », in Frontiers in Public Health, 9, 653565.

MBOUP A., BÉHANZIN L., GUÉDOU F. A. *et al.,* 2018, « Early antiretroviral therapy and daily pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among female sex workers in Cotonou, Benin: a prospective observational demonstration study », in Journal of the International AIDS Society, 21, N°11, e25208.

MORIN L., BÉHANZIN L., GUÉDOU F. A. *et al*., 2021, « HIV prevention and treatment cascades among female sex workers in Benin, West Africa », in Sexually Transmitted Diseases, 48, N°9, pp. 654-662.

ONUSIDA, 2021. *Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et être sur la bonne voie pour éliminer le sida d'ici 2030 (cibles 95-95-95)*, Nations Unies / ONUSIDA, New York-Genève.
https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids

ONUSIDA, 2024a. *The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads (2024 Global AIDS Update)*, ONUSIDA, Genève. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024

ONUSIDA, 2024b. *West and Central Africa: Regional profile (2024 Global AIDS Update)*, ONUSIDA, Genève. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/2024-unaids-global-aids-update-western-central-africa

ONUSIDA, 2025. *AIDS, Crisis and the Power to Transform (2025 Global AIDS Update)*, ONUSIDA, Genève. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2015. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*, OMS, Genève. https://www.who.int/publications/i/item/9789241509565

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2016. *Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services*, OMS, Genève. https://iris.who.int/handle/10665/251655

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2019. *Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens (WHO/CDS/HIV/19.15)*, OMS, Genève. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.15

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2022. *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, OMS, Genève. https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2024. *Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services*, OMS, Genève. https://www.who.int/publications/i/item/9789240096394

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2025. *WHO recommends injectable lenacapavir for HIV prevention*, OMS, Genève. https://www.who.int/news/item/14-

07-2025-who-recommends-injectable-lenacapavir-for-hiv-prevention

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, 2022. *Décret n° 2022-184 du 16 mars 2022 portant composition, attributions, organisation et fonctionnement du CNLS-TP*, Cotonou. https://sgg.gouv.bj/doc/decret-2022-184/

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, 2024. *Plan stratégique national intégré pour l'élimination du VIH/sida, de la tuberculose, du paludisme, des hépatites virales et des IST (PSNIE) 2024-2030*, Cotonou. https://extranet.who.int/cpcd/sites/default/files/public_file_repository/BEN_Benin_National-Strategic-Plan-HIV-TB-Mal-HPV-STI_2024-2030.pdf

RODGER A. J., CAMBIANO V., BRUUN T. *et al.*, 2016, « Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy », in JAMA, 316, N°2, pp. 171-181.

RODGER A. J., CAMBIANO V., BRUUN T. *et al.*, 2019, « Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study », in The Lancet, 393, N°10189, pp. 2428-2438.

Sources d'archives non publiées (littérature grise)

Documents internes du programme PSAMAO (archives de l'Organisation pour le Service et la Vie et de PSI-Bénin), non publiés, mobilisés comme sources primaires du présent retour d'expérience :

Contrat de prestation de services PSI/Bénin - OSV, Clinique PSAMAO, Parakou, 2002 et 2004.

Rapports d'activité mensuels et trimestriels du projet PSAMAO, OSV, Parakou, 2001-2007.
Rapport technique et financier des tests réalisés dans le cadre du projet PSAMAO à Parakou (mai 2003-mai 2005), OSV, 6 juin 2005.
Cartographie des sites PSAMAO, base de données, mars 2005.
Évaluation des activités de PSI-Bénin selon le cadre PerForm (620 travailleuses du sexe, 506 camionneurs), équipe Zinsou, Kouton, Adjimon et al., 2005.
Manuels et cahiers de formation du pair-éducateur, de l'animateur et du superviseur PSAMAO ; programmation annuelle des causeries éducatives ; manuel de supervision des activités PSAMAO (SFPS), 2003.
Enquêtes de surveillance comportementale (BSS), Côte d'Ivoire 1998 et Cameroun 2001 (ENSEA/SFPS) ; analyses de situation IST/VIH, FHI/IMPACT, 2001.