

FONDS DES NATIONS-UNIES POUR L'ENFANCE
Bureau Côte d'Ivoire



**IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE A LONG TERME DU VIH/SIDA SUR LES
ENFANTS ET LES POLITIQUES DE REPONSE
Le cas de la Côte d'Ivoire**

Etude réalisée par :

Jacques H. Pégatiénan, Economiste
Didier A. Blibolo, Sociologue

Mars 2002

TABLE DES MATIERES

Liste des acronymes	2
Résumé Exécutif	4
Introduction	9
I. Evolution passée et future de l'incidence du VIH et de la mortalité liée au SIDA	11
1.1 Introduction	11
1.2 Evolution de la séroprévalence du VIH	11
1.3 Evolution de la mortalité due au SIDA	17
1.4 Les déterminants de la séroprévalence du VIH	18
II. Les actions de l'État et des Communautés en matière de prévention du VIH/SIDA	28
2.1 Introduction	28
2.2 Les actions préventives de la transmission hétérosexuelle du VIH	28
2.3 La prévention de la transmission du VIH par la transfusion sanguine	32
2.4 Les actions préventives de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	32
2.5 Les actions préventives de la transmission nosocomiale du VIH	32
2.6 Le dépistage volontaire VIH	33
III. Les actions de l'État et des Communautés en matière de traitement du VIH/SIDA et des maladies opportunistes	35
3.1 Introduction	35
3.2 Historique de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA	35
3.3 Politique officielle de prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH	36
IV. Impact socio-économique à long terme du VIH/SIDA sur le bien-être des enfants	41
4.1 Introduction	41
4.2 Evolution passée du bien-être de l'enfant	41
4.3 L'enquête socio-économique et ses résultats	54
V. Analyse des mesures et politiques d'atténuation de l'impact du VIH/SIDA	65
5.1 Introduction	65
5.2 Impact de l'infection à VIH/SIDA sur les capacités de réponses des ministères sociaux	66
5.3 Réponses étatiques d'atténuation de l'impact du VIH/SIDA	70
5.4 Réponses des familles, des ONG et des communautés face au VIH/SIDA	73
5.5 Appréciation des capacités d'atténuation de la pauvreté entraînée par le VIH	75
VI. Perception de l'impact du VIH/SIDA et les politiques et mesures publiques chez les principaux acteurs	79
6.1 Introduction-Méthodologie	79
6.2 Perception de l'impact du SIDA chez les acteurs	80
6.3 Mesures de lutte contre le VIH/SIDA perçues comme positives par les acteurs	82
6.4 Evaluation par les acteurs du degré de succès des mesures publiques visant à faire face aux conséquences du VIH/SIDA	85
6.5 Problèmes perçus comme négligés par les acteurs	90
Conclusion générale	92
Bibliographie	97
Annexes	106

Liste des acronymes

AMU	: Assurance Maladie Universelle
ARV	: Antirétroviraux
AES	: Accidents exposant au sang
USAC	: Unité de Soins ambulatoires et de Conseils
SSP	: Soins de Santé Primaire
SMIT	: Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Treichvile
CIE	: Centre International de l'Enfance
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unis sur le SIDA
TARV	: Traitements antirétroviraux
UNAIDS	: Programme commun des Nations Unis sur le SIDA
UE	: Union Européenne
PNLS/IST/TUB	: Programme National de Lutte contre le SIDA les IST et la Tuberculose
UNICEF	: Fonds des Nations Unis pour l'enfance
INS	: Institut National de Statistique
ENSEA	: Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour la Science, l'Education et la Culture
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PMT	: Plan à Moyen Terme
IST	: Infections Sexuellement Transmises
IEC	: Information, Education, Communication
BCC	: Bureau Central de Coordination
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
CESAM	: Cellule Estudiantine et Scolaire anti-MST/SIDA
PSI	: Population Service International
RETRO-CI	: Retrovirus Côte d'Ivoire
CDC	: Center for Disease Control
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
IOA	: Initiative Ouest Africaine de migration SIDA
CPN	: Consultation Périnatale
PPH	: Pneumo Phtisiologie
CAT	: Centre antituberculeux
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PSP	: Pharmacie de la Santé Publique
PDSSI	: Projet de Développement des Services de Santé Intégrés (PDSSI)
CIPS	: Centre d'Information et de Prévention du SIDA
CIDEF	: Centre International de la Famille et de l'Enfance
ANRS	: Agence Nationale de Recherche sur le SIDA
CISMA	: Conférence Internationale sur le SIDA et IST en Afrique
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CIRBA	: Centre Intégré de Recherche Biomédicale d'Abidjan
FIS	: Fonds Ivoirien de Solidarité
FSTI	: Fonds de Solidarité Thérapeutique International
CAA	: Caisse Autonome d'Amortissement
IRA	: Infections Respiratoires Aiguës
SRO	: Solution de Réhydratation Orale
INFS	: Institut National de Formation Sociale
MUGEFCI	: Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire
RSB	: Renaissance Santé Bouaké

SAS	: Solidarité Action Sociale
CASM	: Centre d'Assistance Médico-Sociale
DITRAME	: Diminution de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
FSU COM	: Formation Sanitaire Urbaine Communautaire
OBC	: Organisation à Base Communautaire
MLS	: Ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé de la Lutte contre le SIDA
COS-CI	: Collectif des ONG de lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire

Résumé exécutif

L'Etude sur l'impact socioéconomique de long terme du VIH/SIDA sur les enfants et les politiques de réponses en Côte d'Ivoire s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche internationale coordonnée par le centre Unicef de Recherche d'Innocenti (Florence Italie) et exécutée dans pays d'Afrique et d'Asie . Il vise à permettre la comparaison entre les pays pris deux à deux en tenant compte du niveau de prévalence du VIH/SIDA , de l'efficacité des politiques publiques et des communautés en matière de prévention, de traitement et d'atténuation de l'impact socioéconomique de la maladie. Les résultats de la Côte d'Ivoire devraient être comparés à ceux du Sénégal pour ces deux pays situés en Afrique de l'Ouest .

La présente étude a pour objectif de déterminer l'impact du VIH/SIDA sur le bien être de l'enfant en vue d'identifier les moyens appropriés de l'atténuer et de trouver les arguments permettant d'engager un plaidoyer en faveur d'actions urgentes. Les objectifs spécifiques concernent l'état des lieux sur :

- l'évolution passée et future de l'incidence du VIH et de la mortalité due au SIDA ;
- les actions menées par les pouvoirs publics et les communautés relatives à la prévention du VIH/SIDA ;
- les actions menées par les pouvoirs publics et les communautés relatives au traitement ;
- l'impact socio- économique du VIH/SIDA sur les ménages et les enfants ;
- les mesures/programmes visant à atténuer l'impact du VIH/SIDA ;
- la perception de l'efficacité des mesures et programmes par les communautés et les pouvoirs publics.

Pour sa réalisation, l'étude a utilisé la méthodologie suivante :

- L'établissement d'une revue documentaire et d'une analyse des données existantes ;
- La réalisation d'une étude socioéconomique auprès d'un échantillon de trois catégories de ménages : les ménages ayant enregistré au moins un décès d'un parent adulte des suites du VIH/SIDA, ceux ayant enregistré au moins un décès d'un parent adulte des suites d'une maladie autre que le VIH/SIDA et ceux n'ayant enregistré aucun décès, cela sur une période comprise entre le vingt-quatrième et le dix-huitième mois avant l'enquête ;
- La réalisation d'entretiens avec les acteurs de terrain (personnes infectées ou affectées par le VIH, ONG et OBC de lutte contre le SIDA) ;
- La réalisation d'entretiens avec les responsables des principaux ministères sociaux : Education Nationale, Santé Publique, Affaires Sociales et Solidarité Nationale.

Evolution de l'incidence et de la mortalité liée au VIH/SIDA

- De 1985 jusqu'en 2000, le VIH/SIDA a connu une avancée fulgurante en Côte d'Ivoire. Aujourd'hui le nombre de personnes infectées est estimé à un million, la prévalence est de 12%. Le nombre de cas déclarés est passé de 2 en 1985 à 56.000 en 1999 et le sexe ratio est passé de 4,8 hommes pour 1 femme à 1,5 homme pour 1 femme.
- Quatre groupes de populations sont considérés dans le plan stratégique national comme particulièrement à risque parce que très touchés : les jeunes, les femmes, les prostituées et les migrants/personnes mobiles.
- Les conséquences du VIH/SIDA sur la mortalité sont également importantes dans le pays : non seulement l'on enregistre 49% de décès chez les enfants infectés par le VIH tous âges confondus, mais surtout le VIH/SIDA est devenu la principale cause de mortalité parmi les adultes.

- Les déterminants de l'avancée de la maladie sont surtout d'ordre biomédical et comportemental.

La conclusion qui se dégage de l'analyse de l'évolution passée et future de l'incidence et de la mortalité liée au VIH/SIDA se résume en deux points :

- Les connaissances approfondies sur l'incidence sont limitées, voire inexistantes
- L'impact social et économique est également très peu connu.

Actions de Prévention du VIH/SIDA

Face à la menace du VIH/SIDA, des actions de prévention ont été mises en œuvre par l'Etat et les communautés depuis 1987 sous l'impulsion de l'OMS. De réels efforts ont été faits pour la prévention des différentes formes de transmission du VIH.

- Au niveau de la transmission hétérosexuelle, les actions de prévention reposent sur l'IEC (sensibilisation de masse), sur l'utilisation des condoms, de la fidélité réciproque des partenaires sexuels, de l'abstinence sexuelle, sur la prévention et la prise en charge des IST.
- La prévention de la transmission sanguine s'est axée sur la sécurité transfusionnelle et sur l'utilisation des seringues à usage unique.
- La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est devenue une réalité depuis les essais cliniques basés sur l'AZT. Diverses stratégies sont mises en œuvre pour généraliser la PTME dans les centres de santé étatiques et passer à la phase d'utilisation de la Névirapine. Le dépistage volontaire se développe difficilement : au nombre de structures spécialisés en la matière existantes se sont ajoutés deux nouvelles.

On peut retenir que l'évaluation de ces actions de prévention est difficile à faire. Cependant, quelques résultats satisfaisants ont été obtenus et encouragent à améliorer ce qui a été fait :

- Plus de 91% de la population est informée de l'existence du VIH/SIDA et sait, grâce aux campagnes d'IEC, que la maladie se transmet principalement à l'occasion des relations sexuelles.
- La quantité de préservatifs vendue par PSI est passée de 1.800.000 en 1991 à 20.000.000 en 2000. Ce qui montre une demande relativement croissante.
- Dans le milieu des professionnelles du sexe, la prévalence du VIH a baissé passant de 86% en 1992 à 30% actuellement à la Clinique de Confiance du projet RETRO-CI.
- Dans des hôtels de passes, l'utilisation effective des préservatifs a été mesurée de façon objective pour la première fois en 1998 (IOA), ce qui a permis de savoir que 22% des clients d'hôtels de passe ont utilisé de façon indiscutable les préservatifs qui leur ont été offerts (Blibolo AD et al. 1998).
- L'objectif de la "sécurité transfusionnelle" a été atteint à plus de 99,94% sur toute l'étendue du territoire national.
- L'utilisation systématique de seringues/aiguilles à usage unique dans tous les services de santé (publics et privés) est aujourd'hui un acquis.
- De la réticence à faire le test de dépistage, l'on est passé à 72% d'acceptation de la proposition de test dans certains essais thérapeutiques, et, il y a une tendance à l'évolution croissante des demandes du dépistage volontaire au CIPS (de 272 à 489 entre 1994 et 1997).

Ces quelques réussites ne doivent pas cacher les énormes insuffisances des actions de prévention :

- Les activités de prévention sont sporadiques et limitées à quelques grandes villes par manque de moyens humains (qualifiés) et financiers
- Les actions novatrices et porteuses sont souvent abandonnées au profit d'autres nouvelles actions au gré des humeurs de chaque bailleur/partenaire au développement
- Les activités manquent de coordination au plan national du fait qu'elles sont financées de l'extérieur, par conséquent, il est difficile de les évaluer.

Traitement

Vu l'impact néfaste du VIH/SIDA sur la morbidité et sur la mortalité, des actions de traitement des maladies opportunistes du VIH/SIDA sont menées par l'Etat, les ONG et organisations à base communautaire.

- Quelques structures spécialement chargées de la prise en charge thérapeutique et psychosociale des personnes vivant avec le VIH ont été créées. Mais les rares initiatives spécialement créées au profit des enfants infectés et affectés par le VIH. appartiennent au secteur privé associatif ou confessionnel.
- La politique officielle de traitement a privilégié la prise en charge intégrée des affections opportunistes. C'est ce qui explique en partie que l'Etat n'a pas créé des structures spécialisés pour assurer la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA. L'initiative de l'ONUSIDA pour l'accès aux traitements ARV existe en Côte d'Ivoire depuis 1998 et a permis de mettre 1.013 patients sous traitement ARV, non compris les patients sous traitement et décédés. Les traitements sont subventionnés par un fonds national et par un fonds international de solidarité. C'est dans ce contexte général que les enfants infectés par le VIH/SIDA sont pris en charge sur le plan thérapeutique et de façon spécifique au CHU de Yopougon depuis l'avènement de ladite initiative en 1998.

Il importe de former tous les agents de santé de façon régulière et de créer des structures spécialisées dans les départements qui seront des pôles d'excellence en matière de prise en charge du VIH/SIDA.

VIH/SIDA et bien être des enfants

- A l'amélioration des années 1980 a succédé, depuis 1994, une aggravation de la mortalité de 31% pour les garçons et 12% pour les filles avec des disparités régionales au détriment des zones rurales (24%) par rapport aux zones urbaines (14%). Pour le taux de mortalité infanto juvénile, on remarque qu'entre 1990 et 1998, il ya eu une dégradation de 22% (UNICEF,2000 ; MICS 2000). Jusqu'en 2000, on constate un faible taux de scolarisation dans le préscolaire (6,2%), et, la moitié des enfants d'âge scolaire (6 à 11 ans) ne fréquentent pas l'école primaire. L'école est donc difficilement accessible à une importante proportion des enfants.
- L'évolution des indicateurs du bien être de l'enfant dépeignent une situation décevante aussi bien en ce qui concerne la santé de l'enfant que son éducation et ses droits : le nombre des enfants de la rue a augmenté de 23% entre 1992 et 1997; le nombre des enfants en conflit avec la loi a augmenté de 31% en 1999 par rapport à 1998 (UNICEF,1996, 2000; MICS 2000) et le nombre des orphelins du SIDA est estimé à environ 400.000 en 2000.

- L'enquête socioéconomique dans les ménages indique que le VIH détériore le bien-être des enfants : plus que les autres, les enfants affectés par le VIH n'ont pas accès aux soins quand ils sont malades et sont déscolarisés du fait qu'ils sont orphelins. Ils sont ainsi exclus de la société par les conséquences du VIH/SIDA.

Dans cette situation, on s'attend à ce que les ménages où il y a eu un décès dû au VIH/SIDA adoptent des stratégies économiques durables (réduction de l'épargne, des investissements, des dépenses de biens de consommation durables, vente des biens non productifs (bijoux, autres objets non-essentiels, etc.), partiellement durables (recherche d'une opportunité d'emploi éloigné du lieu de résidence ; placement des enfants dans des familles éloignées ; réduction des dépenses de nourriture essentielle et retrait des enfants de l'école) et non durables (réception de l'aide substantielle ; vente de biens du patrimoine, etc.).

- Les résultats de l'enquête montrent que dans l'ensemble, les ménages avec décès dû au SIDA (MDS) se comportent de la même manière que les autres ménages à l'égard des stratégies durables et partiellement durables. Par contre, s'agissant des stratégies non durables, les MDS sont plus nombreux à vendre leurs biens du patrimoine, à réduire leurs dépenses de nourriture et à retirer les enfants de l'école et à vivre d'aides extérieures.

Mesures et politiques d'atténuation de l'impact

- Il n'y a pas de mesures spécifiques prises par l'Etat pour faire face aux conséquences sociales, économiques et juridiques du VIH/SIDA. Cela peut s'expliquer par le fait que ces conséquences étaient très peu connues pour n'avoir pas fait l'objet d'études spécifiques jusqu'à récemment. De plus, nous savons, à l'image du PNDS 1996-2005, que les politiques sanitaires de Côte d'Ivoire sont définies soit sous l'impulsion, soit par rapport aux priorités de financement ou sur la demande des partenaires au développement ou bailleurs de fonds. Si donc les actions jusque là entreprises ont ignoré ces conséquences, c'est probablement parce que les détenteurs des moyens financiers ne les ont pas encore considéré comme prioritaires.

Dans le but de renforcer sa capacité à faire face aux conséquences du VIH/SIDA, l'Etat a entrepris

- la mise à niveau des agents de santé. Quelques services de santé (USAC, Hôpital du jour de Bouaké, de Korhogo, CAT, CIPS) ont été spécialement créés. Des dizaines d'ONG se sont créés et certaines structures de santé ont été réhabilitées (FSU Koumassi, Marcory ; etc.) grâce à l'appui de certains projets de recherche. Le 24 janvier 2001, un Ministère spécialement chargé de la lutte contre le SIDA a été créé et il est prévu d'amener chaque Ministère à consacrer une partie de son budget à la lutte contre le SIDA en son sein.

Par contre, actuellement, le dépistage/diagnostic biologique de l'infection à VIH/SIDA repose sur des institutions non étatiques (RETRO-CI ; CEDRES, et le secteur privé). Toutefois, il faut noter que l'apport des ONG et des OBC est très appréciable et mérite d'être soutenu davantage.

Perceptions de l'impact et des mesures par les acteurs

- Le niveau de connaissance des acteurs sur l'impact du VIH est satisfaisant : 89% ont cité l'augmentation du nombre d'orphelins, 87% ont cité la réduction de la disponibilité des soins pour les anciennes maladies à cause du nombre sans cesse croissant de malades infectés par le VIH/SIDA. Enfin, l'aggravation de la pauvreté du fait du SIDA a été citée dans 52% des cas comme principale conséquence de cette maladie, ce qui est conforme à la réalité du terrain.
- Les principales mesures citées comme étant positives par les acteurs sont : le redéploiement des enseignants (65%) en rapport avec le nombre d'enseignants touchés; l'introduction des traitements ARV (77%) et la réduction du prix de ces traitements (32%) par rapport au nombre sans cesse croissant de personnes infectées par le VIH/SIDA..
- Dans l'ensemble, les acteurs ont fait une évaluation négative des mesures prises pour face à ces problèmes : malgré le fait qu'ils trouvent ces mesures positives, c'est à dire des mesures capables d'améliorer la prise en charge des conséquences du VIH/SIDA, ils se sont dit insatisfaits dans l'application de ces mesures.

Apparemment, les autorités actuelles sont conscientes de cet état de faits. C'est ce qui explique la forte volonté politique manifestée par le Président de la République, par son épouse et par le gouvernement en vue de faire de la lutte contre le SIDA la priorité de leur priorité.

Introduction

A. La problématique

L'Afrique subsaharienne est déjà durement frappée par les chocs exogènes défavorables que sont : l'instabilité pluviométrique, les fluctuations des cours des matières premières, taux d'intérêt internationaux et du dollar US ; les autres problèmes structurels que le continent doit urgemment résoudre concernent la dette et la pauvreté. La pandémie du VIH/SIDA est venue s'ajouter à cette longue liste ; cependant, à la différence des autres chocs, sa particularité est de décimer la population active à l'âge où celle-ci est la plus productive, privant ainsi le continent de son capital le plus précieux, sa force de travail.

L'Afrique est le continent le plus touché par la pandémie. En effet, à fin décembre 2000, elle abritait 25,3 millions (sur 36,1 millions) des adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA, soit 70% et comptait 3,8 millions (sur 5,3 millions) de nouveaux cas d'infection, soit 71,7%. Le taux de prévalance à VIH y était de 8,8%, soit huit fois le taux mondial; les femmes séropositives y représentaient 55% des adultes et enfants séropositifs, soit 17% de plus que la proportion moyenne mondiale(ONUSIDA, 2000).

La Côte d'Ivoire est, en Afrique de l'Ouest, le pays le plus touché avec un taux de prévalance de 10% en 2000. Mais elle est aussi le pays où, malgré les effets visibles de la pandémie, les actions concrètes de grande envergure tardent encore à venir alors que des pays comparables à elle, et parfois moins bien lotis qu'elle, sont en voie de réussir à freiner significativement la progression de la pandémie.

Le VIH/SIDA apparaît pour le moment comme un phénomène essentiellement urbain, avec peu de disparités régionales. Le virus se transmet essentiellement par voie hétérosexuelle; les prostituées constituent le groupe le plus atteint; elles sont aussi les plus affectées par les MST. La tuberculose est la première maladie opportuniste avec des taux élevés de séropositifs. Les enseignants sont un groupe particulièrement atteint avec des taux de décès dus au SIDA allant jusqu'à 60%. Les victimes de la maladie sont concentrées dans les groupes d'âge les plus productifs, occasionnant ainsi des pertes de revenus pour les familles et l'ensemble du système productif du pays.

En effet, les familles s'appauvrissent suite à l'invalidation et au décès de leurs membres les plus actifs; en conséquence, elles laissent orphelins et sans soutien familial adéquat un nombre croissant d'enfants contraints de travailler et de quitter l'école; ils finissent par se retrouver dans la rue et deviennent vulnérables à tous les dangers de la ville. Par ailleurs, l'impact négatif de la pandémie sur les infrastructures et les services sociaux, notamment les systèmes sanitaire et éducatif, aggrave la dégradation des conditions de vie de l'enfant.

C'est dans ce contexte que la présente étude a été entreprise, en partenariat avec le projet global de l'UNICEF coordonné par le Centre de recherche de Innocenti, en Italie.

B. Les objectifs de l'étude

La présente étude a pour objectif général de déterminer l'impact du VIH/SIDA sur le bien être de l'enfant en vue d'identifier les moyens appropriés de l'atténuer et de trouver les arguments objectifs permettant d'engager un plaidoyer en faveur d'actions urgentes. Les objectifs spécifiques concernent l'état des lieux sur:

- (i) l'évolution passée et future de l'incidence du VIH et de la mortalité due au SIDA;
- (ii) les actions menées par les pouvoirs publics et les communautés relatives à la prévention du VIH/SIDA;
- (iii) les actions menées par les pouvoirs publics et les communautés relatives au traitement;
- (iv) l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les ménages et les enfants;
- (v) les mesures/programmes visant à atténuer l'impact du VIH/SIDA;
- (vi) la perception de l'efficacité des mesures et programmes par les communautés et les pouvoirs publics.

C. Le cadre conceptuel

Les objectifs de l'étude seront atteints en rassemblant les données secondaires à travers une revue de la littérature existante sur le sujet, d'une part, et en collectant des données primaires par une série d'enquêtes de terrain, d'autre part. Une enquête socio-économique auprès des ménages urbains d'Abidjan et de trois capitales régionales (Bouaké, Korhogo, Daloa) a été réalisée en vue de déterminer les canaux par lesquels le VIH/SIDA affecte la structure socio-démographique des ménages, leurs revenus et dépenses, les stratégies familiales et communautaires visant à s'adapter aux changements intervenant dans la société, la santé et l'éducation de l'enfant. Une enquête sociologique a été également menée auprès des ministères sociaux (santé, éducation et affaires sociales), des représentants des ONG, des organisations à base communautaire et des associations de personnes vivant avec le VIH, en vue de recueillir leurs perceptions, appréciations et jugement sur les mesures et programmes mis en œuvre pour les pouvoirs publics pour lutter contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

L'étude a été réalisée par une équipe de deux consultants, l'un économiste et l'autre sociologue; les deux consultants ont été appuyés par une cellule technique.

D. La structure du rapport

Le rapport comprend sept chapitres: (i) l'évolution passée et future de l'incidence du VIH et de la mortalité liée au SIDA; (ii) les interventions de l'Etat et de la communauté en matière de prévention contre le VIH/SIDA; (iii) les interventions de l'Etat et de la communauté en matière de traitement du VIH/SIDA et des maladies associées; (iv) l'impact du VIH/SIDA sur le bien être des enfants; (v) les politiques ou mesures pour atténuer l'impact du VIH/SIDA; (vi) la perception de l'impact des politiques ou mesures par les pouvoirs publics et les communautés concernées et (vii) les conclusions et leçons.

Evolution passée et future de l'incidence du VIH/SIDA et de la mortalité liée au SIDA

1.1. Introduction

L'objectif du chapitre est d'évaluer la dimension et la gravité de la maladie, d'une part, et le taux de décès qu'elle inflige à la population selon ses différents canaux de transmission, d'autre part. Etant donné la difficulté qu'ont les individus et les familles à parler ouvertement du VIH/SIDA, le dispositif statistique mis en place pour observer l'évolution de la maladie joue un rôle stratégique et délicat. Ce dispositif conditionne l'identification et l'évaluation correctes des déterminants de la propagation de la pandémie, à savoir : les facteurs biomédicaux, les comportements sexuels et les risques sociaux.

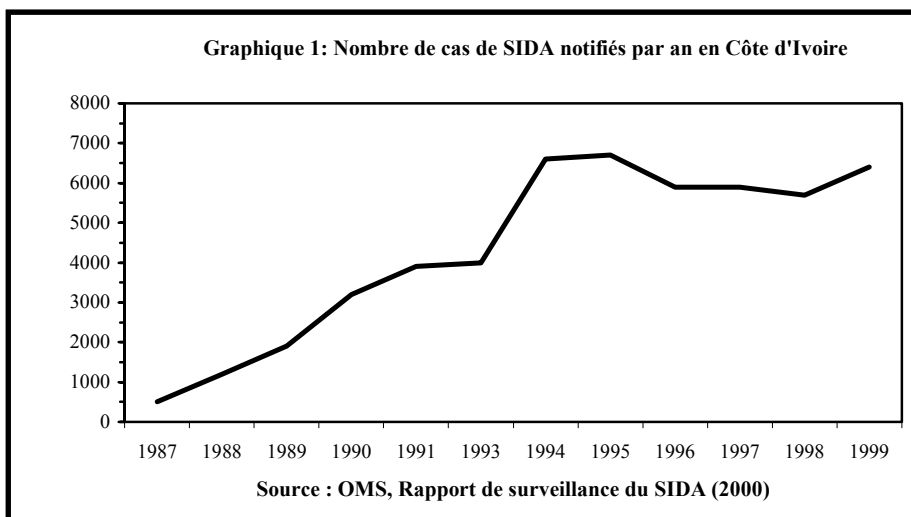
Ce chapitre décrit le contexte général de l'évolution de la pandémie ; il caractérise le cadre dans lequel la situation particulière des enfants, principal objectif de l'étude, sera analysée ; le bien-être de l'enfant fait l'objet du chapitre 4.

1.2. L'évolution de la séroprévalence du VIH

Cette section décrit d'abord les tendances générales de la séroprévalence, ensuite les évolutions par groupes d'âge, régions et notamment selon le critère urbain/rural.

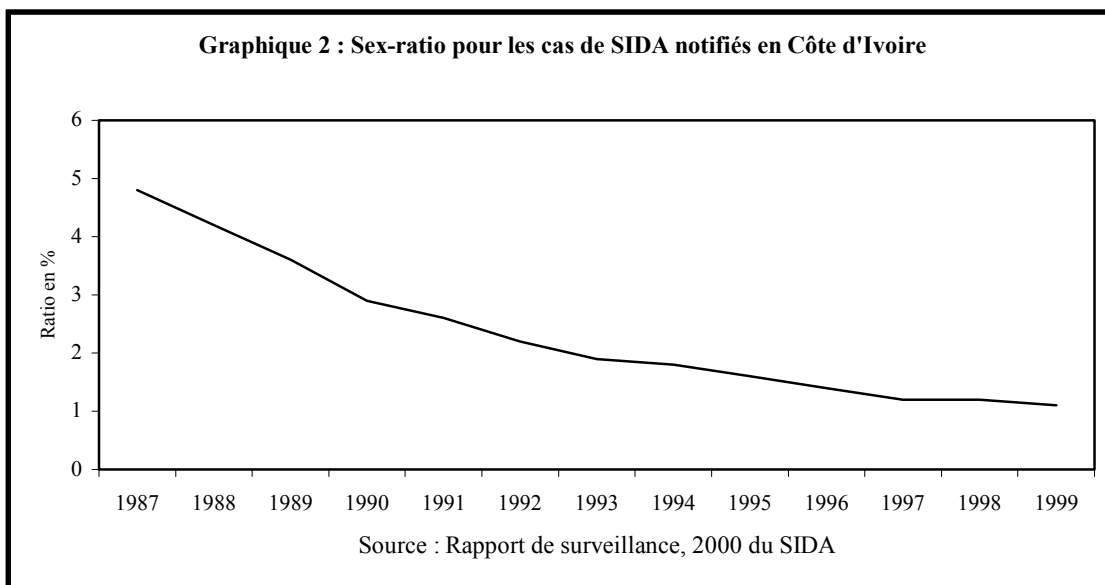
1.2.1. Les tendances générales

La présence du SIDA a été officiellement constatée en Côte d'Ivoire en 1985, tardivement en comparaison avec les pays de l'Afrique de l'Est et du Centre (UE, 1997). Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le pays était estimé à un million en 2000 contre 800.000 en 1998. Le nombre de cas de SIDA notifiés par la Côte d'Ivoire a rapidement augmenté (Graphique 1). A fin 1999, 52.000 cas cumulés de SIDA ont été officiellement notifiés. Les responsables s'accordent à penser qu'il y a à la fois une sous évaluation de la dimension de la maladie et une sous notification et qu'un cas d'infection de SIDA sur 17 est effectivement déclaré (Sansan Kadio-Morokro, Coulibaly, 1999).



Deux types de VIH coexistent en Côte d'Ivoire, le VIH1 et le VIH2 ; le premier est le plus répandu tandis que le second contribue de moins en moins à l'expansion de l'épidémie (UE,1997) et limite son action à certaines zones géographiques (Sansan Kadio-Morokro et Coulibaly, 1999)

Aujourd'hui, la femme est atteinte autant que l'homme. En effet, le ratio hommes/femmes a fortement baissé (Graphique 2) ; de tous les cas notifiés en 1997, 55% étaient de sexe masculin contre 45% de sexe féminin (Sansan Kadio-Morokro et Coulibaly, 1999) ; en 1999, le processus d'équilibrage s'est poursuivi par un rapprochement des proportions, 53,6% pour les hommes et 46,4% pour les femmes (PNLS, 2000).

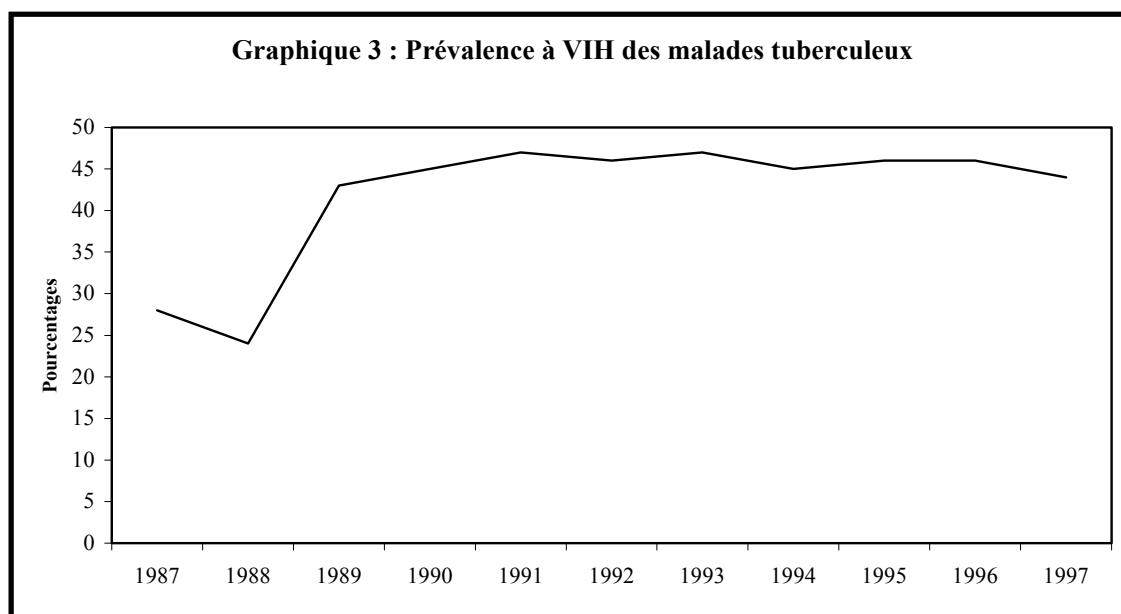


La Côte d'Ivoire ne dispose pas d'un système de mesure de la séroprévalence au niveau national basé sur un échantillon représentatif de la population adulte. En l'absence d'un tel système, le taux de prévalence au sein de la population nationale est extrapolé à partir de celui des femmes enceintes considéré comme un prédicteur fiable du taux global (UE,1997).

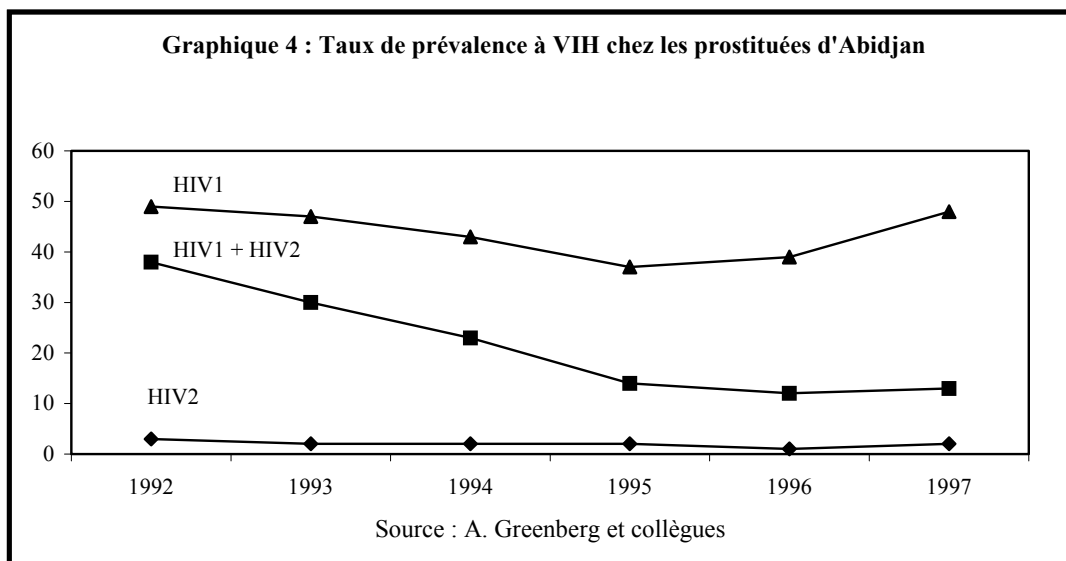
Selon l'étude de Greenberg et al. (1997), relative à 33.940 femmes enceintes examinées au cours de la période 1987-1997, le taux de prévalence était déjà élevé en 1987 (10%) et a évolué rapidement pour atteindre 14% en 1998 (Ministère de la Santé publique, 1999).

La majorité des autres études trouvent un taux de prévalence variant entre 12 et 16,7% (Ramon R. et al., 1997; Welffens-Ekra et al., 1997; Stefan et al., 1997; Msellati et al., 1997; Noba et al., 1997; Sylla-Koko et al., 1997; Ali-Napo et al., 1997); le taux de prévalence le plus faible se situe à 8,9% sur la base d'un échantillon de 2047 femmes tiré dans les dix plus grandes villes ivoiriennes (Kassim et al., 1997). Chez les femmes enceintes ayant des MST, le taux de prévalence du VIH est estimé à 16,7% (Ali Napo et al., 1997)

La tuberculose est la première cause de morbidité et de mortalité des personnes infectées par le VIH (Sansan Kadio-Morokro, 1997); elle occupe le premier rang des atteintes infectieuses dans 29 à 46 % des cas (Domoua et al., 1997; Coulaud JP, 1997; Sansan Kadio-Morokro et Coulibaly, 1999) tandis que le second rang est tenu par les pneumonies bactériennes dans 21 à 35% des cas (Domoua et al., 1997). Le taux de prévalence du VIH est particulièrement élevé pour les sujets atteints de tuberculose, sans qu'on puisse dire laquelle des deux maladies a induit l'autre. Greenberg et al. (1997) ont examiné 32.878 cas de tuberculose et ont trouvé un taux de prévalence en forte augmentation (Graphique 3).



Le taux de prévalence à VIH est élevé pour les malades consultés dans les différents services hospitaliers d'Abidjan: 51% en 1987 et 71% en 1992 pour les patients du service des maladies infectieuses, 23% et 68%, respectivement, pour ceux du service de pneumonie, 23% en 1988 et 29% en 1991 pour ceux du service de médecine interne, 43% en 1988 et 46% en 1992 pour ceux du service de dermatologie (Béchu, Delcroix et Guillaume, 1997). Aka P.A (1997) a observé que 20 à 30% des personnes séropositives ont des affections cutanées. Selon une étude conduite au CHU de Treichville, 90% des patients consultés pour le zona sont infectés par le VIH (Sansan Kadio-Morokro et Coulibaly, 1999).



Les prostituées constituent le groupe le plus atteint par le VIH/SIDA; pour celles exerçant à Abidjan, le taux de prévalence est élevé ; la progression du VIH1 a repris à partir de 1995; cependant, la tendance est à la baisse pour celles qui participent aux programmes spécifiques lorsqu'on prend les deux formes cumulées (Graphique 4) (Greenberg et al., 1997; Ghys et al., 1997; Diallo et al., 1997). Parmi les filles de rue, 95% sont porteuses de l'anti-corps du VIH (Sangaré et al., 1997).

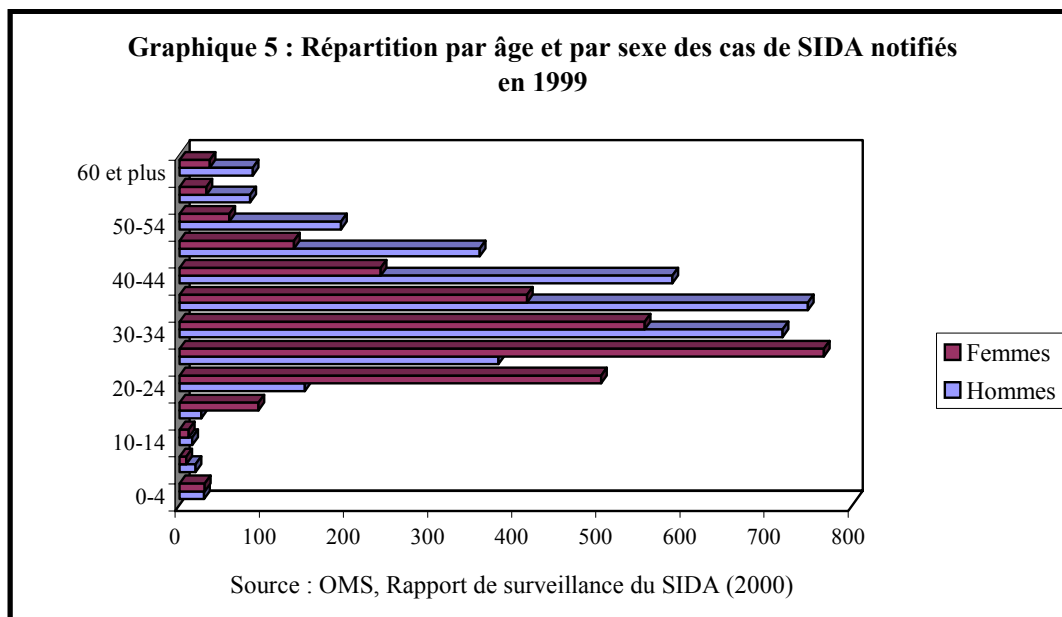
En 1991, le taux de prévalence du VIH était de 11,5% chez les jeunes de 15 à 29 ans (PNLS, 1999); il était estimé à environ 12% pour la période 1997-2000 (PNLS, 2000). Aucune étude nationale n'est disponible pour évaluer la situation sérologique générale des enfants. Les taux de prévalence estimés sur des bases diverses sont élevés et varient entre 22,2% et 43% (Kouassi et al., 1997; Beau JP et collègues, 1997; Adonis Koffi et al., 1997). Les estimations donnent un taux de prévalence de 7,2% chez les filles enceintes âgées de 10 à 14 ans (Kassim et al., 1997).

Le taux de prévalence à VIH est élevé parmi les enfants malnutris. En effet, sur un échantillon d'enfants malnutris, Beau et al. (1997a) trouvent un taux de prévalence au VIH1 de 36,5%, d'une part, et 45% des membres d'un échantillon d'enfants en retard de croissance sont infectés (Beau et al., 1997b), d'autre part.

Les études relatives à la prévalence dans les entreprises privées sont pratiquement inexistantes; les estimations disponibles portent sur les travailleurs des entreprises agroindustrielles; elles indiquent un taux de prévalence de 22,9% (Sangaré et al., 1997), supérieur à celui de la population générale.

1.2.2. Evolution selon les groupes d'âge, la région et le milieu rural/urbain

La structure par âge des victimes de la maladie montre (Graphique 5) que ce sont les adultes jeunes qui en sont les principales cibles. En effet, les personnes les plus touchées sont âgées de 20 à 49 ans (Béchu, Delcroix, Guillaume, 1997; Ministère de la Santé publique, 1997) et les sujets âgés de 30 à 34 ans représentaient 20% des cas notifiés de SIDA en 1999; les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 18% et 12% des cas notifiés en 1997 et 1999, respectivement (Ministère de la Santé Publique, 1999; PNLS, 2000). Les femmes de 20-29 ans sont plus nombreuses à être atteintes que leurs homologues masculins (Tableau 1).



Selon l'enquête nationale de 1989, les cinq régions du pays étaient diversement infectées par la maladie: le Nord (2,2%), l'Ouest (4,2%), le Centre (6%), l'Est (7,3%), le Sud (8,3%) (Béchu, Delcroix, Guillaume, 1997). Entre 1989 et 1998, le taux de séroprévalence hors d'Abidjan était estimé à 2/3 de celui d'Abidjan, soit 8-10%, en 1995 (UE,1997). Depuis 1998, suite à la régionalisation du Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) et des projets de recherche, le taux de prévalence des femmes enceintes est disponible pour les dix régions du pays; le tableau 1 montre qu'il ya une diversité de situations selon les régions mais ces disparités ne sont pas marquées.

Tableau 1: Taux de prévalence (en %) du VIH/SIDA par région

	1998	2000
Abidjan	13,75	10,8
Abengourou	12	12
Bondoukou	12,75	11
Bouaké	9,8	7,7
Daloa	8,41	8,4
Korhogo	8,36	8
Odienné	9,09	8,9
Man	10,23	10,6
San Pedro	8,05	9,1
Yamoussokro	-	8,6

Source: PNLS, 2000

Compte tenu de l'importance de la production agricole pour l'économie ivoirienne, il est important de connaître le différentiel de séroprévalence entre le milieu urbain et le milieu rural et de connaître son évolution dans le temps. En 1989, le taux de séroprévalence chez la population générale était estimé à 7,4% pour les urbains et 4,9% pour les ruraux (Sansan Kadio-Morokro et Coulibaly, 1999) ; en 1997, ce taux est monté à un niveau compris entre 12,5% et 14,2% pour les zones urbaines et entre 6,3% et 7,6% pour les zones rurales (PNLS, 2000). Le taux de prévalence en ville dépasse de 51% en 1989 et 93% en 1997, celui du milieu rural ; par ailleurs, au fil du temps, l'écart s'est creusé entre les deux taux qui ont

augmenté mais, en presque dix ans, le premier l'a fait deux fois plus vite (+80%) que le second (+41%). On peut donc dire que, pour le moment, la contamination à VIH est un phénomène essentiellement urbain; mais, au regard des relations intenses existant entre la ville et les zones rurales, pour combien de temps encore sera -t-il confiné dans le milieu urbain?

1.2.3. Les projections de la séroprévalence

Les projections de l'évolution de la maladie ont indiqué que le taux de prévalence atteindra un maximum de 15,5% à Abidjan en 2000, 12,25% hors d'Abidjan en 2003 et 13% pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire au début des années 2000 (Lévy Bruhl et al., 1997; UE,1997). Une étude de l'Institut National de Statistique de Côte d'Ivoire a estimé un plateau à 10,4% en 2001 (hypothèse basse), 12% en 1999 (hypothèse moyenne) et 15,3% en 2000 (hypothèse haute) (INS,1994). Le PNLS a prévu en 1997 un taux de prévalence national de 9,5 à 11,5% en 2000 et de 9,5 à 12,7% en 2005 (PNLS, 1997). L'hypothèse basse des prévisions de l'INS et les prévisions du PNLS tendent à être validées par les faits observés.

Le nombre de personnes infectées varie également selon les études: 1,3 million dont 42% depuis 1996 (Lévy Bruhl, 1997; UE, 1997); les estimations de l'INS (1994) sont données dans le tableau 2. Des divergences importantes existent au sujet des nouveaux cas de SIDA : 60.000 en 2001 selon Lévy Bruhl et al. (1997) et UE (1997); elles diffèrent de celles de l'INS (1994) et du PNLS selon lequel ce nombre varierait entre 90.000 et 106.000 en 2000 et entre 108.000 et 135.000 en 2005 (PNLS, 1997).

Tableau 2: Projections du nombre de personnes contaminées, de nouveaux cas de SIDA et décès dus au SIDA (en milliers)

	Nombre de personnes contaminées			Nombre de nouveaux cas de SIDA			Nombre de décès annuels dus au SIDA		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1988	304	304	304	20	20	20	20	20	20
1993	662	756	835	51	59	62	42	47	50
1998	903	1018	1271	94	106	124	81	92	105
2003	1030	1161	1485	106	121	154	103	116	145
2008	1163	1359	1720	114	130	169	112	127	164

1= Hypothèse basse : taux de prévalence de 10,5%

2= Hypothèse moyenne : taux de prévalence de 12%

3= Hypothèse haute : taux de prévalence de 15%

Source: INS (1994)

1.2.4. Le mode de transmission

Les rapports hétérosexuels sont la principale voie de transmission du VIH/SIDA chez les adultes et les enfants. Le taux de transmission mère - enfant est estimé à 25%, 19% et 1% pour le VIH1, le VIH 1+2 et le VIH2, respectivement (Sansan Kadio-Morokro et Coulibaly, 1999). La transfusion sanguine est de moins en moins un vecteur du VIH/SIDA, suite à une bonne sélection des donneurs de sang. En effet, le taux de prévalence dans les échantillons de sang prélevé est faible et en forte baisse de 3,66% en 1993 à 0,78% en 1996 (Abisse et al., 1997). Cependant, trois quarts du sang transfusé sont destinés aux enfants (Sansan Kadio-Morokro et Coulibay, 1999) et 11,5% du SIDA pédiatrique sont dûs à la transfusion sanguine

(Abisse A, 1997). La documentation relative à la transmission homosexuelle est rare ; on peut seulement signaler que dans la population carcérale, le taux de prévalence au VIH est estimé à 27,5% pour les prisonniers et 6% pour le personnel pénitencier (Sangaré, 1997).

1.3. L'évolution de la mortalité due au SIDA

Le SIDA est aujourd'hui la première cause de mortalité chez les adultes, devant le paludisme et les accidents de la route; il est la deuxième cause de sortie de carrière des enseignants après la retraite (BNETD, 2000). En 1999, 72.000 personnes sont mortes du SIDA (UNAIDS, 2000).

Peu d'études approfondies existent sur la mortalité liée au SIDA; les estimations disponibles font ressortir que le taux de décès augmente avec l'aggravation de la maladie (7% après six mois, 17% après douze mois et 28% après dix huit mois) et l'âge des patients (6% pour les moins de 30 ans, 16% pour les personnes âgées de 30 à 39 ans et 39% pour les personnes de plus de 40 ans) (Djomand et al.,1997). La probabilité et le taux de décès restent assez élevés, à 33,5% et 21%, respectivement, même après avoir suivi le traitement par AZT (Coulaud et al., 1997). Le taux de mortalité avant la fin du traitement chez les tuberculeux atteints de SIDA est estimé à 6% pour le VIH- et 20% pour le VIH+ (Coulibaly et al., 1997).

Le taux de décès d'enfants infectés varie selon les études mais se situe à un niveau élevé : 19,6% pour les enfants âgés de 1 à 14 ans (Adonis Koffi et al., 1997), ou 71,4% pour les enfants de moins de cinq ans. Pour les enfants, tous âges confondus, Beugré et al.(1997) trouvent un taux de 49 %.

Le SIDA influence le taux de mortalité global et l'espérance de vie à la naissance, comme le montre le tableau 3. En 2000, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans alors qu'elle devrait se situer à 65 ans, soit dix ans de moins soustraits par la pandémie (BNETD, 2000).

Tableau 3: Projections des taux bruts de mortalité et de l'espérance de vie , avec et sans le SIDA

	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005
1. Taux de mortalité (pour mille)				
Avec le SIDA	14,7	14,7	14,5	13,5
Sans le SIDA	14,5	13,2	11,8	10,5
2. Espérance de vie (en années)				
Avec le SIDA	51,9	51,5	50,8	51,6
Sans le SIDA	52,4	54,4	56,4	58,6

Source: United Nations (1994)

Les niveaux de séroprévalence et de mortalité observés ainsi que les projections sur ces variables épidémiologiques et démographiques permettent d'évaluer la gravité de la pandémie. Mais l'appréciation correcte et exhaustive du phénomène dépend beaucoup du système d'observation qui fournit les informations de base. Le nombre de femmes ayant eu une consultation prénatale a augmenté de 44,4% en 1996 à 87,5% en 2000 (PNLS,1999; UNICEF/MICS 2000). En outre, lorsqu'elles y sont invitées, les femmes acceptent de faire le test et de venir prendre connaissance des résultats. Le taux d'acceptation du test varie entre 69 et 94% (Gourvellec et al., 1997; Wellfens-Ekra et al., 1997; Stefan et al., 1997; Boka Yao et al., 1997; Noba V.L, 1997). Le taux de retour pour chercher les résultats du test est également élevé et varie entre 14,6 et 90% (Stefan et al.,1997; Msellati et al., 1997; Wellfens-Ekra et

al.1997; Gourvellec et al., 1997; Noba V.L, 1997). Cependant, le taux de notification de la séropositivité au partenaire est très faible, 2,2% (Ouattara, R, 1997) ; il n'est pas systématique et diffère selon le sexe. (Ouattara Y. et al., 1997). Les raisons évoquées pour refuser la notification du statut sérologique au partenaire sont diverses: crainte d'incompréhensions, rejet, manque de ressources financières, peur de perdre son conjoint (Ouattara Y. et al., 1997; Ouattara A.R, 1997).

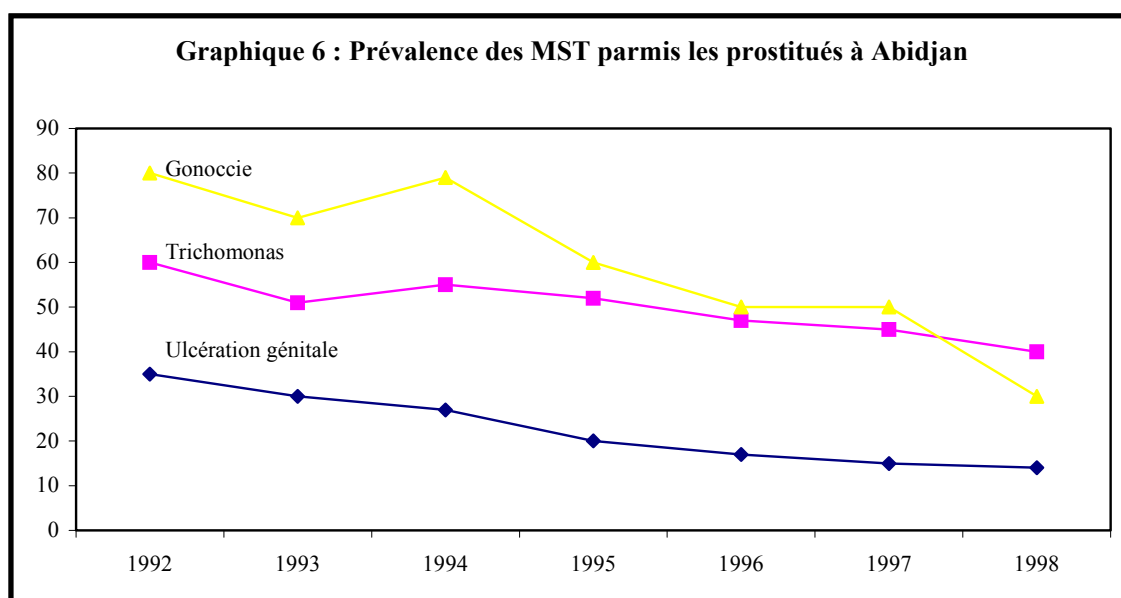
Ainsi, la proportion élevée des femmes qui font des consultations prénatales et le taux élevé d'acceptation du test du VIH/SIDA indiquent que le problème de la connaissance de la dimension et de la gravité de la pandémie ne se situe pas au niveau de la volonté de faire le test mais il est davantage à celui de la disponibilité des services de dépistage et de test. En effet, les systèmes de dépistage existants sont implantés dans les capitales régionales et sont éloignés des populations rurales qui constituent l'essentiel de la population nationale. La base d'informations sur la séroprévalence de la population est étreinte et limitée aux grands centres urbains à l'exclusion des zones rurales ; de ce fait, la connaissance correcte et exhaustive de la pandémie s'en trouve, elle aussi, limitée.

1.4. Les déterminants de la séroprévalence

Cette section discute des facteurs qui favorisent la contamination, ce sont : les facteurs biomédicaux, de comportements sexuels et de risques sociaux. Les variables biomédicales concernent le rôle que jouent les MST et l'état nutritionnel dans le processus de contamination; les variables liées aux comportements sexuels mettent l'accent sur les comportements à risques pris par les professionnelles du sexe et les jeunes. Les variables de risques sociaux décrivent le rôle que jouent la mobilité spatiale, la pauvreté, le statut de la femme, la désintégration de la famille dans la rapidité de propagation du VIH.

1.4.1. Les facteurs bio - médicaux

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) cumulées (écoulements, ulcérations et végétations génitales) touchent 15,6% de la population adulte et représentent 6,9% des consultations au niveau national.



Le taux de prévalence des MST est élevé chez les prostituées (Essombo et al., 1997; Sani S et al., 1997) mais il est en baisse pour tous les types d'infections (Graphique 6). Cette tendance à la baisse est confirmée par l'enquête récente de l'ENSEA (1999a) qui a estimé à 12,3% la proportion des prostituées qui déclarent avoir eu des écoulements et à 7% pour celles ayant eu des boutons et/ou des plaies sur le sexe. Les prostituées jeunes sont plus nombreuses à déclarer des MST au cours des douze derniers mois.

La prévalence des MST est élevée chez les jeunes ; en 1989 elle était de 24,7% pour les garçons et 28,9% pour les filles âgées de 15 à 19 ans contre 13% et 23%, respectivement, et 35,8% et 45%, respectivement, pour la tranche d'âge 20-24 ans (Analyse de la situation, 1999). L'enquête de l'ENSEA (1999b) montre également, en 1999, une baisse du taux de prévalence des MST chez les jeunes. L'étude de Bouabi et al. (1997) indique également une baisse du taux de prévalence de 14% (dont 7% pour les garçons et 20% pour les filles) en 1995 à 1,75% en 1997 chez les élèves du Lycée de Vavoua en Côte d'Ivoire.

Les autres groupes cibles sont: les migrants agricoles, les routiers, les militaires et les sportifs. Le taux de prévalence des MST est faible chez les migrants agricoles; en effet, en 1998, 4% d'entre eux ont déclaré avoir eu des écoulements génitaux et 2,5% des boutons/plaies sur le sexe; les plus jeunes, les plus instruits et les sans religion d'entre eux ont été les plus touchés (ENSEA, 1999c). Le taux de prévalence chez les routiers est estimé à 7,4% pour les écoulements génitaux et 6,3% pour les boutons/plaies sur le sexe (ENSEA, 1999d). Quant aux militaires, 62% d'entre eux déclarent avoir eu au moins une fois une MST (Kouamé, 1997). Le taux de prévalence des MST chez eux a baissé de 17% en 1993 à 7% en 1996 (Lorougnon et al., 1997). Ce taux est estimé à 17% chez les sportifs (Coulibaly, M, 1997).

1.4.2. Les facteurs liés aux comportements sexuels

Quatre groupes ont été ciblés par le plan stratégique de lutte contre le SIDA, à savoir : les jeunes, les femmes enceintes, les prostituées et les migrants ; l'enjeu est la réduction des comportements à risques, notamment les rapports sexuels non protégés, l'alcool et la drogue.

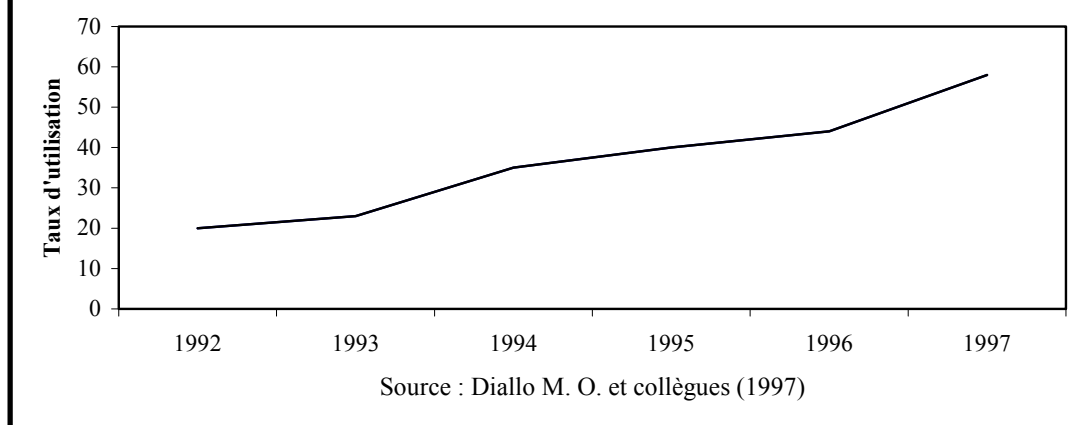
A. Les prostituées

La prostituée d'Abidjan a le profil suivant: son âge varie entre 26 et 30ans et diminue (Diallo et al., 1997); l'activité est de plus en plus dominée par les ivoiriennes; elles sont de plus en plus instruites (Diallo et al., 1997 : ENSEA, 1999c)

Les raisons qui les poussent à la prostitution sont essentiellement économiques; en effet, 60% des mineures la pratiquent par manque de revenus (Gbadi et al., 1997), les filles de rue l'exercent à cause des mauvais traitements conduisant à la situation de sans domicile fixe (Sangaré et al., 1997). En 1999, le manque de soutien et la pauvreté des parents demeurent les principales causes de prostitution pour 81,2% et 59,8% d'entre elles, respectivement (ENSEA, 1999c); les autres causes importantes sont : le besoin d'autonomie (pour 26,7% des prostituées) et la déception sentimentale (pour 24,1% d'entre elles).

La prévalence élevée des MST nécessite une protection des rapports sexuels pour limiter les risques de contracter le VIH/SIDA. La proportion des prostituées qui utilisent à 100% le préservatif était faible en 1992 (20%) mais a rapidement augmenté (Graphique 7) (Diallo et al., 1997). 60% des mineures n'utilisent pas le préservatif (Gbadi et al., 1997) et son utilisation n'est pas systématique chez les prostituées de Bouaké (Essombo et al., 1997). La situation semble s'être améliorée en 1999 car, au niveau national, 83,6% des prostituées déclarent avoir utilisé le préservatif avec le client occasionnel, 81,6% avec le client régulier et 16,4% avec le partenaire régulier non client.

**Graphique 7 : Evolution du taux d'utilisation des préservatifs
chez les prostituées d'Abidjan (en %)**



En résumé, les prostituées constituent le groupe le plus atteint par le VIH/SIDA; cependant, le taux de prévalence est en baisse chez elles.

B. Les jeunes

La précocité des rapports sexuels a été mise en évidence en 1989 (PNLS, 1999; Tapé Gozé et Dédy Séri, 1989) : à 14 ans, presque le quart des jeunes (26% des garçons et 19% des filles) avaient déjà eu leur premier rapport sexuel; ce pourcentage est passé à 60% pour les jeunes âgés de 16 ans. En 1994-95, 10,4% des jeunes de 12 ans et 18,3% des filles de 14 ans étaient sexuellement actifs (PNLS, 1999). En 1999, la proportion des jeunes ayant eu leur premier rapport sexuel à 15 ans est de 29% pour les garçons et 27,5% pour les filles (ENSEA, 1999d). Ainsi, la précocité sexuelle des jeunes est en augmentation.

Il existe également une fécondité précoce; en effet, en 1995, 3,5% des adolescentes avaient eu au moins un enfant ou étaient enceintes pour la première fois (PNLS, 1999). Cette fécondité précoce prédomine chez les adolescentes moins instruites (40%) et vivant en milieu rural (45%).

En 1993-94 (PNLS, 1999) des rapports sexuels avec des partenaires réguliers ou occasionnels sont constatés, respectivement, chez 60% et 17% des jeunes abidjanais ; près du quart des jeunes pratiquent l'abstinence. Le nombre de partenaires différents est estimé à 3 pour les garçons et 4 pour les filles et ce nombre croît avec l'âge, quelque soit le sexe. En 1999, on a constaté que 32,2% des garçons et 56% des filles ont eu au cours des douze derniers mois un partenaire sexuel tandis que 35,5% des garçons et 21,2% des filles en ont au moins deux; le vagabondage sexuel est donc davantage un phénomène masculin (ENSEA, 1999d).

La prévalence des MST étant forte chez les jeunes, il est inquiétant de constater le faible taux de protection de leurs rapports sexuels. En effet, 7% des jeunes utilisent le préservatif de manière systématique; ce taux tombe à 4% et 2%, respectivement, chez les garçons et les filles âgés de 20 à 24 ans; 34% des jeunes, tous sexe confondus, l'utilisent occasionnellement. La majorité des jeunes, 60%, tous sexes confondus, et 41% des enfants de la rue n'ont jamais utilisé le préservatif (PNLS, 1999). Mais son taux d'utilisation s'est amélioré car, en 1999, 35% des garçons et 31,7% des filles déclarent avoir utilisé le préservatif masculin lors de leur dernier rapport sexuel..

Pendant que la précocité des rapports sexuels augmente, la majorité des jeunes ne se protègent pas ; le vagabondage sexuel est un phénomène essentiellement masculin mais la pratique des partenaires multiples est aussi fréquente chez les garçons que chez les filles. Les jeunes sont généralement insouciants et minimisent le risque de contamination par voie sexuelle.

1.4.3. Les facteurs de risques sociaux

A. Les migrants ruraux

Les migrants sont considérés comme des personnes courant un risque élevé de contracter le VIH/SIDA car ils vivent loin de leur famille dans des zones éloignées de la ville, notamment, les migrants agricoles. La séroprévalence du VIH est élevée chez ce groupe de personnes, en Afrique de l'Est (Kigongo et al. ,1992, cité par ENSEA, 1999b): il y a corrélation entre mobilité internationale et SIDA dans le cas du Sénégal (Sow et al cité par ENSEA, 1999b) et du Niger (Ousseini et al, 1989 cité par ENSEA, 1999b). Selon l'ENSEA (1999b) les migrants ruraux reçoivent une visite mensuelle de prostituées qui séjournent pendant quelques jours sur les sites des plantations agroindustrielles de Béttié, SOGB et Zuénoula, en Côte d'Ivoire. De fait, pour ses besoins de main d'œuvre agricole saisonnière, la Côte d'Ivoire entretient des flux importants de migrations internes et internationales.

Au cours des douze derniers mois précédant l'enquête (ENSEA, 1999b), 15,6% des migrants ruraux ont eu une partenaire occasionnelle et 9% au moins trois partenaires occasionnelles; ce comportement a été le fait de 24% des migrants jeunes de moins de 20 ans pour ceux qui ont eu une partenaire et 18,4% pour ceux qui ont eu au moins trois partenaires. Le nombre moyen de partenaires prostituées est de 0,13 mais monte à 0,24 et 0,28 pour les moins de 20 ans et ceux âgés de 20 à 24 ans, respectivement.

L'utilisation du préservatif augmente avec le degré de risque de contamination et avec le niveau d'instruction; en effet, 21% des migrants ayant une partenaire régulière ont utilisé le préservatif et le taux est passé à 67,3% pour les partenaires occasionnelles et 82% pour les prostituées. Ceux qui utilisent le plus le préservatif sont les moins de 24 ans et les instruits. Le préservatif est toujours utilisé par 50,3% des migrants ayant une partenaire occasionnelle et par 68% de ceux qui visitent les prostituées. En résumé, ce sont les jeunes ayant été à l'école qui, parmi les ouvriers agricoles saisonniers, adoptent le plus des comportements sexuels à risques.

B. Les routiers

La pratique des partenaires multiples est répandue parmi les routiers ; en effet, 17% des routiers ont eu une partenaire occasionnelle au cours des douze derniers mois précédant l'enquête et 12% en ont eu au moins trois (ENSEA, 1999d). Ce sont les routiers jeunes et instruits qui ont le nombre élevé de partenaires; Le nombre moyen de partenaires est de 1; mais les jeunes de moins de 20 ans en ont deux fois plus (2,1), les plus instruits en ont 1,3 à 1,4 .

Les routiers fréquentent les prostituées; 3,6% d'entre eux ont eu une partenaire prostituée au cours des douze derniers mois; 4,5% en ont eu deux et 8,3% en ont eu au moins trois; ce sont les plus instruits qui y ont le plus recours. Le nombre moyen de partenaires prostituées est de 0,9 mais il est plus grand pour les jeunes routiers de moins de 20 ans (1,7).

L'utilisation du préservatif est fréquente; il est toujours utilisé par 61% des routiers dans leurs relations avec les partenaires occasionnelles et 77,4% le font avec les prostituées. Les routiers

jeunes sont plus nombreux à agir de la sorte: 73% l'utilisent dans leurs relations avec les partenaires occasionnelles et 92% l'utilisent dans leurs relations avec les prostituées. Au cours de leur dernier rapport sexuel, 30% des routiers ont utilisé le préservatif avec leur partenaire régulière, 72% l'ont utilisé avec leur partenaire occasionnelle et 88% l'ont utilisé avec les partenaires prostituées. Les moins de 20 ans sont les moins nombreux à utiliser le préservatif (43,3%, 73% et 92% respectivement, pour les partenaires régulières, occasionnelles et prostituées). En résumé, ce sont les routiers jeunes et instruits qui sont les plus nombreux à adopter les comportements sexuels à risque.

C. La mobilité des prostituées

Le déplacement des prostituées est un facteur de risque de propagation du VIH/SIDA/MST. Au cours des douze derniers mois, 33,4% des prostituées déclarent avoir été absentes de leur lieu de résidence; elle sont plus nombreuses à se déplacer à Bouaké (42,6%) qu'à San Pedro (26%) et ce sont celles qui sont les plus âgées qui ont tendance à se déplacer (après 25 ans). 70% des prostituées déclarent avoir l'habitude de travailler dans d'autres villes (ENSEA, 1999c).

D. Les réfugiés

Des études ont montré que 60% des populations réfugiées de l'Ouest de la Côte d'Ivoire ne se croient pas menacées par le VIH/SIDA (Blibolo, 1995, cité par PNLS, 1999), ce qui explique, sans doute, que 66,6% des ivoiriens et 71,55% des réfugiés aient des partenaires sexuels occasionnels. Le taux de prévalence des MST parmi les réfugiés est estimé à 26,3% (Lorougnon, 1996 cité par PNLS, 1999) .

1.4.4. La pauvreté

La faiblesse ou l'absence de revenus est l'une des principales causes de la prostitution, principal vecteur des MST et de l'infection à VIH. En effet, le manque de ressources financières est la source de la précocité sexuelle chez les jeunes pour 98,9% des garçons et 97,4% des filles, de l'abandon scolaire pour 19% des élèves ayant quitté l'école (PNLS, Analyse de situation, 2000 ; ENSEA, 1999d). La promiscuité des habitats urbains des populations ayant délaissé les zones rurales est un autre indicateur de pauvreté (Becker, 1996) ; il y a également le taux élevé de dépendance dans les familles à qui les jeunes sont souvent confiés; en effet, 38,5% de ces familles abritent 5 à 8 personnes et 47,5% abritent plus de 9 personnes (PNLS, Analyse de la situation, 1999).

1.4.5. Le statut de la femme

La société attribue à la femme un statut d'infériorité qui s'exprime au travers de plusieurs facteurs: le faible niveau d'instruction, la soumission à l'homme, la marginalisation liée aux MST supposées venir nécessairement d'elle et la précarité de sa situation économique et financière (PNLS, Analyse de la situation, 1999). Le faible niveau d'instruction ou l'ignorance de la femme ivoirienne la rend vulnérable à l'infection et à la maladie ; cette situation est favorisée, d'une part, par la préférence qu'ont les parents pour la scolarisation des garçons au détriment des filles et, d'autre part, par les grossesses précoces qui constituent 32% des causes d'abandon de scolarité des filles (PNLS, Analyse de la situation, 1999).

La soumission de la femme qui, traditionnellement, ne choisit pas son mari, l'expose aux risques de contracter la maladie suite au vagabondage sexuel du mari et à son incapacité de

prendre l'initiative de se protéger par l'utilisation du préservatif. Le fait que la croyance populaire lui impute systématiquement toute maladie sexuellement transmissible, y compris le SIDA, la marginalise au sein de la société. Enfin, la précarité de sa situation économique et financière, malgré sa contribution décisive à la production agricole, notamment vivrière, l'expose constamment à la précocité sexuelle et à la prostitution, professionnelle ou non. Le statut de la femme explique son attitude vis à vis du test de dépistage et de sa réticence à notifier sa séropositivité à son conjoint.

1.4.6. La désintégration de la famille

Il est reconnu que la famille élargie et la communauté sont des sources de solidarités sociales lorsque le SIDA invalide un de ses membres et le rend de plus en plus incapable de subvenir à ses besoins de base. L'instabilité ou la désintégration de la famille à ce moment précis accroît la souffrance physique et morale du malade.

L'évolution de la famille tend vers une nucléarisation qui la limite progressivement au père, à la mère et aux enfants, surtout en milieu urbain. Cette évolution est facilitée par la loi sur le mariage et l'héritage de 1964 modifiée par celle de 1983, d'une part, et par l'urbanisation croissante en cours, d'autre part. Elle crée une nouvelle cohésion familiale dans laquelle l'individu prend de plus en plus de place au détriment de la solidarité de groupe (Ouattara Y, 1997) induite autrefois par la famille élargie.

La désintégration de la famille déchire le filet social naturel et livre à eux mêmes les membres de la famille atteints par la maladie. Cependant, le besoin de confidentialité ou de secret, de non stigmatisation et le défaut de compréhension incitent à rechercher d'autres types de solidarités en dehors de la faille élargie et auprès, par exemple, d'associations de personnes vivant avec le VIH (Hassoum et collègues, 1997).

Le VIH/SIDA attaque souvent des catégories de personnels à capital humain important pour le pays et que les fréquentes affectations professionnelles peuvent transformer en agents de propagation de la maladie.

1.4.7. Les cadres à forte mobilité spatiale

Peu d'études ont été faites sur les groupes socioprofessionnels. L'une de ces investigations concerne les enseignants ; cependant, la référence aux résultats de cette étude ne doit pas signifier que les enseignants sont le seul groupe concerné par le VIH/SIDA.

A. Les enseignants

Une enquête exhaustive au niveau national a été réalisée au cours de la période 1996-98 par le projet *Impact du VIH/SIDA sur le système éducatif de la Côte d'Ivoire* financé par l'UNICEF, l'ONUSIDA, la Banque Mondiale, l'UNESCO et d'autres partenaires. Outre cette étude, l'équipe de recherche a eu des entretiens avec les responsables de la santé scolaire et de l'enseignant du Ministère de l'Education nationale et de la formation de base.

Selon l'étude mentionnée, 641 enseignants vivaient avec le VIH dont 81% d'instituteurs, 15,9% de professeurs du secondaire et 3,1% d'éducateurs (Bulletin du Projet Impact, 1998). Au cours de l'année scolaire 1996-97, sur 218 décès d'instituteurs dont la cause est connue, 140, soit 64,22%, sont dus au VIH/SIDA ; ainsi, 5 instituteurs décèdent du VIH/SIDA par semaine scolaire. Pour l'année scolaire 1997-98, 59 décès sur les 85 dont la cause est connue,

soit 69,41%, sont dus au VIH/SIDA. Quant aux enseignants du secondaire, au cours de l'année scolaire 1996-97, 19 décès sur les 44 dont les causes sont connues, soit 43,18%, sont dus au VIH/SIDA. Au moment de l'enquête, aucun enseignant n'était sous traitement ARV (Bulletin du Projet Impact, 1998).

Les instituteurs décédés ont un âge moyen de 36 ans et une ancienneté moyenne dans la profession de 13 ans. Le temps d'absence pour indisponibilité des instituteurs vivant avec le VIH est de 6,2 mois, en moyenne, contre 10 jours pour les instituteurs indisponibles pour une maladie autre que le VIH. Selon l'étude mentionnée, en 1996-97, le décès et l'indisponibilité des instituteurs ont empêché de former 119.000 enfants âgés de 6 à 11 ans. L'effectif d'élèves dont la scolarité est perturbée par l'indisponibilité des instituteurs pour raison de VIH (1.600 élèves) est supérieur à celui des élèves dont les études sont handicapées par n'importe quelle cause (1.200 élèves). Par ailleurs, en 1997-98, l'étude a dénombré 796 orphelins du SIDA dont 447 enfants de moins de 15 ans, soit 56,15% (Bulletin du Projet Impact, 1998).

Le système éducatif ivoirien est caractérisé par un déficit chronique d'enseignants auquel le gouvernement a fait face par des politiques palliatives dont, entre autres, le recrutement d'instituteurs adjoints généralement moins qualifiés que les instituteurs ordinaires qui sont les titulaires. Au cours de l'année scolaire 1996-97, l'offre d'enseignants était inférieure de 1,4% à celle disponible hors SIDA et, pour un taux d'encadrement de 40 élèves /instituteur, le déficit d'enseignants avec le SIDA dépassait de 8,8% celui obtenu hors SIDA; le taux de dépassement s'élevait à 47,8% avec un taux d'encadrement de 45. Selon l'étude, le nombre d'enfants d'âge scolaire qui n'auront pas accès à l'école à cause du SIDA est estimé à 18.400 et 20.700 pour un taux d'encadrement de 40 et 45, respectivement (Bulletin du Projet Impact, 1998; Fassa et al., 1997). Ce nombre est estimé à 71.655 enfants, dont 30.023 filles, pour la période 1998-00, soit 2,47% de l'effectif des enfants d'âge scolaire.

B. Les autres personnels

Le taux de contamination à VIH/SIDA chez les agents de la sécurité et de la défense (militaire, policier, gendarme et douanier) est supérieur à la moyenne nationale; en conséquence, l'équivalent d'une compagnie est perdue chaque année suite au SIDA (BNETD, 2000). Cependant, on a noté un changement dans l'évolution de la prévalence des MST, l'un des vecteurs du VIH, dont le taux a diminué de 17% en 1993 à 7% en 1996 (Lorougnon et al., 1997).

Les personnels de santé sont assujettis aux risques de contamination à VIH de par leur profession à cause des accidents exposant au sang (AES). Cependant, ces risques sont de plus en plus faibles suite aux précautions prises. Selon une étude de Yoboué (1997), 45,3% des travailleurs du CHU de Yopougon ont des antécédents AES et les catégories les plus exposées sont: les infirmiers et sage femmes (31%) et les manœuvres d'entretien (19%); l'aiguille creuse est l'agent causal dans 73% des cas. Il y a des risques de contamination chez les personnels des centres antituberculeux où le taux de prévalence au VIH est de 45% ; pourtant, les personnels se sentent plus menacés par la tuberculose que le SIDA alors que c'est l'inverse dans les formations sanitaires urbaines (Blibolo et al., 1997). Collinson et al. (1997) estiment à 0,3-0,4% les risques de contamination générés par les comportements extra professionnels du personnel médical.

Les sportifs sont à risques parce qu'ils se déplacent beaucoup et subissent des traumatismes donnant lieu aux AES dans 72% des cas; ils subissent des lésions hémorragiques dans 25,3% des cas à l'occasion desquels l'hémostase a été pratiquée les mains nues et sans gants dans 67,6% des cas. Ces sportifs qui, dans 17% des cas, ont des antécédents de MST, pratiquent le

partenariat sexuel multiple avec un nombre moyen de partenaires de 2,3; mais ils utilisent irrégulièrement les préservatifs dans une proportion de 69,7% (Coulibaly M, 1997).

Le taux élevé de mortalité due au SIDA chez les enseignants est préoccupant non seulement à cause de la dimension de la propagation de la pandémie due à la présence de l'enseignant sur toute l'étendue du pays, mais surtout pour le développement de l'enfant qui se trouve privé d'accès à l'école à cause de la maladie. Les relations entre zones à forte prévalence et zones à faible prévalence contribuent également à la propagation de la maladie.

1.4.8. Les relations entre zones à forte prévalence et zones à faible prévalence

Dans le court terme, les zones rurales isolées connaissent un faible taux de prévalence comme déjà mentionné; cette situation s'explique, d'une part, par le faible développement de l'infrastructure sanitaire et le faible taux d'utilisation de l'infrastructure sanitaire disponible (Brown, 1996) et, d'autre part, par le sous diagnostic et la sous notification (PNLS, 1999) des cas de SIDA. Cependant, dans les moyen et long termes, les taux de prévalence en milieu rural augmenteront suite à l'intensité de ses relations avec les zones urbaines à forte prévalence au travers des agents propagateurs que sont: les prostituées mobiles, les routiers et leurs transactions commerciales, les ouvriers agricoles saisonniers, les enseignants et les migrations périodiques des membres des associations de jeunesse.

Comme indiqué plus haut, 33,4% des prostituées déclarent avoir été absentes de leur lieu de résidence et 70% d'entre elles ont l'habitude de travailler en dehors de leur résidence habituelle (ENSEA, 1999c). Selon une autre étude, deux tiers des prostituées changent de domicile au moins trois fois en deux ans ; dans 33% des cas, ce déplacement s'explique par la recherche d'une nouvelle clientèle (PNLS, 1999). Etant donné le fort taux de prévalence des MST et du VIH dans ce groupe, leur forte mobilité constitue un puissant facteur de propagation du VIH et du SIDA (PNLS,1999).

Les zones rurales situées sur l'itinéraire des routiers et celles produisant des surplus agricoles générateurs d'intenses flux commerciaux sont exposées à la contamination du VIH (Brown, Webb et Haddad, 1994 ; PNLS,1999) à cause des comportements et pratiques sexuels à risques des routiers déjà mentionnés.

Les zones rurales fournisseuses de main d'œuvre saisonnière aux zones urbaines sont également à risques (Brown, Webb, Haddad, 1994; PNLS,1999) à cause des retours plus ou moins fréquents des travailleurs saisonniers dans leur village d'origine pour diverses raisons : funérailles, mariages (Painter et al,1992; Anarfi, 1993 cités par PNLS,1999), réunions d'associations de cadres ou de jeunes dont, par exemple, le phénomène du PAKINOÛ lié au retour périodique des jeunes travailleurs du pays Baoulé dans leur village d'origine chaque année au cours du long week - end de Pâques.

Les enseignants sont des fonctionnaires qui sillonnent le territoire national au gré de leurs affectations. Le taux élevé de mortalité due au SIDA chez les enseignants signifie que l'instituteur est un agent de propagation de la maladie en milieu rural.

L'existence d'une population massive de réfugiés et le fort taux de prévalence des MST en leur sein sont des facteurs de propagation du VIH/SIDA dans les zones rurales de l'Ouest de la Côte d'Ivoire.

On peut donc s'attendre à ce que, dans les prochaines années, le taux de prévalence des MST et du VIH/SIDA s'accélère suite à une forte augmentation de la prévalence en zones rurales consécutive à l'intensification des transactions entre la ville et les zones rurales.

De l'analyse faite, il se dégage que, à cause des limites des systèmes d'observation existants, la dimension de la pandémie est insuffisamment appréciée au niveau de certains groupes importants qui jouent un rôle décisif dans sa propagation ; il s'agit notamment des jeunes (notamment les jeunes ruraux), des migrants agricoles, des routiers, des agents de sécurité.

Chapitre 2

Actions de l'Etat et des communautés en matière de prévention du VIH/SIDA

2.1. Introduction

Avant de prendre la décision d'annoncer l'existence du SIDA en Côte d'Ivoire, il a fallu attendre 1987, après en avoir discuté plusieurs fois en conseils des Ministres. (A. Eba, 1995). C'est en effet deux ans après la découverte des premiers cas de SIDA que le Ministre de la Santé Publique a reconnu officiellement l'existence du SIDA dans le pays tout en rassurant la population quelque peu apeurée dans une déclaration télévisée : « le SIDA n'est pas plus préoccupant que le paludisme... Il suffit d'être fidèle à son (sa) partenaire pour éviter la terrible maladie. » (Blibolo AD. 1998).

L'année 1987 est un repère important dans le processus de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire : le programme national de lutte contre le SIDA et les premiers plans à court et moyen terme ont été mis en place cette année. Depuis ce temps (1987), de réels efforts ont été déployés par l'État et par les Organisations non gouvernementales (ONG) pour la prévention des différentes formes de transmission du VIH:

- la transmission hétérosexuelle
- la transmission par transfusion sanguine
- la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- la transmission par le matériel de soins (aiguilles)
- etc.

De multiples activités de séro-surveillance et de recherches scientifiques ont également été réalisées.

2.2. Les actions préventives de la transmission hétérosexuelle du VIH

En Côte d'Ivoire, le VIH se transmet principalement à l'occasion des relations hétérosexuelles. La CCC (Communication pour le changement de comportements), l'utilisation des préservatifs, de la fidélité des partenaires sexuels, de l'abstinence et la prise en charge des MST sont les principaux moyens de lutte utilisés.

- ***Actions de communication pour le changement de comportement (CCC, ou encore IEC)***

De 1987 jusqu'à 1990, la plupart des activités de CCC ont été réalisées par l'Etat (BCC). C'est par la suite que les organisations non gouvernementales (ONG et Comités de lutte contre le SIDA) ont commencé à participer de façon très active au processus de prévention du VIH/SIDA. Aujourd'hui, la lutte contre le SIDA repose essentiellement sur ces organisations et un collectif des ONG de lutte contre le SIDA a été créé par le gouvernement. Il a pour but de canaliser l'ensemble des initiatives non gouvernementales et de coordonner leurs diverses activités.

D'une manière générale, les actions de CCC pour la prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH/SIDA entreprises par l'état et les ONG/OC sont principalement des activités de masse :

- conférences d'information et de sensibilisation
- affichages et affiches, prospectus et brochures,
- tee-shirts,
- émissions et spots publicitaires à la radio et à la télévision,
- films, pièces de théâtre, concerts de musique,
- jeux concours des jeunes sur le SIDA
- séminaires et ateliers de formation
- De façon spécifique, le marketing social du préservatif masculin et les actions pour accroître son utilisation ont été développées en direction des professionnelles du sexe, des jeunes et des migrants/personnes mobiles.

Aujourd'hui, la sensibilisation de proximité est plus en plus préconisée au détriment de la sensibilisation de masse, et, des ONG telles que le CASM et ASAPSU auraient déjà commencé à mettre en œuvre des activités qui consistent à faire du porte à porte.

Ces nombreuses actions de communication pour le changement de comportement (CCC) ont permis à une grande partie de la population d'être informée sur l'existence du SIDA : en 1989, 90% de la population avaient entendu parlé du SIDA (Dédry S. et Tapé G, op. cit.).

L'une des insuffisances de ces actions d'IEC réside dans le fait qu'elles se limitent aux grandes zones urbaines et ne sont pas pérennisées. De plus, ces actions ont rarement visé les jeunes de façon spécifique: la CESAM, cellule étudiante et scolaire anti-SIDA/MST a certes créé plusieurs Comités Santé dans des établissements scolaires, mais elle n'a pas pu les faire fonctionner. Actuellement, ces comités santé n'existent presque plus et il n'y a plus d'activités de prévention des IST/SIDA, malgré la volonté affichée du Syndicat des enseignants du primaire de s'impliquer désormais dans la lutte contre les IST/SIDA. Il en est de même s'agissant des agents de santé et de ceux du Ministère des Affaires Sociales : hormis les différentes séances de formation continue que certains agents reçoivent quelquefois, il n'y a pas d'activités de CCC ciblant spécialement ces agents.

Enfin, en dehors des quelques informations relatives à la connaissance du SIDA par les populations attribuable aux actions de CCC, il est difficile d'évaluer leur portée réelle en terme de changement de comportement à risques. Ceci fait croire, à tort ou à raison, que les actions de CCC n'ont pas d'effets sur les comportements à risque des populations. Toutefois, l'utilisation des préservatifs peut servir d'indicateur pour l'évaluation de ces activités de CCC.

• *Evolution de l'utilisation des préservatifs et la prévention du VIH/SIDA*

Paler de l'utilisation des préservatifs suppose qu'ils sont disponibles, accessibles et qu'il est possible d'évaluer la dite utilisation.

Au sujet de la disponibilité des préservatifs, disons qu'une ONG internationale, PSI (Population Service International) a été chargé d'en faire le marketing social. Ainsi, cette ONG s'efforce de rendre disponible des préservatifs au coût réduit de marque PRUDENCE partout dans le pays (**à 25 FCFA l'unité**). Toutefois, les préservatifs ne sont pas toujours disponibles dans la plupart des hôtels de passe, là où se prennent les risques liés aux relations sexuelles occasionnelles (Blibolo, 1999). Il en est de même dans les maisons closes des professionnelles du sexe où les préservatifs ne sont pas souvent disponibles, en dehors des prostituées qui sont suivies dans le cadre de la Clinique Confiance du projet RETRO-CI.

Tableau 4: Evolution du nombre de préservatifs vendus par l'ONG PSI de 1991 à 2000.

Année	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Vente de condoms	1 800 000	10 605 761	12 370 581	16 362 741	20 269 178	22 424 581	20 036 121

Source: Population Service International, 2000

Le tableau no 4 indique que le nombre de préservatifs vendus par PSI, ONG chargée du marketing social des préservatifs dans le pays, est passé de 1.800.000 en 1991 à 20.000.000 en 2000. Il y a donc eu un accroissement considérable de la quantité de condoms vendus d'une année à une autre.

Des études ont montré que l'activité sexuelle débute à 12 ans chez des jeunes en Côte d'Ivoire (Dédy S. et Tapé G. 1995) et que la proportion de célibataires de sexe masculin est de 55,5% parmi les 9.880.648 habitants âgés de 12 ans et plus (RGPH. INS, 1998), soit 5 483 760 personnes célibataires. En rapportant le nombre de préservatifs vendus en 2000 à ce nombre de célibataires qui sont des utilisateurs potentiels de préservatifs dans la population générale, **on obtient une moyenne de 4 préservatifs achetés par personne par an**. On peut donc dire que la population sexuellement active de sexe masculin a acheté 1 préservatif de marque Prudence par trimestre en 2000. Ce qui ne veut pas dire que ces préservatifs ont été utilisés pour prévenir les IST/SIDA.

S'agissant de l'utilisation des préservatifs, il faut noter qu'il a toujours été très difficile de mesurer de façon objective son effectivité. Les chercheurs ont donc l'habitude de s'en tenir aux déclarations des individus interviewés ou au nombre de condoms vendus pour mesurer l'utilisation des préservatifs, ce qui ne reflète pas forcément la réalité.

Dans le milieu des professionnelles du sexe, jusqu'à 1992, la prévalence du VIH était de plus de 86%, mais actuellement, elle se situe à 30% sur les sites d'intervention de la Clinique de Confiance du projet RETRO-CI. Cette relative baisse de la prévalence du VIH dans cette population est due en partie au fait que ces femmes utilisent de plus en plus les préservatifs et qu'elles sont soignées dès qu'elles ont une IST. Par ailleurs, **92% des clients** des professionnelles du sexe de la ville d'Abidjan **affirment utiliser les condoms de façon systématique** avec celles-ci. (Béa V. et al, 2000).

Une expérience pilote novatrice mise en œuvre dans le pays à partir de 1997 a permis, entre autre et pour la première fois, de mesurer de façon plus objective l'effectivité de l'utilisation des préservatifs. Il s'agit du travail de recherche-action de l'Initiative Ouest Africaine (IOA) mené sous la direction de l'ONUSIDA dans le domaine de la migration et du SIDA. Cette expérience montre qu'il est possible de mesurer l'utilisation effective des préservatifs dans des conditions particulières : 22% des clients des hôtels de passe de Ferkessedougou au nord de la Côte d'Ivoire ont utilisé de façon indiscutable les préservatifs qui leur ont été offerts (Blibolo AD et al. 1998).

Les préservatifs féminins existent en Côte d'Ivoire et sont effectivement distribués à la Clinique confiance du Projet RETRO-CI. Mais dans la population générale, ils ne sont presque pas utilisés pour des raisons qui restent à élucider. Ce sont donc uniquement les préservatifs masculins qui sont répandus.

- **Prévention du VIH/SIDA par la prise en charge des infections sexuellement transmises.**

L'intégration du programme IST dans les principaux organes du PNLIS est intervenue en 1990. Elle se justifie par le fait qu'en Afrique noire, il y a une corrélation entre le SIDA et certaines MST qui jouent un rôle de cofacteur dans la transmission du VIH et dans la transmission de la maladie. Les IST se plaçaient au 5^e rang des motifs de consultation médicale dans les années 1990. La mesure de leur prévalence actuelle, faute de notification de cas, est approximative.

En Côte d'Ivoire, la sérosurveillance sentinelle a intégré la syphilis chez les femmes des consultations prénatales (CPN) en 2000. Ce qui a permis de savoir que 0.4% de ces femmes présentaient la syphilis. On sait par ailleurs qu'en 1990 à Abidjan, 46% des séropositifs dépistés parmi des patients ayant consulté trois services de prise en charge des MST présentaient des ulcérations génitales (Mamadou O.Diallo, 1992). En 1990, 19% de tous les patients IST des Dispensaires Antivénériens étaient porteurs du VIH, 35% en 1991, 27% en 1992.

Depuis 1993, la Clinique de confiance du projet RETRO-CI dépiste et traite gratuitement les IST parmi les prostituées à Abidjan. La prévalence est en baisse dans ce milieu de prostituées : de 40% en 1992, on est passé à 12% en 1997 pour la syphilis.

De 1994 à 1995, **des séances de formation de l'ensemble des agents de santé du public sur la prise en charge thérapeutique des IST ont été organisées dans les dix communes d'Abidjan.** Mais, les résultats restés également insuffisants comme l'a reconnu Laruche G. : «l'impact immédiat de la formation était satisfaisant. Les connaissances des soignants sur la prise en charge des IST se sont insuffisamment améliorées entre 1994 et 1995, justifiant la poursuite du recyclage. Des algorithmes de prise en charge de ces maladies ont été élaborées, mais il n'a pas été possible d'étendre ces formations à tous les agents du public et du privé.

La stratégie du dépistage et de prise en charge syndromique des IST est en cours de vulgarisation avec le soutien du Projet Canadien. Des kits de médicaments IST ont été confectionnés pour être utilisés par des agents de santé préalablement formés à leur utilisation.

Il reste donc à étendre cette formation de mise à niveau à toutes les structures de santé surtout de l'intérieur du pays.

Par ailleurs, pour l'instant, la prise en charge clinique des IST n'est pas systématiquement accompagnée du dépistage de l'infection à VIH dans les dispensaires Antivénériens. Or, le dépistage est une stratégie de prévention de l'infection à VIH. Ne pas l'inclure dans la prise en charge des IST est par conséquent une insuffisance.

2.3. La prévention de la transmission du VIH par la transfusion sanguine

L'objectif visé était de définir une politique nationale de transfusion sanguine, de renforcer les capacités de dépistage de l'infection à VIH, de l'hépatite, de la syphilis, etc. et de définir des indications rationnelles de la transfusion sanguine. A ce niveau, différents types de mesures ont été prises : ce sont principalement des dispositions d'ordre biomédicale (la "sécurité transfusionnelle") et juridique (loi n° 93-672 du 9 Août 1993 relative aux substances thérapeutiques d'origine humaine).

Des algorithmes de diagnostic biologique de l'infection à VIH ont été élaborés à l'intention des biologistes et techniciens de laboratoires des Centres de Transfusion Sanguine du pays. Plusieurs autres techniciens de laboratoire ont été formés dans les formations sanitaires urbaines des grandes villes (Abidjan, Bouaké, Korhogo, etc.). Selon l'un des spécialistes de la question, « l'acte transfusionnel n'est pas sans risques. Il faut donc le réserver strictement dans les cas de danger de mort immédiate, sinon rechercher toute autre alternative ».

A côté de ces mesures d'ordre biomédical, d'autres dispositions ont été prises. Ainsi le centre de transfusion d'Abidjan a été réhabilité. Des centres régionaux de transfusion sanguine ont été créés à Korhogo et à Bouaké. Enfin, une loi a été votée en 1993 en vue de réglementer le prélèvement et l'utilisation du sang humain (loi n° 93-672 du 9 Août 1993). L'objectif de la "sécurité transfusionnelle" a été atteint à plus de 99,94 % sur toute l'étendue du territoire national (P.N.L.S, 1994). Toutefois, des efforts continuent d'être faits, notamment avec l'aide de l'OMS (Afro) pour sécuriser d'avantage le sang destiné à la transfusion : du 23 juillet 2000 au 17 août 2001, des spécialistes de 12 pays africains dont la Côte d'Ivoire ont été formés aux méthodes et techniques de gestion de la qualité en transfusion sanguine.

2.4. Les actions préventives de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Selon l'OMS, 90% des enfants infectés par le VIH sont originaires de l'Afrique au sud du Sahara avec un taux de transmission de la mère à l'enfant de 15 à 48%. En Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH chez des femmes enceintes était de 14% en 1995 (Angoran-Bénié H et al. Abidjan, 1999). Des essais cliniques visant à réduire la transmission verticale du VIH (régime court d'AZT) ont été menés dans le pays. Les résultats de ces essais indiquent qu'une réduction de la transmission mère-enfant de 37 à 50% est possible.

Depuis donc 1999, il est question d'améliorer et d'étendre cette stratégie de prévention à tous les services de consultations prénatales du pays. La première phase d'opérationnalisation des résultats des dits essais a été initiée par l'UNICEF. Cette phase a été suivie de la mise en place du projet pilote FSTI (Voir 3.3.5. Structures de financement des TARV). A partir du mois de juin 2000, le FSTI qui intervenait sur quatre différents sites (Koumassi, Marcory, Yopougon-PMI et Wassakara) limite désormais ses efforts aux seuls deux sites de Yopougon. Sur ces sites, les interventions consistent à mettre les enfants, les mamans et leurs partenaires sous traitement ARV et à assurer leur suivi biologique, clinique et psychosocial. Les mamans qui pratiquent l'allaitement artificiel reçoivent gratuitement du lait et tout le matériel utile (casseroles, bibérons, thermos, etc.). Des visites aux domiciles des femmes permettent de veiller sur la bonne qualité de l'allaitement artificiel, de soutenir celles qui ont des difficultés d'ordre social et affectif et d'identifier les perdues de vue.

Dans la perspective d'extension de la PTME, le projet RETRO-CI, l'OMS, la Coopération Italienne, le FSTI, l'UNICEF, l'ONUSIDA et le Ministère chargé de la lutte contre le SIDA sont entrain d'explorer les possibilités pratiques de mise en œuvre d'un vaste programme visant la formation des personnels de santé et le renforcement de la capacité diagnostic des centres de santé en vue de vulgariser la prévention de la transmission mère-enfant du VIH

(PTME). Un programme National de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été élaboré et attend d'être exécuté dans son entier. Néanmoins, des centres de PTME ont été créés au CHU de Yopougon, à Abobo-gare et à l'Hôpital général de Port-Bouët et d'autres sont en projet à Abengourou, à San-pédro et ailleurs à l'intérieur du pays. Ces différentes actions sont actuellement les principales initiatives ciblant spécifiquement les enfants, mais également leurs mères et dans certains cas, les conjoints de celles-ci.

Il importe de noter qu'un programme national en la matière a été élaboré et attend d'être exécuté à l'image des centres du CHU de Yopougon, de l'Hôpital général de Port-Bouët et de la FSU d'Abobo.

La tendance est actuellement à l'utilisation de la Névirapine en remplacement de l'AZT qui est plus coûteux. Ce souhait n'est pas encore devenu réalité et le régime à base de l'AZT est toujours en vigueur.

2.5. Les actions préventives de la transmission du VIH par l'utilisation de matériel médical.

L'une des plus importantes mesures prises dans le pays pour éviter la transmission du VIH par le matériel de soins a consisté à imposer l'utilisation systématique de seringues/aiguilles à usage unique dans tous les services de santé (publics et privés). Cette mesure est aujourd'hui entrée dans les habitudes et son succès en terme d'application peut être estimée à 99%. C'est à dire qu'actuellement, il est presque certain que sur toute l'étendue du territoire, seules les seringues à usage uniques sont utilisées. Il reste cependant à définir et à appliquer d'autres méthodes de prévention de la transmission nosocomiale du VIH.

2.6. Le dépistage volontaire VIH

Le test de dépistage est l'un des moyens les plus utilisés pour le dépistage/diagnostic et pour la vérification de la progression de l'infection à VIH/SIDA. Mais vue la peur qui entoure l'infection à VIH à cause de la stigmatisation qu'implique souvent la séropositivité, il n'est pas permis de faire le test de VIH chez quelqu'un qui ne l'a pas accepté. L'acceptation du test de VIH est donc une étape préalable dans le processus de dépistage et de prise en charge de l'infection à VIH.

La revue de la littérature en sciences socio-comportementales montre une absence d'études ayant traité de l'acceptabilité du test de dépistage du VIH dans la population générale en Côte d'Ivoire. Il existe néanmoins quelques écrits et des données chiffrées parcellaires sur la question.

D'une manière générale, l'on évoque fréquemment une grande réticence face au test de dépistage du VIH (en dehors des structures spécifiquement dévolues au conseil et au dépistage), tant de la part des patients qui hésitent à le demander ou à l'accepter que de la part des médecins réticents à le proposer. Pour expliquer le manque d'intérêt pour le test de dépistage du VIH, diverses raisons sont avancées : problème d'accessibilité du fait du nombre relativement bas des structures de dépistage volontaire; angoisse du résultat positif et bien d'autres raisons: ceux qui n'ont pas fait le test de dépistage ont peur de se découvrir infectés (1 personne sur 3).

Mais, malgré la réticence à la pratique du test de dépistage du VIH, il y a un certain nombre d'individus qui acceptent les propositions de tests ou qui, volontairement, entreprennent des démarches pour se faire dépister. Ainsi, de mars 1995 à août 2000, sur 43 997 femmes enceintes ayant bénéficié de conseils relatifs au VIH dans le cadre des activités du projet RETROCI, plus de 72% ont accepté la proposition du test VIH. Au CIPS en 1997, on a

enregistré 5669 demandes volontaires de tests du VIH, 5455 en 1998 et 4705 demandes en 1999. Il importe de noter qu'en 1994 et en 1996, au moment où le CIPS était dans son meilleur état de fonctionnement, il avait enregistré respectivement 279 et 489 demandes de tests VIH par mois (Rapports CIPS). Pour diverses raisons, le CIPS a suspendu ses activités de dépistage volontaire depuis juillet 2001, ce qui réduit désormais le nombre des structures de dépistage volontaire à 2. Ces informations montrent que même s'il y a une certaine réticence à faire le test de dépistage, cela ne doit pas être compris comme un rejet systématique du test par toute la population. Mais étant donné que les chiffres ci-dessus évoqués ne concernent que des personnes qui recourent à des services de santé pour des raisons particulières, ils ne sauraient rendre compte de l'opinion relative au test de dépistage du VIH dans la population. Dès lors, il devient intéressant de mener une étude sur l'acceptabilité du test de dépistage VIH dans la population générale. De telles informations peuvent servir à conduire des réflexions visant à améliorer des résultats de certaines interventions de lutte contre le SIDA.

Conclusion

L'Etat a été le premier acteur de la lutte contre le SIDA à son début. Mais l'ampleur de la tâche a très tôt révélé l'insuffisance des moyens de l'Etat. Ce qui a favorisé l'arrivée massive des ONG et organisations à base communautaire sur le terrain de la lutte contre le SIDA.

L'évaluation de toute ces réponses étatiques et communautaires est difficile à faire en termes de changement de comportement à risque. Néanmoins, la quasi totalité de la population ivoirienne est aujourd'hui informée de l'existence du SIDA. Mais les moyens de prévention, notamment l'utilisation des condoms, la fidélité réciproque des partenaires sexuels et l'abstinence sexuelle sont encore timidement utilisées. La prévention des MST et du VIH chez les enfants a été jusque là le souhait de tous sans véritablement se concrétiser. L'une des difficultés évoquées est de savoir comment aborder ce problème de sexualité avec les enfants ? Pour les uns, il faut parler du SIDA et faire de l'éducation sexuelle à l'école, d'où la nécessité de la conception de module de formation (des enseignants, des élèves du primaire). Pour d'autres, il faut plutôt cibler les jeunes et non les enfants, d'où des activités de lutte contre les MST et le SIDA en milieu scolaire (CESAM) et universitaire (CRISE).

En définitive, c'est seulement maintenant que le projet RETROCI (CDC Atlanta), l'OMS, la Coopération Italienne, le FSTI, l'UNICEF, l'ONUSIDA et le gouvernement ivoirien sont en train de mettre en œuvre un début de stratégie pour généraliser la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

La tendance est de plus en plus forte et l'intention est manifeste de sensibiliser les enfants avant leurs premières expériences sexuelles. Des projets de recherche pouvant permettre la meilleure approche sont souhaités. Mais les premières interventions n'ont pas été mises en route. Toutefois, les jeunes constituent l'une des quatre groupes de populations à risques auprès desquels le Plan National Stratégique 2000-2004 souhaite prioritairement des interventions.

Actions de l'Etat et des communautés en matière de traitement du VIH/SIDA et des maladies opportunistes

3.1 Introduction

La prise en charge de l'infection à VIH/SIDA est généralement synonyme de soins, conseils, soutien psychologique et d'assistance aux personnes infectées par le VIH. Or, il faut avoir préalablement diagnostiqué la maladie de façon objective., ce qui pose le problème de dépistage/diagnostic biologique. Assurer la prise en charge clinique et psychosociale d'un séropositif pour le VIH après un test positif, c'est donc lui administrer des soins médicaux chaque fois que son état de santé se dégrade du fait d'une quelconque affection. C'est également lui prodiguer des conseils et des soins spécifiques à base d'ARV. C'est enfin lui apporter l'affection et le soutien social en l'écouter, l'assistant et en partageant ses craintes et ses espoirs. C'est dans ce sens que le terme de traitement ou de "prise en charge" est utilisé dans la présente étude.

3.2. Historique de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA

D'un point de vue historique, on peut dire que la prise en charge des personnes vivant avec le VIH a commencé à partir de 1985 en Côte d'Ivoire, avec l'identification des deux premiers cas de SIDA. Le diagnostic de leur infection a certes été fait en Europe, mais l'un de ces deux malades a été médicalement suivi à la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville et l'autre au Service de PPH du même CHU.

En 1987, l'Institut Pasteur-CI et une université de Lyon ont dépisté en Côte d'Ivoire les premiers cas de malades infectés par le VIH à l'Hôpital Protestant de Dabou. Ce dépistage systématique chez tous les donneurs de sang et d'autres malades s'est effectué jusqu'en 1990 (171 tests positifs en 1987 et 286 en 1989 ont été réalisés). Ces tests se faisaient sans le consentement des patients concernés. L'annonce des résultats ne se faisaient pas non plus systématiquement.

Un an plus tard, en 1988, à la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville, une équipe de chercheurs de l'Université de Bordeaux II effectue des tests auprès des patients. Les personnes séropositives ainsi dépistées et celles référées par d'autres structures de soins deviennent nombreuses à la Clinique des Maladies Infectieuses de Treichville et à l'Hôpital Protestant de Dabou : 25% des malades hospitalisés et enregistrés aux Maladies Infectieuses étaient infectés par le VIH et 228 tests positifs pour le VIH étaient dénombrés à l'Hôpital Protestant de Dabou en 1988. Le besoin d'assurer une prise en charge complète à ces séropositifs s'est fait alors pressant.

En juin 1990, à l'Hôpital Protestant de Dabou, quelques médecins, infirmiers et responsables religieux se constituent en équipe de soutien aux personnes vivant avec le VIH sans aucune formation spécifique. Ainsi voit le jour le Centre d'Accueil et de Conseils (CAC) de l'Hôpital Protestant de Dabou.

A la Clinique des Maladies Infectieuses, l'Unité des Soins Ambulatoires et de Conseils (USAC) est créée en mai 1991. Dans la même période (90-91), la cellule de prise en charge de l'Hôpital baptiste de Ferkéssédougou est instituée.

Toujours en 1991, une ONG ouvre le Centre d'Assistance Médico-social (CASM) sur le boulevard de Marseille à Treichville. Ce centre a la particularité d'assurer gratuitement la prise en charge thérapeutique, psychologique et surtout sociale (assistance alimentaire, scolaire, etc.) des malades. Ce centre est à l'origine de la création de l'une des premières associations de personnes vivant avec le VIH.

Les cellules de prise en charge du CHR de Korhogo et de Bouaké ont été mises en place à partir de 1991. Aujourd'hui, elles sont devenues des hôpitaux du jour où les personnes vivant avec le VIH suivis en ambulatoire sont hospitalisées la journée pour des soins.

La prise en charge clinique et psychosociale s'est organisée et institutionnalisée dans les CAT d'Abidjan à partir de 1992. Avant cette année, le dépistage de l'infection à VIH était pratiqué sans que les malades soient informés du résultat (Vidal L.1995). Depuis, le projet RETRO-CI assure le diagnostic biologique de l'infection à VIH/SIDA chez les tuberculeux dans la plupart des CAT du pays.

Comme on le voit, les premières unités spécifiques de soins et conseils aux séropositifs ont vu le jour en Côte d'Ivoire dans les années 1990-91 pour faire face au nombre sans cesse croissant de séropositifs. Le pré-test, l'annonce de la séropositivité sont presque systématiques dans tous ces centres de référence.

3.3. Politique officielle de prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH

L'amélioration du diagnostic de l'infection à VIH/SIDA, des infections associées et la prise en charge thérapeutique et psychosociale des patients séropositifs ont été retenues comme priorités dans le programme national de lutte contre le SIDA sept ans après la déclaration des premiers cas de SIDA, c'est à dire en 1994. Avant cette année, les premiers plans à court et moyen terme mis en œuvre avaient privilégié la prévention par la sensibilisation et l'IEC.

La forme de prise en charge "intégrée" préconisée par les autorités sanitaires consiste à mettre en place une prise en charge qui s'intègre aux activités habituelles de chaque médecin des formations sanitaires. Elle exclut donc la création d'unités spécialisées dans les formations sanitaires. Selon ces autorités, la création d'unités spécialisées peut entraîner une "spécialisation" anormale de certains agents en matière de prise en charge de l'infection à VIH et contribuer à la "marginalisation des séropositifs".

Certains constats font croire que cet idéal tarde à se réaliser : dans les FSU d'Abidjan, seulement quelques agents ont été formés pour la prise en charge de l'infection à VIH. De plus, dans la plupart des centres de santé du pays, la prise en charge thérapeutique et psychosociale du VIH est inapparente : sur 26 établissements sanitaires d'Abidjan, seulement 5 ont une cellule de prise en charge des personnes vivant avec le VIH en 2000. (Angoran-Bénié et al. 1999).

3.3.1. *Prise en charge des affections opportunistes du VIH/SIDA*

Au début de l'épidémie dans les années 1980, la prise en charge du VIH consistait à traiter les affections opportunistes et à assurer la prise en charge psychosociale des personnes infectées. Il n'existait pas de traitements spécifiques de l'infection à VIH/SIDA par ARV.

Les obstacles à l'accès aux soins des affections opportunistes en Côte d'Ivoire ont été analysés en 1997 dans une étude qui partait du constat que très peu de malades sont suivis dans les services publics de santé. On ne les retrouve dans les services hospitaliers que quelques années plus tard, lorsque surviennent des complications infectieuses (LEBAS.1997).

La prise en charge des affections opportunistes se fait dans la plupart des centres de santé et, l'utilisation du Cotrimoxazole dans la prise en charge des patients vivant avec le VIH/SIDA est recommandée.

Les structures étatiques créées spécialement pour assurer la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH/SIDA sont très peu nombreuses. La plupart des centres spécialisés dans la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA en Côte d'Ivoire sont privées.

L'une des difficultés majeures de la prise en charge thérapeutique de l'infection à VIH/SIDA en Côte d'Ivoire se situe au niveau du diagnostic/dépistage biologique : en 2000, sur 28 structures de santé d'Abidjan, seulement 5 disposent de tests de dépistage (R. Aka et al. 2000).. L'essentiel des tests biologiques sont réalisés par des projets de recherches et des laboratoires non gouvernementaux (RETRO-CI, CEDRES, Institut Pasteur Abidjan, etc.) Il y a donc une très forte dépendance des structures non gouvernementales.

3.3.2. *Initiative ONUSIDA d'accès aux traitements ARV*

En Côte d'Ivoire, l'accès aux traitements ARV est une initiative commune au Gouvernement ivoirien et à l'ONUSIDA. La Xè Cisma a été l'occasion choisie pour la mise en place officielle de l'Initiative ONUSIDA visant l'accès aux traitements ARV par un grand nombre de patients, notamment les plus démunis (Coulibaly, 1998). Mais les traitements ARV existaient déjà sous diverses formes : mono thérapies sous forme de traitement préventif de la transmission mère-enfant (projets Ditrane et Retro-ci) et sous forme de traitements curatifs chez des adultes (surtout au CNTS-FONSIDA). Les bi et tri thérapies ont remplacé les mono thérapies et l'initiative ONUSIDA d'accès aux soins a été mise en place en août 1998.

La prise en charge et le suivi des patients sont assurés dans les centres « accrédités » qui sont des endroits où les patients sont mis sous traitements ARV dans le cadre de l'initiative. Il s'agit des centres suivants :

- Le Service des Maladies infectieuses du CHU de Treichville (SMIT)
- L'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils du CHU de Treichville (USAC)
- Le Centre Antituberculeux d'Adjamé (CAT)
- Le Service de Pédiatrie du CHU de Yopougon
- Le Service de PPH du CHU de Cocody
- Le Centre Intégré de Recherche Biomédicale d'Abidjan (CIRBA)
- L'Hôpital militaire d'Abidjan (HMA)
- Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)

Tous les centres accrédités se trouvent à Abidjan et la plupart appartiennent au secteur public de la santé (sauf le CIRBA et le FONSIDA qui sont du secteur privé).

Il existe également des centres dits de suivi dont le rôle consiste non seulement à orienter les patients dans les centres accrédités, mais surtout à faire face à quelques effets secondaires des traitements ARV qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Le projet RETRO-CI a été sollicité pour apporter son appui technique au début de la phase pilote de l'initiative jusqu'à la fin prévue pour août 2000. Cet appui technique consiste à gérer des données collectées et réaliser des examens biologiques et virologiques à l'initiation et au cours du suivi. Les coûts financiers générés par ces différentes prestations ont été pris en charge par le Projet RETRO-CI. Les premiers schémas thérapeutiques basés sur la bi thérapie ayant montré les limites de leur efficacité, il a été décidé d'adopter désormais la tri thérapie.

3.3.3. Rôle des firmes pharmaceutiques

Dans le cadre de l'initiative, l'approvisionnement en médicaments ARV est assuré par plusieurs institutions. Il s'agit principalement des firmes pharmaceutiques (Glaxo, BMS, Roche, MSD, Abbott) et de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP). Des accords de prix ont été passés entre l'ONUSIDA et les firmes pharmaceutiques. Le rôle de ces firmes est très complexe, mais dans l'ensemble elles assurent l'approvisionnement de la pharmacie de la Santé Publique (PSP) en médicaments ARV. La PSP, quant à elle, s'occupe de l'approvisionnement des centres accrédités en médicaments ARV.

Parmi les difficultés rencontrées dans le cadre de l'initiative ONUSIDA de l'accès aux soins, il importe de mentionner celles liées aux fréquentes ruptures de stocks des médicaments utilisés.

3.3.4. Accessibilité aux médicaments génériques et coût des TARV

Le poids des médicaments génériques était de 57% par rapport à l'ensemble des médicaments de la Pharmacie de Santé Publique en 1999. Mais la disponibilité des médicaments n'est pas synonyme d'accessibilité évidente : quand bien même 90% des médicaments étaient disponibles au CHU de Treichville en 1996, plus de 73% des patients n'y avaient pas accès. Même si les questions de médicaments génériques pour les traitements ARV restent à résoudre en Côte d'Ivoire, il faudra encore les rendre accessibles au plus grand nombre après les avoir rendu disponibles.

En effet, en Côte d'Ivoire, la mise sous traitements ARV tient compte de critères bio cliniques et socio-économiques, notamment dans le cadre de l'Initiative ONUSIDA. Sur le plan bio-clinique, les sujets symptomatiques sont traités dans tous les cas. Pour les sujets asymptomatiques, la mise sous traitement tient compte de la mesure de la charge virale et du taux de CD4. Il convient de noter qu'il existait (en juillet 97) trois structures pressenties pour effectuer la charge virale : RETRO CI, CEDRES, CIRBA. Le coût de cet examen se situait autour de 50 000 FCFA. Le bilan pré thérapeutique revenait à 100 000 FCFA (y compris la charge virale). Ce bilan comprend un ensemble d'examens (différents de la mesure de la charge virale) tels que la numération formule sanguine, le taux de CD4, etc.

Au plan économique, l'éligibilité du patient tient à sa capacité à payer avec ou sans subvention son traitement. Si le patient est éligible, c'est à dire s'il remplit les conditions biologiques et s'il est en mesure de payer son traitement (de lui-même ou par subvention), il est mis sous traitement antirétroviral. Les critères socio-économiques servent à "évaluer l'accès financier, la compréhension de la maladie et du traitement nécessaire à la compliance". (Coulibaly, 1997).

Ces différents critères, notamment économiques, dont l'utilité se justifie par ailleurs constituent des obstacles à l'accès aux TARV.

3.3.5. Structures de financement des TARV

Le Fonds National de Solidarité (FNS) et le Fonds de Solidarité Thérapeutique International (FSTI) sont les deux principales sources de subvention des traitements ARV dans le cadre de l'initiative ONUSIDA pour l'accès aux traitements ARV.

Le Fonds National de Solidarité a été créé par le décret présidentiel numéro 98-204 du 30 avril 1998. La première dotation du gouvernement ivoirien à ce Fonds de soutien aux traitements était d'un montant de 600 millions de FCFA. En 1999, cette dotation est passée à 750 millions de FCFA et à 1 milliard de FCFA en 2000.

Quant au FSTI, il est un fonds international dont l'idée de création a été lancée en 1997 lors de la X^e Conférence Internationale sur le SIDA et les MST d'Abidjan (CISMA) par les Présidents Ivoiriens et Français. Sa première dotation était de 1 million de \$ en 1998.

Le Fonds National de Solidarité (FNS) et le Fonds de Solidarité Thérapeutique International (FSTI) ont été institués en vue de subventionner les traitements des patients remplissant les conditions d'éligibilité. En d'autres termes, Ces deux fonds subventionnent les traitements de tous les patients susceptibles de bénéficier de traitements ARV, y compris les traitements des patients nantis.

Il existait quatre cas de subvention entre juillet 2000 et juillet 2001 qui sont les suivants :

1er cas de subvention

- Patients membres d'association de PVVIH/SIDA
- Femmes ayant bénéficié de la PTME (Ditrame et Retroci)
- Patients ayant participé aux essais thérapeutiques
- Les personnels de santé

Ici, quelque soit le schéma thérapeutique, la subvention du FSTI prend en charge 20 % du coût mensuel du traitement pendant que la subvention du FNS (ONUSIDA) prend en charge 75% du traitement. Ce qui représente une subvention de l'ordre de 95% du traitement au profit du patient

2^{ème} cas de subvention : patients les plus démunis, désignés par le comité de gestions

Ici le Fonds National (ONUSIDA) supporte 75% du traitement et le FSTI 50 000 FCFA lorsqu'il s'agit d'une trithérapie. Le FNS prend en charge 50% du traitement et le FSTI 30 000 FCFA en cas de Bithérapie.

3^{ème} cas de subvention : concerne les femmes qui ont bénéficié de la chimioprophylaxie AZT pour la PTME (sites de Yopougon Attié, Yopougon Ouassakara, de Marcory et de Koumassi).

Trithérapie à 95% pour toutes :

- FNS (ONUSIDA) : 75 000 FCFA
- FSTI : 224 000 FCFA (20% d'une bithérapie et 100% de la 3^{ème} molécule).
- Patiente : 1 000 FCFA

Les partenaires des femmes bénéficient des mêmes subventions

4^{ème} cas de subvention :

- Tous les enfants infectés des femmes des sites PTME de Yopougon Attié, Yopougon Ouassakara, de Marcory et de Koumassi).
- Tous les enfants infectés issus des femmes impliquées dans les essais précédents. Ditrame et Retrci (N=50) bénéficient d'une prise en charge FSTI de 100% pour la trithérapie. (Noba V. Juillet 2000).

Conclusion

L'évolution de la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH en Côte-d'Ivoire s'est faite en 4 phases.

- (i) La phase où le dépistage/diagnostic ne se faisait pas en Côte d'Ivoire, mais quelques rares patients VIH positifs étaient médicalement suivis.
- (ii) La phase où le dépistage biologique se faisait en Côte d'Ivoire souvent à l'insu des patients.
- (iii) La phase où des médecins exerçant en Côte d'Ivoire ont reçu une formation spécifique pour assurer la prise en charge des affections opportunistes et où plusieurs structures spécialisées ont commencé à assurer la prise en charge thérapeutique et psychosociale des personnes vivant avec le VIH.
- (iv) La phase actuelle où quelques centres de santé et médecins se sont spécialisés dans la prise en charge avec des traitements ARV.

A toutes ces étapes de l'évolution du processus, les enfants sont pris en compte mais de façon non spécifique. C'est avec l'avènement des projets d'essais cliniques de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et des traitements ARV que des initiatives visant particulièrement l'enfant et la mère sont mises en œuvre au CHU de Yopougon (pédiatrie). Comme on le voit, l'on commence maintenant à réaliser des interventions visant spécialement les enfants, mais eu égard à l'importance des besoins, on peut parler pour l'instant d'actions marginales.

C'est pour cette raison que des efforts de formation des agents de santé sont faits pour que la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH/SIDA s'étende à l'ensemble des services de santé publiques d'Abidjan et de l'intérieur du pays. Car, actuellement, il est vrai que tout malade infecté par le VIH reçoit des soins médicaux, qu'il soit enfant ou adulte. Mais dans la plupart des centres de santé du secteur public, le consentement libre et éclairé, l'annonce et le suivi psychosocial ne sont pas courants. D'où la nécessité de poursuivre et d'accentuer la formation des agents de santé sur toute l'étendue du territoire. Mais surtout, on constate que les quelques structures spécialisées dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH sont des pôles d'excellence comparativement aux services de santé non spécialisés.

Chapitre 4

Impact socio-économique à long terme du VIH/SIDA sur le bien-être des enfants

4.1 Introduction

Le principal objectif de l'étude est d'évaluer l'impact du VIH/SIDA sur le bien être de l'enfant. L'atteinte de cet objectif exige de connaître l'évolution passée des principaux indicateurs du bien être de l'enfant, à savoir, le taux de mortalité, le statut nutritionnel, le taux brut de scolarisation, d'une part, et de rechercher les liens entre la pandémie et l'évolution de ces indicateurs, d'autre part. Cependant, les lacunes des systèmes d'information existants ne permettent pas d'établir ces liens avec suffisamment d'assurance; aussi une enquête socioéconomique auprès des ménages a -t-elle été réalisée pour collecter les informations nécessaires pour nous éclairer sur ces liaisons.

4.2. Evolution passée du bien être de l'enfant

4.2.1. La santé de l'enfant

Le bien être de l'enfant est lié à sa santé lorsqu'il est en très bas âge et à son éducation après cinq ans. Les facteurs influençant sa santé sont la morbidité et la mortalité.

4.2.1.1. Le taux de mortalité de l'enfant

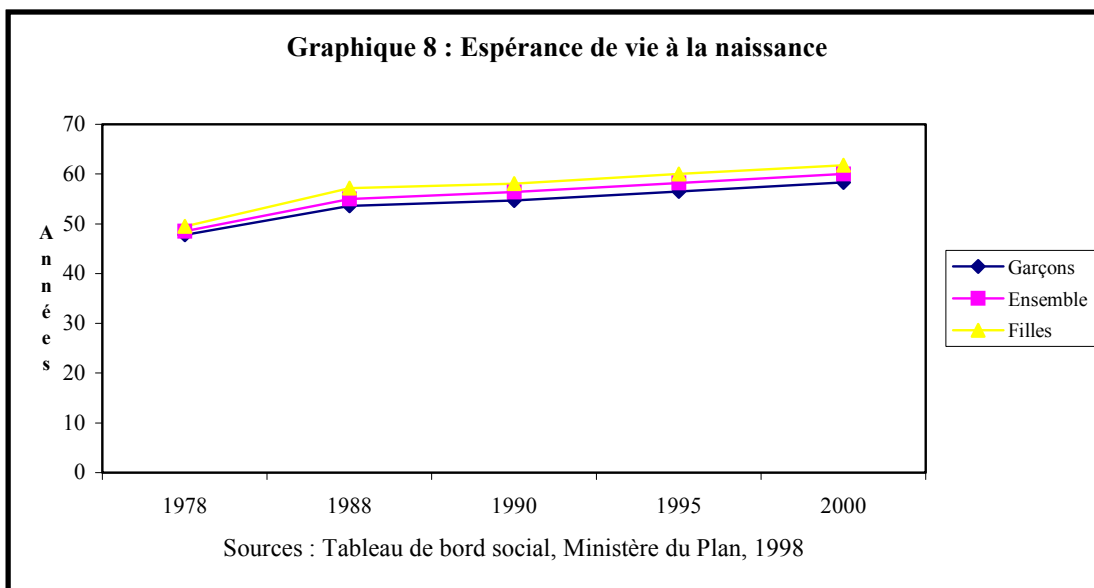
Des progrès importants ont été réalisés sur le front de la mortalité infantile mais ils n'ont pas été soutenus (Tableau 5).

Tableau 5. Mortalité infantile et infanto juvénile

	Taux de mortalité infantile pour mille	Taux de mortalité infanto juvénile pour mille
1978	103,3	179,9
1979	103	-
1988	97	150
1990	105	140
1994	92	150
1995	86	131
1996	88	-
1998	112,3	171

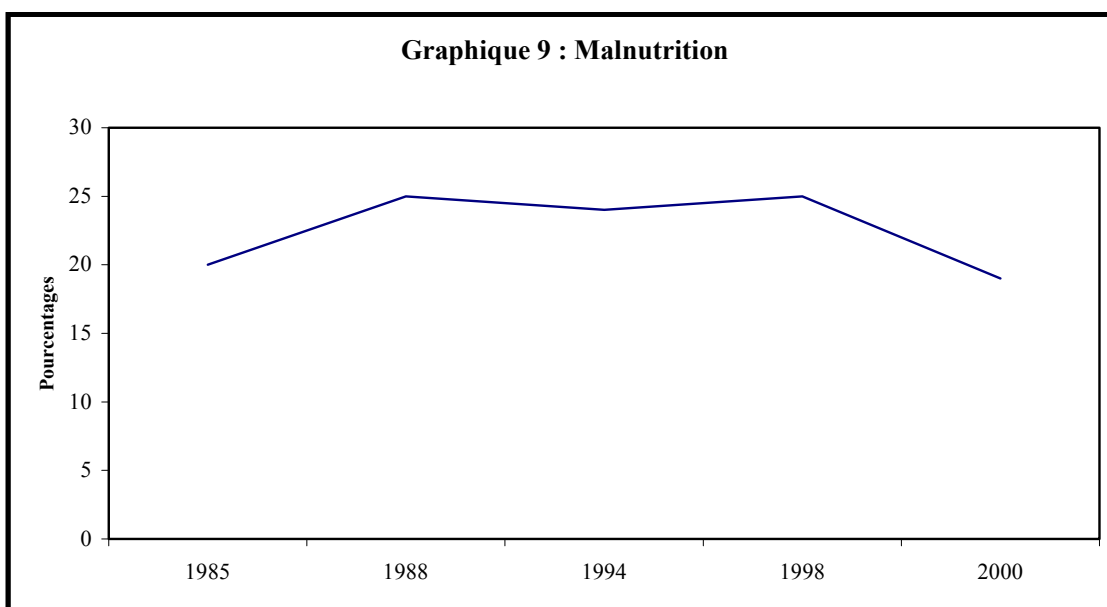
Source: Tableau de bord social, 1998; EDS-CI, 1994 , 1998-99

En effet, à l'amélioration des années 1980 a succédé, depuis 1994, une aggravation de la mortalité de 31% pour les garçons et 12% pour les filles avec des disparités régionales au détriment des zones rurales (24%) par rapport aux zones urbaines (14%). Pour le taux de mortalité infanto juvénile, on remarque qu'entre 1990 et 1998, il ya eu une dégradation de 22% (UNICEF,2000 ; MICS 2000). Ce recul n'est probablement pas étranger à la stagnation de l'espérance de vie à la naissance (Graphique 8).



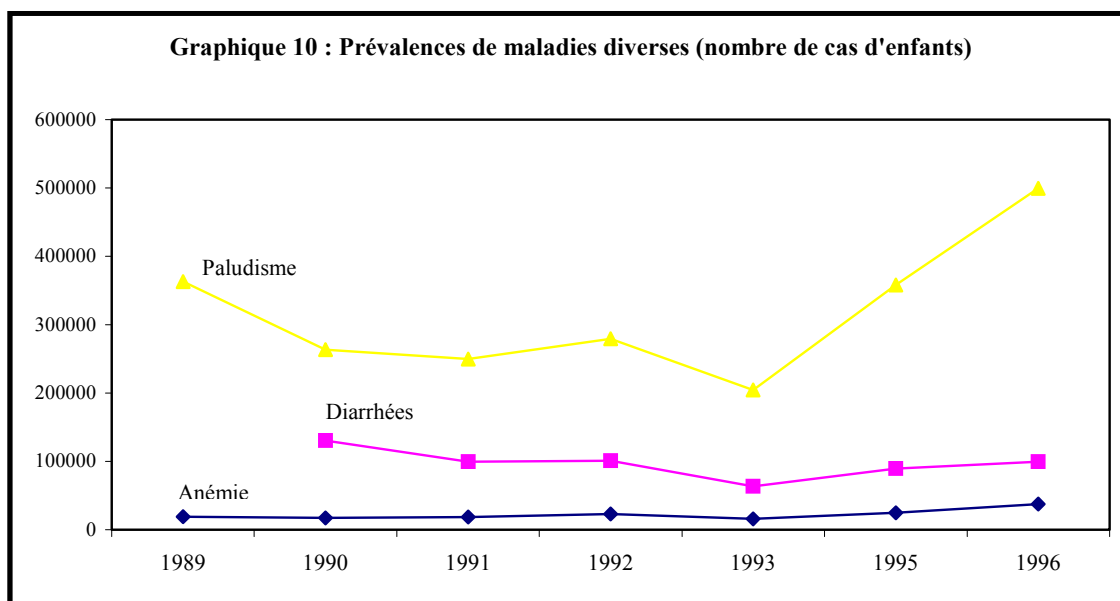
4.2.1.2. Les maladies de l'enfant

Les causes immédiates de la survie de l'enfant sont les maladies et les carences de l'alimentation/nutrition. Le taux de malnutrition protéino-énergétique est caractérisé par une certaine instabilité entre 1985 et 2000 (Graphique 9) avec des disparités régionales en défaveur des zones rurales ; la malnutrition grave et modérée atteignent, respectivement, 0,3% et 1,2% des enfants de 0 à 4 ans, en 1988 (UNICEF, 1996). Des études ont montré que la malnutrition grave a atteint, en 1994, 10% des enfants de 12 à 23 mois et 14% des enfants de 24 à 36 mois. En 1998-99, l'incidence de la malnutrition est estimée à 20% pour les enfants de la ville et à 18% pour les enfants des zones rurales (UNICEF, 2000; MICS, 2000).



Sources: Tableau de bord social; UNICEF, documents divers.

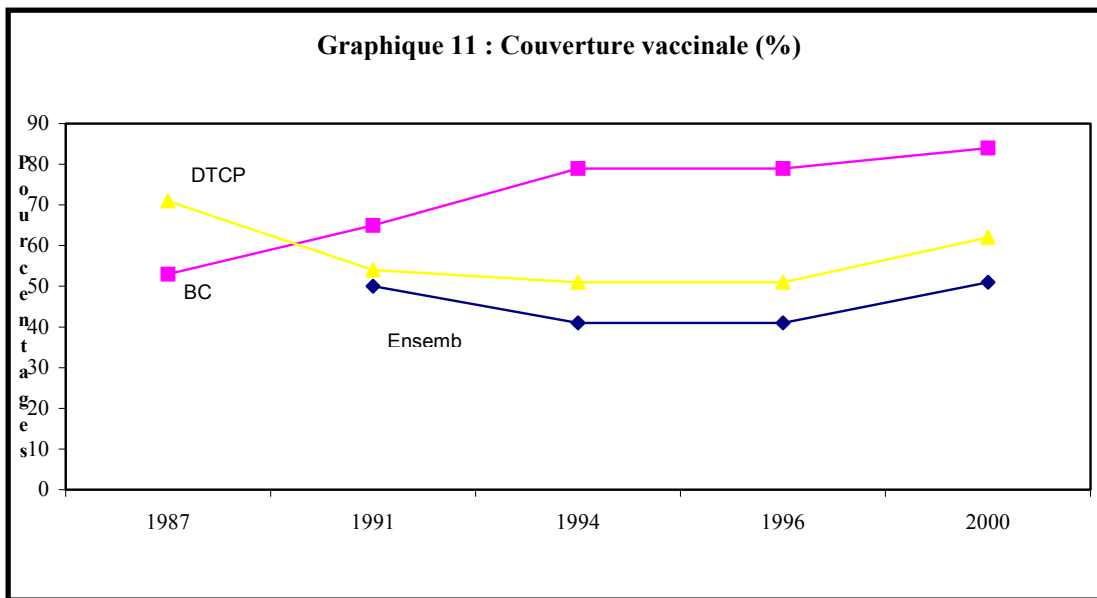
Il y a eu dégradation de la situation en ce qui concerne l'anémie, puisque cette maladie est passée du 7^{ème} rang en 1983 au premier rang en 1989. Le nombre des enfants atteints a augmenté dans le temps (Graphique 10). En 2000, la prévalence était de 3,7%, dont 2,5% pour les enfants de la ville et 4,6% pour les enfants des zones rurales (UNICEF, 2000; MICS, 2000). La situation des carences en vitamine A est préoccupante pour le Nord où le taux de prévalence est de 68% en 1989 pour les enfants de 12 à 47 mois par rapport au Sud où ce taux est de 37,5% ; en 1994 le taux de carences est de 37% dans le Nord est (UNICEF, 1996).



Sources: Tableau de bord social; UNICEF, documents divers.

La tendance à la diminution du nombre de cas de diarrhées a laissé place à une augmentation à partir de 1993 (Graphique 10). En 1986-89, les maladies diarrhéiques représentaient 27,3% des consultations d'enfants de moins de 5 ans, 12% des motifs d'hospitalisation et 10% de la mortalité ; le taux de prévalence était de 10% dans certains quartiers d'Abidjan. Mais, en 2000, il ya eu une recrudescence des maladies diarrhéiques puisque 20,1% des enfants en ont été affectées, dont 16,9% en ville et 22,5% dans les zones rurales (UNICEF, 2000; MICS, 2000). Une proportion de 50% des mères de 25 à 29 ans connaissent les SRO et 31% les utiliser ; les proportions sont plus fortes pour les mères urbaines (56,7% et 31,5%, respectivement) que pour les mères rurales (38,8% et 21,7%, respectivement) (UNICEF,1996). En 2000, 16,1% des enfants ont eu accès au SRO dont 25,8% en ville et 10,6% dans les zones rurales (UNICEF,2000; MICS, 2000).

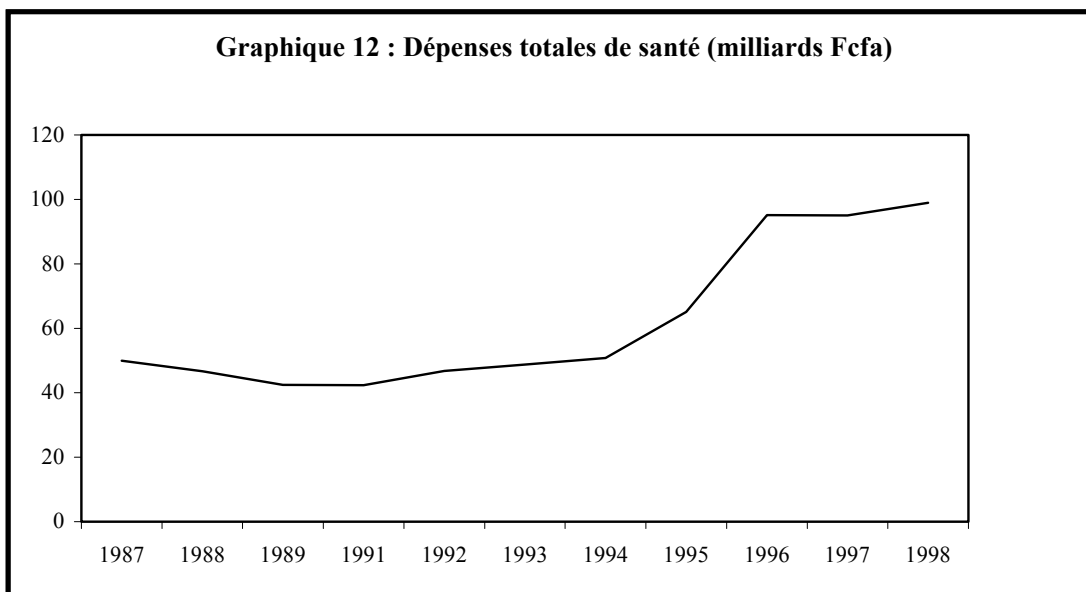
Le Graphique 10 montre une forte tendance à la hausse du nombre de cas de paludisme à partir de 1993. En 1998, on a recensé 2.000.000 cas de paludisme affectant surtout les enfants de moins de 5 ans ; le paludisme représente 16 à 20% de l'ensemble des états morbides avec environ 50% pour les enfants; la mortalité due au paludisme est estimée à 10% chez les enfants de moins de 5 ans (UNICEF, 2000). En 2000, 30,7% des enfants ont eu la fièvre, dont 29,1% en ville et 31,8% dans les zones rurales (UNICEF, 2000; MICS 2000). La couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés s'est globalement améliorée dans le temps (Graphique 11).



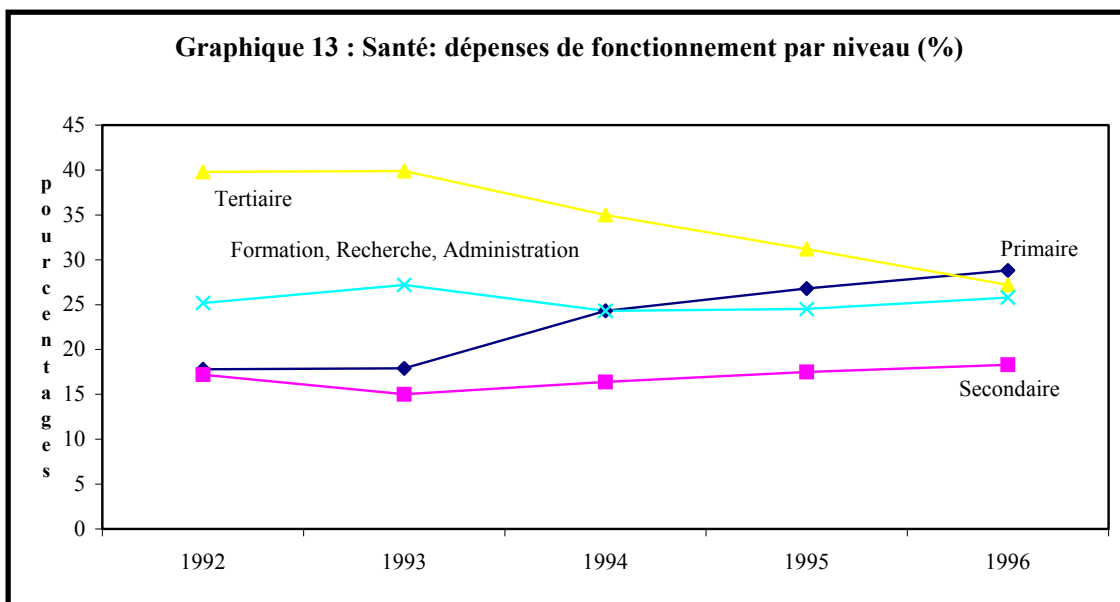
Sources: UNICEF, documents divers.

4.2.1.3. Le VIH/SIDA et le système sanitaire

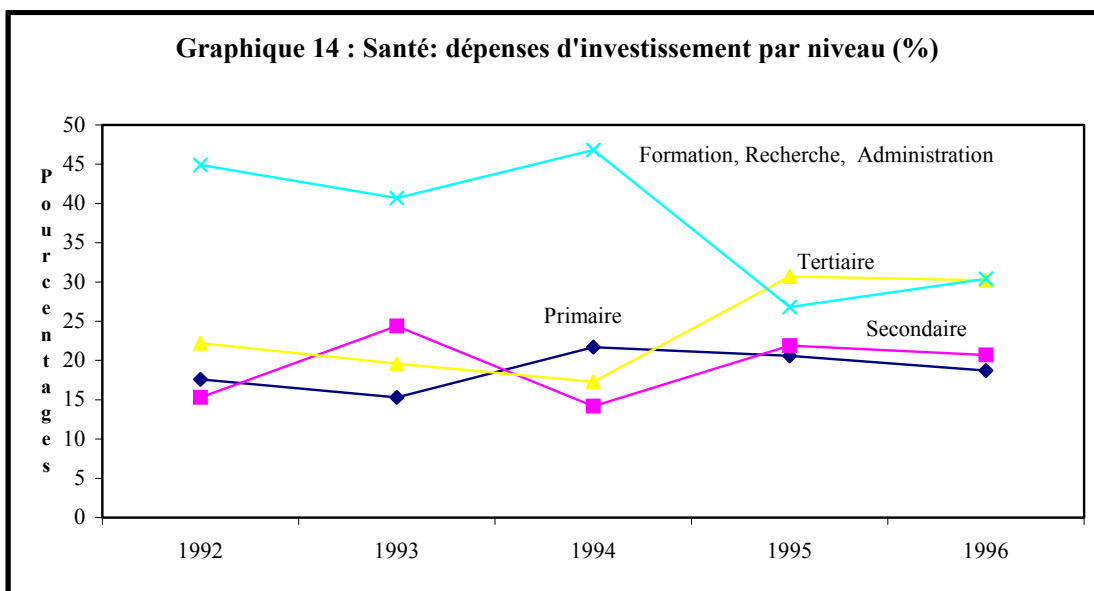
La dégradation des indicateurs du bien être de l'enfant s'explique essentiellement par les faiblesses structurelles du système sanitaire qui n'a pas pu contenir l'impact des maladies de l'enfant; cette lacune peut être partiellement imputée à la faible augmentation du budget global de la santé de 32% en termes réels, soit 4% /an, pour une hausse nominale de 133%, au cours de la période 1991-98 (Graphique 12).



Sources: Ministère de la Santé publique, documents divers.



Sources: Ministère de la Santé publique, documents divers.



Source: Ministère de la Santé publique, documents divers.

Les insuffisances constatées peuvent également être expliquées par la structure des dépenses publiques de santé (Graphiques 13 et 14) qui a accordé la priorité à l'administration et aux niveaux de soins secondaire et tertiaire au détriment du niveau primaire jusqu'en 1992. Les activités de soins qui affectent le plus les familles auxquelles appartiennent les enfants à problèmes n'ont pas reçu suffisamment de ressources; cependant, la tendance a commencé à s'inverser depuis 1993 .

Quelle est la pression du VIH/SIDA sur le système sanitaire et sur le bien être de l'enfant?

Les statistiques disponibles ont montré qu'entre 1987 et 1996, le niveau d'activité du système sanitaire a baissé au plan national et à celui des structures sanitaires individuelles au moment où le VIH/SIDA était en train de se répandre. Au CHU de Treichville, les admissions en hospitalisations de sidéens ont représenté, en 1995 et 1996, respectivement, 24% et 17% des

admissions totales, 24% et 20% des journées d'hospitalisations. Le SIDA représente 7% des activités de soins au CHR de San Pedro, en 1995, contre 2-9% à la FSU de Marcoray et 5-18% à celle de Anonkoua Kouté(UE,1997). L'étude de l'UE (1997) a estimé qu'en 1996 10 à 20% des besoins théoriques de consultations et 18% des besoins théoriques d'hospitalisation des malades du SIDA sont couverts par le système sanitaire public. Il y a donc une sous utilisation généralisée des infrastructures sanitaires, à l'exception des Centre anti tuberculeux dont le volume d'activité a doublé au cours de la période (Soucet et al., 1997 ; Kakou et al., 1997).

Le faible taux d'utilisation des infrastructures sanitaires et la faible pression apparente du VIH/SIDA sur le système sanitaire sont liés aux insuffisances du système sanitaire qui ont également induit la désertion des formations sanitaires formelles par les familles qui se font prendre en charge par les circuits traditionnels (UE, 1997; Rossert, 1997).

Cependant, depuis 1996, le taux d'occupation des lits dans les formations sanitaires publiques par les patients du VIH/SIDA a fortement augmenté; il a augmenté de 55% en 1996 à 70% en 2000 pour le niveau de soins secondaire et de 48% à 80% , respectivement, pour le niveau de soins tertiaire. Les lits d'hospitalisation des pavillons réservés aux maladies infectieuses sont occupés à 80% par les patients atteints de VIH/SIDA. Dans le même temps, les ressources financières publiques affectées à la lutte contre le SIDA ont été faibles; en effet, la dotation des activités de lutte contre le SIDA a varié de 0,15% du budget total de la santé à 1,25% en 1996 et environ 1% en 2000. Il n'y a généralement eu ni créations de postes ni affectations de personnel spécialisé ; les activités liées au VIH/SIDA ont été ajoutées aux attributions existantes. Cependant, la création de l'Unité de soins ambulatoires et de conseils (USAC) a nécessité des affectations de médecins et de paramédicaux (UE,1997).

Les informations disponibles ne permettent pas d'établir avec assurance un lien entre la dégradation des indicateurs du bien être de l'enfant et le VIH/SIDA. On peut seulement conjecturer que la faible fréquentation des formations sanitaires publiques avant 1996 et la saturation des services d'hospitalisations urbains après 1996, en l'absence de moyens financiers et techniques adéquats affectés à la lutte contre le SIDA, peuvent avoir un impact négatif sur la santé des familles et sur celle des enfants.

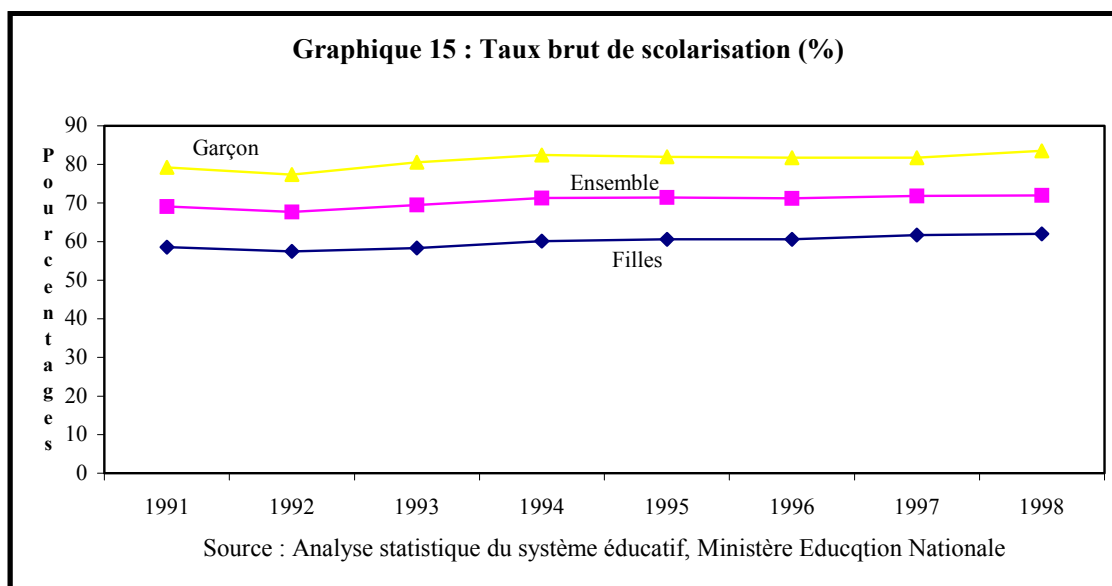
En résumé, les progrès réalisés au niveau du taux de mortalité dans les années 1980 ont été fortement amortis par les reculs des années 1990; cette instabilité s'est retrouvée pour le taux de malnutrition et le nombre de cas de paludisme et des maladies diarrhéiques. En revanche, la couverture vaccinale s'est continuellement améliorée. La dégradation des indicateurs de la plupart des indicateurs de la santé de l'enfant s'explique par les lacunes du système sanitaire en général, et notamment les faibles dotations budgétaires et la priorité accordée aux niveaux de soins secondaire et tertiaire au détriment du primaire. Les informations disponibles sont insuffisantes pour établir un lien entre la dégradation de la santé de l'enfant et le VIH/SIDA.

4.2.2. L'éducation de l'enfant

Le développement de l'enfant concerne essentiellement la croissance normale et harmonieuse de ses capacités intellectuelles aux différentes étapes de sa croissance physique, par son accès aux services sociaux de base, en particulier l'école. Ces problèmes se posent dans un contexte où la jeunesse représente 52% de la population totale, avec 18,4% d'enfants âgés de 0 à 5 ans, 37,8% d'enfants âgés de 6 à 12 ans et 13% d'enfants âgés de 13 à 18 ans. Le nombre important de jeunes représente une forte demande sociale, notamment en matière d'éducation et formation (UNICEF, 1996).

4.2.2.1. L'accès à l'école et son rendement

En 1998, le taux brut de scolarisation dans le préscolaire est très faible, 2,15% au niveau national (dont 2,10% pour les garçons et 2,2% pour les filles), soit 1,5% de la population scolarisable contre 1,8% en 1994 (UNICEF, 2000). En 2000, 6,2% des enfants ont fréquenté le préscolaire, dont 5,7% de filles et 6,8% de garçons (UNICEF, 2000; MICS, 2000). Ce faible taux s'explique par la faible disponibilité d'infrastructures et la prédominance du préscolaire privé dont le coût est hors de portée pour les ménages pauvres ; de plus, il n'y a pratiquement pas de préscolaire en milieu rural. Cependant, des efforts ont été faits puisque ce niveau d'éducation a progressé de 14% par an et les effectifs d'élèves ont triplé au cours de la période 1991-97.



Le taux brut de scolarisation des enfants âgés de 6 à 11 ans au primaire a fortement stagné au cours des dix dernières années (Graphique 15) avec une évolution défavorable pour les filles; la principale caractéristique de cette situation est qu'environ la moitié des enfants d'âge scolaire ne fréquentent pas l'école. En 1997-98, le taux net de scolarisation était 58,2% pour les garçons et de 44,8% pour les filles ; ainsi, plus de la moitié des filles et moins de la moitié des garçons ne vont pas à l'école. Le taux net de scolarisation est inégalement réparti à travers le pays; il est particulièrement bas dans le Nord (Korhogo : 33,5% ; Odienné : 35,2%), à San Pedro (40,3%) et Bondoukou (43,6%) (UNICEF, 2000). Il ya eu un faible progrès en 2000 par rapport à 1998, avec un taux net de scolarisation de 56,9%, dont 61,4% pour les garçons et 51,8% pour les filles (UNICEF,2000; MICS, 2000).

Tableau 6: Rendement interne de l'éducation primaire (%)

	Taux de transition primaire et secondaire	Taux de redoublement (ensemble)	Taux de redoublement (filles)
1990	29,8	-	-
1991	32,6	-	24,1
1992	37,3	27,0	27,4
1993	36,9	26,6	26,3
1994	36,9	24,9	29,2
1995	37,5	23,1	26,5
1996	39,6	23,5	23,5
1997	38,8	25,1	25,5
1998	36,8	26,0	-

Source: Analyse statistique du système éducatif, Ministère de l'Education Nationale

Le rendement de l'école est très faible comme l'attestent le fort taux de redoublement et le faible taux d'admission du primaire au secondaire (Tableau 6). Le taux de gaspillage est élevé, 61%, plus chez les filles (74%) que les garçons (53%) avec un nombre moyen d'années passées à l'école primaire de 7 à 10 ans au lieu des 6 années normales. Le taux d'admission au Certificat d'études primaires et élémentaires (40,2%) est inférieur à 50%(UNICEF, 2000).

En 1997-98, le taux brut de scolarisation du secondaire est faible ; au premier cycle, il est de 23,4% dont 30% chez les garçons et 16,6% chez les filles ; au second cycle, il est de 10,5% dont 14,4% chez les garçons et 6,4 % chez les filles. Ce qui signifie que 70% des adolescents ne vont pas à l'école, les filles étant plus affectées par cette situation que les garçons (UNICEF, 2000). En plus de l'insuffisance des infrastructures scolaires et du faible rendement, plusieurs autres problèmes limitent l'accès des adolescents à l'école et leur réussite, notamment les grossesses précoces des filles. En effet, en 1997, sur 2962 cas d'abandons scolaires, 19% étaient dus à une grossesse et un tiers seulement des filles ont repris leurs études après accouchement (UNICEF, 2000). Ainsi, les adolescents font face à des handicaps importants car le système de l'éducation et de la formation ne leur permet pas d'accéder à une formation professionnelle adaptée en vue de développer toutes leurs potentialités intellectuelles et leur savoir faire pratique.

4.2.2.2. Le VIH/SIDA et le système scolaire

L'impact négatif des faiblesses structurelles du système éducatif sur le taux brut de scolarisation et le rendement de l'école est bien connu. Il faut s'interroger aussi sur le rôle du VIH/SIDA dans la stagnation du taux de scolarisation des enfants. Les statistiques ont montré que le corps enseignant est particulièrement touché par la pandémie à travers la proportion importante des décès d'enseignants attribuée au VIH/SIDA; en outre, selon l'étude mentionnée, un nombre important d'enfants seront privés d'école à cause de l'indisponibilité des enseignants liée au VIH/SIDA. Il est donc vraisemblable qu'un fort lien existe entre le VIH/SIDA et la stagnation du taux brut de scolarisation mais ce lien n'est pas scientifiquement prouvé en l'absence d'informations adéquates.

4.2.3. Les droits de l'enfant

Selon les statistiques disponibles, la situation des droits de l'enfant s'est dégradée. En effet, le nombre des enfants de la rue a augmenté de 23% entre 1992 et 1997; 2,7% de la population de moins de 5 ans se trouvent en situation de travail parmi lesquels 1% de la population abidjanaise est constituée de jeunes filles domestiques. Le nombre des enfants en conflit avec la loi a augmenté de 31% en 1999 par rapport à 1998 (UNICEF, 1996, 2000; MICS 2000). Le nombre des orphelins du SIDA est estimé à environ 400.000 en 2000; ces orphelins courent le risque d'une sous scolarisation qui leur fermera très certainement la promotion sociale. En dehors des orphelins du SIDA, les informations disponibles ne permettent pas d'évaluer le rôle du VIH/SIDA dans la dégradation des droits de l'enfant; cette lacune sera partiellement comblée par les résultats de l'enquête de terrain.

En résumé, le taux brut de scolarisation a stagné au cours des dix dernières années ; le rendement de l'école est faible avec des taux élevés de redoublement et un taux d'admission au certificat d'études primaire inférieur à 50%. Une forte proportion d'enseignants meurent du SIDA chaque année; cependant, le système d'information existant ne permet pas de lier avec certitude la stagnation du taux brut de scolarisation à la forte présence du VIH/SIDA dans le corps des enseignants.

En conclusion, l'évolution des caractéristiques du bien être de l'enfant dépeignent une situation dégradée aussi bien en ce qui concerne la santé et le statut nutritionnel de l'enfant que son éducation et ses droits. Cependant, nous ne disposons pas de suffisamment d'informations pour imputer ces reculs à la progression du VIH/SIDA.

4.3. L'enquête socio économique et ses résultats

4.3.1. La méthodologie de l'enquête socio économique

La méthode de collecte des données socioéconomiques a suivi les étapes conventionnelles de ce type d'enquête de terrain, à savoir: (i) la définition et l'identification de l'unité d'observation; (ii) la confection du questionnaire, instrument de collecte de l'information; (iii) l'administration du questionnaire; (iv) l'exploitation des questionnaires; (v) l'analyse des résultats.

L'unité d'observation. Le ménage est l'unité d'observation et trois types de ménages ont été définis, à savoir: le ménage ayant enregistré un décès d'adulte lié au VIH/SIDA dans les 24 derniers mois (type 1), le ménage où il y a un décès d'adulte non lié au VIH/SIDA dans les 24 derniers mois (type 2) et le ménage n'ayant enregistré aucun décès (type 3). La difficulté de l'identification de l'unité d'observation a résidé dans le fait qu'il n'était pas possible d'obtenir directement du ménage l'information relative au statut sérologique du défunt. Cette difficulté a été contournée en sollicitant l'assistance de l'USAC au CHU de Treichville, puis d'ONG en charge des personnes vivant avec le VIH (le CASM à Abidjan, le RSB à Bouaké, le CIDV à Korhogo). L'enquête de ménage devant être faite nécessairement à domicile pour constater de visu les caractéristiques et l'environnement du ménage, l'avantage pratique des ONG a résidé dans leur fréquentation régulière, à domicile, des familles infectées et affectées, ce qui n'est pas le cas de l'USAC. Sur les bases indiquées plus haut, 600 ménages ont été sélectionnés, non pas par tirage aléatoire (la programmation ne permettait pas de le faire), mais par tirage raisonné, dont 300 dans tous les quartiers d'Abidjan et 300 à l'intérieur à raison de 100 par ville.

Le questionnaire. L'étude étant la composante ivoirienne d'un projet international, le questionnaire a été imposé par le coordonnateur du projet à des fins de comparabilité et l'équipe ivoirienne ne pouvait que l'adapter aux circonstances locales. En réalité, les adaptations de fonds ont été relativement mineures; en revanche, la présentation formelle du questionnaire a été plus professionnelle. Le questionnaire comprenait les parties suivantes: (1) le cadre d'information sur le ménage; (ii) les caractéristiques socio démographiques des membres du ménage; (iii) le patrimoine du ménage; (iv) les revenus du ménage; (v) les dépenses du ménage; (vi) l'impact du VIH et d'autres maladies; (vii) les variations dans les habitudes de consommation par rapport aux douze derniers; (viii) les variations dans l'accès à la santé et l'éducation; (ix) les variations dans la composition démographique du ménage; (x) les variations dans les revenus du ménage; (xi) les variations dans la composition démographique, l'emploi de la main d'oeuvre et le capital physique; (xii) les variations dans les temps d'activité des membres du ménage; (xiii) le soutien apporté par la communauté, la société civile et les pouvoirs publics.

L'administration du questionnaire. Le questionnaire a été administré par une équipe de 24 enquêteurs dont 12 pour Abidjan et 12 pour l'intérieur du pays à raison de 4 par ville, sous la supervision de l'équipe technique du projet. Pendant trois jours, les enquêteurs ont été préalablement formés à la compréhension du questionnaire et à son administration. La collecte effective des données s'est déroulée, avec beaucoup de retards, du 10 mai au 30 juin 2001.

L'exploitation de l'enquête. Une équipe de 4 codificateurs et de 3 opératrices de saisie a codifié, saisi et contrôlé les questionnaires, sous la supervision de l'informaticien qui a réalisé l'exploitation informatique et produit les différents tableaux.

4.3.2. L'analyse des résultats

4.3.2.1. Les caractéristiques socio-économiques des ménages ayant eu un décès dû au VIH/SIDA

Les ménages ayant eu un décès dû au SIDA (désigné MDS) représentent 34% des 594 ménages enquêtés dans les 4 principales villes de Côte d'Ivoire et hébergent 33,3% des 4 781 membres des ménages. Le MDS a plus d'enfants, moins d'adultes, plus de personnes âgées et plus de femmes que les autres ménages, impliquant que son taux de dépendance est plus élevé.

Le revenu annuel du MDS est estimé à 387.234 FCFA, soit 89,5% et 84,6% de celui du ménage ayant eu un décès dû à une maladie autre que le SIDA (désigné MDNS) et de celui n'ayant pas eu de décès (désigné MND), respectivement. Ce revenu relativement plus faible que celui des autres ménages provient de salariés faiblement et moyennement qualifiés, à concurrence de 28,1% contre 16,9% pour les MDNS et 24,4% pour les MND, tandis que 8,5% seulement proviennent des salaires de personnes hautement qualifiées, contre 4,8% et 17,6%, respectivement, pour les autres ménages. En outre, les revenus du MDS sont générés essentiellement par un emploi salarié. Enfin, le transfert financier de l'extérieur constitue un complément de revenus plus important que dans les autres ménages.

Le capital humain du MDS est plus faible que celui des autres ménages; en effet, la proportion d'analphabètes excède de 11 à 25% celle des autres ménages; la part des membres de niveau primaire excède de 31% celle du MND ; ses membres de niveau secondaire représentent 91% de ceux des MND. Quant à ses membres de niveau supérieur, le MDS est nettement handicapé par rapport aux autres car leur nombre représente 74% et 45% de leurs correspondants chez les MDNS et MND, respectivement.

Près de la moitié des MDS (contre 39% chez les MDNS) ne sont pas propriétaires des maisons qu'ils habitent ; cette situation, cependant, apparaît plus favorable que celle des MND, mais les informations disponibles ne permettent pas d'expliquer pourquoi. Bien que le MDS soit sur le même pied d'égalité avec les autres ménages pour la non durabilité du matériau de la maison d'habitation, les commodités y sont beaucoup moins bonnes que chez les autres. En effet, la proportion des MDS n'ayant pas de sanitaires dépasse de 12,5 à 26% celle des autres ménages. La situation est moins dramatique en ce qui concerne la possession de véhicule car les écarts sont de l'ordre de 11 à 15% ; il y a peu de différence pour ce qui est de la non possession d'outils de production. Les écarts sont beaucoup plus importants, de 23% à 28%, pour la non possession d'équipement électroménager.

Tableau 7: Principales caractéristiques des ménages interviewés (les parties en grisé indiquent différents blocs de type d'indicateurs similaires)

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)	Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)	Ménages sans décès (type 3)
Ménages interviewés dans le milieu Urbain (si applicable) - <i>Applicable</i>	202	196	196
Total Ménages interviewés	202	196	196
Nombre total des membres de ménage	1592	1662	1527
% membres enfants parmi le total des membres	48,5	45,8	44,2
% membres adultes parmi le total des membres	43,7	46,8	49,1
% personnes âgées parmi le total des membres	7,8	7,4	6,7
% Hommes parmi le total membres	46,0	45,8	49,5
Revenu moyen per capita	387234	432765	457697
% Salaires provenant des travailleurs peu qualifiés sur le revenu total	13,3	9,9	11,6
% Salaires provenant des travailleurs moyennement qualifiés sur le revenu total	14,8	7,0	12,8
% Salaires provenant des travailleurs hautement qualifiés (spécialisés) sur le revenu total	8,5	4,8	17,6
% des revenus provenant de l'auto-emploi sur le revenu total	16,9	19,5	21,4
% des transferts sur le revenu total	5,7	5,8	4,8
% membres adultes et membres âgés analphabètes	27,6	24,7	22,1
% membres adultes et membres âgés ayant le niveau d'éducation primaire	28,0	28,2	21,4
% membres adultes et membres âgés ayant le niveau d'éducation secondaire	37,4	37,7	40,9
% membres adultes et membres âgés ayant le niveau d'éducation supérieur	7,0	9,4	15,5
% ménages qui ne possèdent pas terres *	76,7	75,0	77,6
% ménages qui ne possèdent pas d'animaux *	86,1	78,1	83,2
% de ménages qui ne sont pas propriétaires des maisons dans lesquelles ils vivent	47,0	38,8	54,1
% de ménages vivant dans des maisons faites en matériau non durable	8,9	8,7	10,2
% de ménages n'ayant pas de sanitaires dans la maison	61,9	55,1	49,0
% de ménages ne possédant pas de véhicules (un quelconque moyen de transport personnel)	81,7	71,4	74,0
% de ménages ne possédant pas d'outils de production	83,2	84,2	82,1
% de ménages ne possédant aucun équipement électro-ménager (biens de consommation durable)	14,9	12,2	11,7
% Chefs de ménage n'appartenant à aucune association sociale, communautaire ou économique	23,2	31,5	22,3
% Chefs de ménage n'appartenant à aucune association politique ou religieuse	36,3	32,6	37,0

La position des MDS au regard de son degré de socialisation non politique est ambiguë tandis son degré de socialisation politique ou religieuse est quasiment identique à celle des autres ménages.

Lorsqu'on se place du point de vue du chef de ménage, celui-ci est analphabète ou de faible niveau d'instruction dans des proportions comparables à celles des autres, à l'exception de la proportion d'analphabètes des MDS qui dépasse de 22% celle des MND. En revanche, la proportion de chefs de ménages ayant le niveau supérieur ne se situe qu'à 51 à 72% de celle des autres ménages. La proportion des ménages possédant un terrain urbain représente 88,5% de celle des MDNS mais dépasse de 15% celle des MND.

Le classement des revenus par niveau, faible, moyen et élevé, révèle une situation ambiguë pour les MDS car, bien que plus nombreux à avoir un revenu faible et élevé (la différence étant plus marquée pour le niveau élevé), ils sont moins nombreux à avoir des revenus moyens; ainsi il existe une forte différenciation au sein des MDS.

Les MDS sont moins nombreux à consacrer peu de temps aux soins des enfants et plus nombreux à leur consacrer plus de temps (mais cette dernière information n'est pas statistiquement significative). La proportion des MDS affectant un temps moyen aux soins des enfants est plus grande que les autres, le ratio varie entre 43% et un multiple de 3,5. De fait, les MDS donnent plus de temps aux soins des enfants.

Les MDS n'ayant reçu aucun type d'aide sont moins nombreux et ils ont reçu moins d'assistance du gouvernement et de la communauté que les autres; en revanche, ils sont les favoris des organisations religieuses. En général, les ménages enquêtés n'ont pas reçu d'assistance sociale de la part du gouvernement (pensions de vieillesse, allocations de chômage, allocations pour enfant orphelin, indemnités de retraite ou de transferts publics). Il en va de même pour les crédits, les transferts publics, la nourriture et toute autre aide en nature.

En résumé, le MDS a une structure démographique différente des autres, notamment le taux de dépendance y est plus élevé. Son revenu est inférieur à celui des autres à cause d'une proportion plus grande de membres peu ou pas instruits; l'emploi salarié plus fréquent ne le met pas à l'abri des transferts venus d'ailleurs. Son capital humain est inférieur à celui des autres; son capital physique est moindre et ses conditions de vie sont plus dégradées. Globalement, les conditions de revenu et de vie du MDS sont précaires; cette situation est aggravée par l'absence d'assistance sociale et d'aide de la part du gouvernement qui, de toutes les façons, n'assiste aucun ménage directement. En dépit de ces handicaps, le MDS est aussi sociable que les autres ménages.

4.3.2.2. Le bien-être des enfants et ses déterminants

4.3.2.2.1 Le niveau du bien-être de l'enfant

Les tableaux 8 et 30 à 36 (annexe A) fournissent des indicateurs différenciés de bien-être des enfants de chaque type de ménage (MDS, MDNS et MND). Le MDS héberge 35% des 2.208 enfants de l'échantillon (contre 34,4% pour le MDNS et 30,5% pour le MND), soit 1,4% et 14,3% de plus que le MDNS et le MND, respectivement. Il héberge 34,5% des 1.092 garçons de l'échantillon (contre 34,4% pour le MDNS et 31,1% pour le MND), soit 10,9% de plus que le MND. Cependant, la proportion de garçons par rapport à la taille totale du ménage, 48,8%, est plus faible que dans les autres ménages, ce qui équivaut à dire que le MDS a plus de filles que les autres ménages.

Tableau 8 : Indicateurs de bien-être des enfants par type de ménage

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)	Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)	Ménages sans décès (type 3)
N. d'enfants membres du ménage (EM) (1)	772	761	675
N. d'enfants de sexe masculin membres du ménage (2)	377	375	340
% d'enfants orphelins de père et de mère (proportion d'orphelins)	10,9	4,1	2,1
% d'enfants orphelins de père seulement	32,3	35,5	7,7
% d'enfants orphelins de mère seulement	11,5	10,1	3,1
% EM qui sont décédés (sur le total des EM dans le ménage) de toute cause pendant la période d'observation (3)	2,5	0,7	0,1
% EM ayant été malade, quelle que soit la maladie, pendant la période d'observation (prévalance des maladies) (4)	46,4	40,7	39,1
% EM qui exerçaient une activité professionnelle pendant la période d'observation	4,4	5,0	4,9
% EM n'ayant pas pu avoir accès aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	48,7	26,8	29,5
% EM ayant été retirés de l'école	27,7	18,5	16,0
% EM ayant souffert de graves privations (malnutrition, injures, autres) (5)	NA	NA	NA
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études, sommeil) – Garçons	21h05mn	21h39mn	21h14mn
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études, sommeil) – Filles	19h42mn	20h17mn	19h50mn
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études, sommeil) - Garçons	20h49mn	21h28mn	21h12mn
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études, sommeil) – Filles	19h41mn	19h34mn	19h38mn
% EM ayant subi des discriminations quelle qu'en soit la raison (6)	0,1	0,1	0

Le MDS a 2,65 fois et 5,2 fois plus d'enfants orphelins de père et de mère que les MDNS et MND, respectivement; il a également plus d'orphelins de mère, les écarts sont 14% et 3,7 fois, respectivement. Pour les orphelins de père, la situation est plus ambiguë car le MDS a moins de ces orphelins que les MDNS (le ratio de la proportion est de 0,91%) tandis qu'il en a 4,15

fois plus que le MND. La proportion d'enfants décédés dans le MDS est de 2,5% et elle est 3,57 fois et 2,5 fois celle des MDNS et MND, respectivement. La proportion d'enfants malades y est forte, 46,4%, et supérieure de 14,8 à 19% à celle des autres ménages. Moins d'enfants du MDS exercent une activité professionnelle que dans les autres ménages; cependant, les différences ne sont pas marquées.

Près de la moitié des enfants du MDS n'ont pas accès aux centres de santé, même lorsqu'ils ont besoin de soins, soit 1,65 à 1,82 fois plus que dans les autres ménages, respectivement; plus du quart d'entre eux sont retirés de l'école, soit 1,49 à 1,73 fois plus que dans les autres ménages. Quelque soit leur sexe, les enfants du MDS jouissent de moins de temps pour leurs activités personnelles que leurs congénères des autres ménages. Au sein du MDS, les filles sont plus défavorisées que leurs congénères garçons; cependant, la différence est faible, de l'ordre de 5-8% en faveur des garçons. Cette faveur faite aux garçons n'est pas surprenante en milieu traditionnel ivoirien, mais elle est plus forte dans les autres ménages, l'écart étant de 6-8% pour les jours ouvrables et 9-10% pour les jours de repos. Les petits garçons ont donc moins de faveurs dans les MDS que dans les autres familles.

En conclusion, les enfants vivant dans le MDS ont des conditions sanitaires défavorables (forte mortalité, fort taux de morbidité, taux élevé d'enfants orphelins) et leur accès à l'école est difficile; ils ont également moins de temps pour leurs activités personnelles que leurs congénères des autres ménages. On peut en conclure que leur bien-être actuel est plus dégradé que dans les autres types de ménages.

4.3.2.2 Les déterminants du bien-être de l'enfant

Le bien-être de l'enfant dépend de la situation de ses parents, notamment du chef de ménage dont les conditions de vie sont liées aux facteurs suivants: instruction, dotation en biens, revenu, temps consacré par le ménage aux activités familiales, assistance extérieure.

Niveau d'instruction du chef de ménage : Dans la plupart des cas (pas dans tous les cas), la situation des enfants habitant dans les ménages analphabètes domine celle des autres niveaux d'instruction autant dans les MDS que dans les autres ménages. Dans les MDS, le nombre des enfants varie selon le niveau d'instruction; les ménages de niveau primaire en ont moins que les autres, 25% à 28% de moins que ceux qui sont analphabètes. Cette situation est observée également dans les autres types de ménage avec des proportions fluctuantes : le ménage de niveau primaire en a 10 et 16% de moins que le ménage dont le chef a le niveau secondaire/supérieur et est analphabète, respectivement. L'écart est beaucoup plus prononcé pour les MND où les familles de niveau primaire ont un nombre d'enfants qui représente seulement 44% et 21% du nombre d'enfants des familles analphabètes et de niveau secondaire/supérieur, respectivement. La question est évidemment de savoir pourquoi les ménages de niveau primaire ont généralement moins d'enfants que les autres; il n'y a pas suffisamment d'informations pour l'expliquer.

La répartition des garçons suit la même tendance que celle déjà mentionnée, à savoir que la proportion des garçons est plus faible dans les familles MDS de niveau primaire que les autres MDS, environ un tiers en moins. Le niveau d'instruction n'influence pas la distribution des garçons au sein des MDNS mais il a un impact sur la répartition interne des garçons au sein des MND. En résumé la distribution des enfants est influencée par le niveau d'instruction à l'intérieur des MDS et des MND mais pas dans les MDNS.

Dans les MDS analphabètes, plus d'enfants sont orphelins de père et de mère, décèdent, sont malades, ont un accès difficile aux centres de santé et sont retirés de l'école, par rapport aux

ménages MDNS et MND analphabètes. Les enfants vivant dans les ménages MDS de niveau primaire et secondaire/supérieur sont plus nombreux à avoir les caractéristiques mentionnées que leurs homologues des MDNS et MND de niveau d'instruction équivalent. Les enfants vivant dans les MDS analphabètes sont moins nombreux à exercer une activité professionnelle que ceux des familles MDNS et MND de même niveau. Le niveau d'instruction du MDS n'a pas d'influence marquée sur l'utilisation du temps des enfants.

Globalement, le niveau d'instruction ne modifie pas le constat déjà fait selon lequel les conditions de vie des enfants du MDS sont moins favorables ou plus précaires que celles des enfants des autres ménages.

La dotation en biens et le revenu du chef de ménage différencient aussi le bien-être des enfants des trois types de ménages enquêtés (tableaux 31 et 32 de l'annexe A).

Dotation en biens du chef de ménage : Les ménages dotés d'équipement électroménager concentrent plus d'enfants et de garçons que ceux qui n'ont que leur logement ou n'ont aucun bien ; cela est vrai pour tous les types de ménages. Dans les MDS, les orphelins de père et de mère sont plus nombreux dans les familles ayant un logement que dans les autres ; il en est de même dans les MDNS mais pas dans les MND. En général, dans le MDS et le MND, les enfants vivant dans les familles sans aucun bien sont plus nombreux à décéder, être malade, n'avoir pas accès aux soins de santé, être retirés de l'école.

La possession de biens durables influence l'utilisation du temps de loisirs des enfants. Les enfants des familles totalement démunies (n'ayant aucun bien) disposent de plus de temps que leurs congénères mieux lotis. La comparaison de la situation des enfants des ménages dotés d'appareils électroménagers dans les trois types de ménages révèle que les enfants des MDS disposent de moins de temps pour leurs activités personnelles.

Revenu du chef de ménage : Le niveau du revenu influence la population infantile des ménages mais cette influence ne va pas dans une direction stable ; ainsi, on constate que dans les MDS et MND, les familles les plus démunies sont celles qui ont le plus d'enfants à charge; dans les ménages MDNS, les enfants sont plus nombreux dans les familles à revenu moyen. Quelque soit le type de ménage, le revenu est un facteur de discrimination des enfants qui y vivent. Les enfants vivant dans les conditions les plus difficiles (proportion élevée d'orphelins et de maladie, faible accès au centre de santé, retrait de l'école) sont plus nombreux dans les familles disposant de revenus élevés. Nous ne disposons pas de suffisamment d'informations pour expliquer pourquoi il en est ainsi.

Par ailleurs, le temps moyen journalier des enfants, les aides et dons reçus par les ménages ont un impact sur le bien-être des enfants selon le type de ménage enquêté (tableaux 33 à 36 de l'annexe A).

Temps consacré par le ménage aux activités familiales : Le temps consacré par les parents aux activités familiales exerce une influence sur les conditions de vie des enfants. Les enfants sont concentrés dans les ménages disposant du budget temps le plus petit, ce qui implique que ces enfants risquent d'être délaissés alors qu'ils ont besoin de soins. On note une liaison directe entre le temps consacré aux activités familiales et la proportion d'enfants se trouvant dans les circonstances suivantes : enfant ayant une activité professionnelle, n'ayant pas accès au centre de santé, retiré de l'école. Cette liaison est tantôt positive tantôt négative dans les circonstances suivantes : orphelinat, décès, maladie. Un fait caractéristique est à noter : les familles MDS consacrant plus de temps aux activités familiales s'occupent d'un grand nombre d'enfants à problèmes. Cela pourrait signifier que les enfants à problèmes y sont relativement

mieux entourés ; cependant, le nombre des enfants pourrait aussi limiter la qualité des soins prodigués.

Aides et dons reçus par le ménage : Les conditions de vie de l'enfant changent selon l'assistance reçue de l'extérieur. La plus grande proportion de l'assistance extérieure reçue vient des OBC/FEV; elle concerne 45%, 50% et 57,1% des enfants des MDS, MDNS et MND, respectivement. Vient ensuite l'assistance fournie par les ONG/OR en faveur de 19,3%, 6,5% et 7,7% des enfants, respectivement. Enfin, le gouvernement fournit une assistance à 7,8%, 9,2% et 7,7% des enfants des MDS, des MDNS et des MND, respectivement. Les enfants ne recevant aucune aide représentent 27,9%, 34% et 57,3% des enfants des trois types de ménages, respectivement. Chez les MDS 44,3%, 19,6% et 7,7% des garçons sont assistés par les OBC/FEV, ONG/OR et le gouvernement, respectivement, alors que 28,3% ne reçoivent aucune aide.

Ainsi, les OBC/FEV sont moins généreuses pour les enfants des MDS que ceux des MDNS alors que c'est l'inverse qu'on observe pour les ONG/OR ; par ailleurs, le gouvernement accorde moins d'attention aux MDS et à leurs enfants qu'aux MDNS.

Les OBC/FEV aident moins d'enfants orphelins que les ONG/OR dans les MDS comme dans les MND ; c'est le contraire pour les MDNS. On observe ce même comportement des organismes d'assistance pour les enfants décédés, n'ayant pas fréquenté de centre de santé ou ayant été retirés de l'école. Cela suggère peut être que les ONG/OR n'ont pas fait de faveur aux MDS et que la désaffection des OBC/FEV n'est peut être pas nécessairement dirigée spécialement contre les MDS ; mais le test de cette hypothèse de non discrimination exige plus d'informations que celles disponibles. En revanche, les enfants sans aucune assistance en cas de décès, maladies, non accès au centre de santé et retrait de l'école, sont plus nombreux dans les MDS que dans les autres ménages. En dépit du fait qu'il a globalement apporté peu d'assistance aux enfants, le gouvernement a aidé les enfants à problèmes des MDS plus que les autres. Le type d'aide/don influence le temps affecté aux activités personnelles des enfants mais pas de manière marquée.

En conclusion, les facteurs dont l'influence sur les conditions de vie de l'enfant sont discernables sont : le niveau d'instruction, la dotation en biens durables, le revenu et le temps consacré aux activités familiales; les MDS analphabètes ne disposant d'aucun bien durable et consacrant un temps moyen aux activités familiales ont les charges d'enfants à problèmes les plus lourdes. En revanche, l'aide/don n'a pas une influence marquée sur les conditions de vie des enfants.

Face au choc de la pandémie et à l'assistance limitée des OBC/FEV et du gouvernement le MDS doit adopter des stratégies de lutte pour sa survie. Quelles sont ces stratégies et comment affectent elles le bien être de l'enfant? La section suivante tente de répondre à ces questions.

4.3.2.3. Les stratégies adoptées par les ménages

Le tableau 9 de la page suivante donne des indications relatives aux types de stratégies (durables, partiellement durables et non durables) adoptées par les trois types de ménages enquêtés.

- (i) En dehors de la vente de biens non productifs, les MDS n'ont pas été nombreux à adopter des stratégies durables ; en effet, ils sont moins nombreux à avoir réduit

l'épargne, les investissements nécessaires, les dépenses de biens de consommation durable. Ils ont été également moins nombreux à augmenter le temps consacré aux activités productives et familiales. Ainsi, il est clair que si les MDS n'ont pas réduit l'épargne et l'investissement, faute de ressources financière suffisantes, ils n'ont pas non plus les moyens d'accroître le temps de travail qui est pris par le souci de se soigner et de se consacrer aux relations familiales, sans doute à cause de la méfiance de la famille et aussi pour éviter la stigmatisation.

- (ii) Les MDS sont plus nombreux à mettre en œuvre des stratégies partiellement durables, en faisant migrer les membres de la famille et en plaçant leurs enfants auprès de parents éloignés à la fois pour leur donner plus d'opportunités et pour alléger le fardeau des dépenses alimentaires, médicales et d'éducation. Plus fréquemment que les autres ménages, les membres des MDS sont contraints de quitter leur emploi pour s'occuper des personnes malades.
- (iii) De manière nette, les MDS ont été plus nombreux que les autres ménages, notamment les MND, à adopter des stratégies non durables telles que compter sur l'aide extérieure, vendre des biens de patrimoine, réduire les dépenses de nourriture essentielle, retirer les enfants de l'école, ne pas pouvoir accéder aux centres de santé. Ces stratégies sont motivées par la faiblesse des revenus alors que les dépenses de santé sont importantes et permanentes.

Tableau 9: Type de stratégies adoptées par les ménages de type 1, de type 2 et de type 3

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)	Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)	Ménages sans décès (type 3)
Stratégies durables			
% Ménages ayant réduit l'épargne	67,6	71,2	64,7
% Ménages ayant réduit les investissements nécessaires (constituant un besoin) (1)	6,3	12,5	11,1
% Ménages ayant réduit les dépenses de biens de consommation durables	9,7	17,3	18,2
% Ménages ayant vendu des biens non productifs (bijoux, autres objets non-essentiels)	6,7	4,0	0
% Ménages ayant augmenté le Temps Moyen Journalier consacré aux activités productives (2)	12,4	13,8	16,8
% Ménages ayant réduit le Temps Moyen Journalier consacré aux activités familiales et aux autres activités (3)	15,8	25,5	17,3
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies durables (prière de les spécifier)			
Stratégies partiellement durables			
% Ménages ayant des membres qui ont migré à l'extérieur à la recherche d'une opportunité d'emploi éloigné du lieu de résidence	12,4	12,8	11,4
% Ménages ayant placé des enfants dans des familles éloignées	16,8	12,8	8,7
% Ménages ayant un membre qui a quitté son emploi pour prendre soins d'autres membres du ménage qui sont malades	2,0	0,5	1,0
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies partiellement durables (prière de les spécifier)			
Stratégies non durables			
% Ménages ayant reçu de l'aide substantielle (en espèces ou en nature) d'une source quelconque (4)	73,3	63,3	35,7

% Ménages ayant emprunté de l'argent à des conditions non favorables	4,5	6,6	11,2
% Ménages ayant augmenté leurs revenus par la vente de biens du patrimoine (1)	14,9	12,8	10,7
% Ménages ayant réduit leurs dépenses de nourriture essentielle	27,0	23,8	11,3
% Ménages ayant retiré les enfants de l'école	25,7	15,3	14,8
% Ménages avec des membres n'ayant pas pu accéder aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	45,5	25,0	27,0
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies non durables (prière de les spécifier)			

En conclusion, les MDS n'ont pas adopté les stratégies durables ; en revanche, ils ont été conduits à adopter des stratégies partiellement durables et non durables à cause de la faiblesse de leurs revenus alors que les dépenses de santé augmentent et parce que l'assistance de la communauté et de la famille est limitée. La faible assistance de la communauté et de la famille n'est pas totalement compensée par la générosité des ONG/OR ; dans une grande mesure le MDS est livré à lui même. Cependant, l'adoption de ces stratégies ne doit pas être exclusivement imputée à la pandémie mais aussi à la dégradation de l'environnement économique consécutive à la situation socio politique troublée de la période d'enquête.

4.3.2.4. Les facteurs influençant les stratégies adoptées par les ménages

Les tableaux 37 à 42 de l'annexe A permettent d'appréhender les principaux facteurs qui influencent les stratégies qu'adopte chaque type de ménage enquêté.

4.3.2.4.1 Niveau d'éducation

Stratégies durables : Les analphabètes des MDS sont plus nombreux que leurs homologues des autres types de ménages à : réduire l'épargne et les dépenses de consommation durable; en revanche, ils sont moins nombreux à réduire leur temps moyen journalier consacré aux activités familiales et à augmenter le temps consacré aux activités productives. Quant aux investissements indispensables, les analphabètes du MDS sont moins nombreux que leurs homologues des MDNS et plus nombreux que ceux des MND à les diminuer.

Les membres du MDS de niveau primaire sont moins nombreux que leurs homologues des autres ménages à adopter l'ensemble des stratégies durables. Quant aux membres du MDS de niveau secondaire/supérieur, ils ont été plus nombreux que leurs homologues des autres ménages à adopter les stratégies suivantes: augmentation du temps moyen consacré aux activités productives, réduction de l'épargne et du temps consacré aux activités familiales. Ils ont été moins nombreux que leurs homologues des autres types de ménages à réduire les investissements nécessaires et les dépenses de consommation durables.

Au sein du MDS, les analphabètes sont moins nombreux que leurs homologues des autres niveaux d'instruction à réduire l'épargne, vendre les biens non productifs, augmenter le temps consacré aux activités productives et à réduire le temps consacré aux activités familiales; en revanche, ils sont beaucoup plus nombreux que leurs homologues des autres niveaux d'instruction à réduire l'investissement et les dépenses de biens de consommation durable.

Stratégies partiellement durables : les membres analphabètes et de niveau primaire du MDS ont été moins nombreux que leurs homologues des autres types de ménage à migrer à l'extérieur à la recherche d'une opportunité d'emploi; en revanche, ils ont plutôt placé les

enfants dans les familles éloignées. Les membres du MDS de niveau secondaire/supérieur ont plus nombreux que leurs homologues des autres types de ménage opté pour les stratégies partiellement durables.

A l'intérieur du MDS, les membres analphabètes ont été moins nombreux que les membres des autres niveaux d'instruction à adopter tous les éléments de ces stratégies ; en revanche, le comportement des membres instruits du MDS est ambigu.

Stratégies non durables: A peu d'exceptions près les membres des MDS à chaque niveau d'instruction ont adopté tous les éléments des stratégies non durables. Les comportements sont assez différents et marqués ; toutefois, ces comportements ne sont pas allés dans une même direction. A l'intérieur du MDS, les membres de niveau secondaire/supérieur ont adopté les stratégies non durables. En conclusion, le niveau d'instruction introduit une discrimination nette entre les types de ménages mais son influence au sein du MDS est ambiguë.

4.3.2.4.2. Dotation en capital

Stratégies durables: Les familles du MDS n'ayant aucun bien durable ont été plus nombreuses que leurs homologues des autres types de ménage à réduire l'épargne et à augmenter le temps moyen consacré aux activités productives. Celles n'ayant que le logement ont généralement adopté les stratégies durables. En revanche, les familles équipées en électroménager ont suivi des stratégies durables. A l'intérieur du MDS les familles n'ayant aucun bien ont opté pour des stratégies durables; mais nous ne disposons pas de suffisamment d'informations pour expliquer pourquoi.

Stratégies partiellement durables : Les familles du MDS, quelque soit leur dotation en capital, ont été plus nombreuses que leurs homologues des autres types de ménage à adopter la plupart des éléments des stratégies partiellement durables. A l'intérieur du MDS l'influence de la dotation en capital est réelle mais ne va pas dans une direction bien déterminée.

Stratégies non durables: Tous types de biens confondus, les membres du MDS ont suivi des stratégies non durables. A l'intérieur du MDS ce sont les familles n'ayant aucun bien qui ont adopté ces stratégies non durables.

Les biens dont sont dotés les ménages ont une influence discernable sur leurs stratégies; cependant, en général, quelque soit le type de bien, les familles du MDS ont été moins nombreuses à opter pour les stratégies durables et ont plutôt adopté les deux autres types de stratégies. A l'intérieur du MDS, les familles les plus démunies ont suivi tantôt des stratégies non durables tantôt des stratégies partiellement durables ou durables. La dotation en capital n'est probablement pas un facteur de discrimination stable .

4.3.2.4.3. Revenu

Stratégies durables: Les familles du MDS à revenu faible ou élevé ont opté pour des stratégies durables. En revanche, celles à revenu moyen ont été plus nombreuses à adopter tous les éléments des stratégies durables. A l'intérieur du MDS l'influence du revenu est marquée ; les familles à revenu faible ou élevé ont adopté tous les éléments des stratégies durables et les familles à revenu moyen y ont moins adhéré.

Stratégies partiellement durables : Les familles du MDS, tous niveaux de revenus confondus, sont généralement plus nombreuses que leurs homologues des autres types de ménages à adhérer aux stratégies partiellement durables.

Stratégies non durables: Tous niveaux de revenu confondus, les familles du MDS ont opté pour des stratégies durables. A l'intérieur du MDS le revenu a une influence discernable mais elle ne va pas constamment dans une même direction. On peut en conclure que l'influence du revenu sur les stratégies adoptées par les ménages est réelle mais ambiguë.

4.3.2.4.4. Aides/don reçus par les ménages

Globalement, quelque soit le type d'aide/don reçu, les familles du MDS ont été moins nombreuses que leurs homologues des autres types de ménages à adopter les stratégies durables.

Au total, les stratégies adoptées par les ménages sont réellement influencées par l'instruction, la dotation en capital, le revenu et l'aide ; leur influence respective est relativement marquée. Cependant, elle ne va pas de manière stable dans la même direction.

Conclusion

De l'analyse des résultats de l'enquête des ménages on peut conclure que le SIDA discrimine entre les ménages et entre les enfants vivant dans ces ménages. La structure démographique du MDS est défavorable; ses conditions de revenu et de vie sont plus précaires que celle des autres types de ménages et il ne bénéficie pas du filet social traditionnel; en outre, le gouvernement lui prête peu d'attention.

Le SIDA incite le ménage à adopter des stratégies de survie qui ne sont pas durables; ces stratégies sont influencées par l'instruction, la dotation en capital, le revenu et l'assistance extérieure mais cette influence ne va pas dans une direction clairement déterminée. En conséquence, le bien-être de l'enfant vivant dans le MDS est hypothéqué et condamné à une dégradation continue dans le long terme.

Analyse des mesures et politiques d'atténuation de l'impact du VIH/SIDA

5.1 Introduction

- *Problématique et considérations méthodologiques*

L'accroissement du nombre de cas de SIDA et de décès causés par cette maladie pose de nombreux problèmes sanitaires, économiques et sociaux aussi bien aux institutions étatiques qu'aux familles. Logiquement, on s'attend à ce que l'Etat et les différentes communautés mettent en œuvre des mesures pour réduire l'impact de cette maladie. Dans le but de faire le point de ce qui existe en la matière en Côte d'Ivoire actuellement, des entretiens qualitatifs ont été réalisés au près de personnes ressources au sein de divers ministères préalablement choisis par le Centre de recherche d'Inocenti (CRI).

Les ministères initialement visés sont au nombre de trois : le Ministère de la Santé Publique, celui de l'Education nationale et le Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale. Mais, compte tenu de la nature des données à recueillir et du contexte social actuel, cette enquête s'est étendue à d'autres services, notamment ceux du Ministère délégué auprès du Premier ministre chargé du VIH/SIDA, de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires (MUGFCI) ainsi d'autres services.

L'objectif général des enquêtes dans les ministères est *l'analyse des politiques et programmes dans les domaines de la prévention, du traitement, et de l'atténuation à long terme, de l'impact du VIH sur le bien-être des enfants*. De manière spécifique, il s'agit de

- Mesurer et évaluer l'impact du VIH/SIDA sur les différents ministères.
- Décrire les mesures prises pour atténuer l'impact du VIH/SIDA au niveau des individus, des familles et des groupes.
- Evaluer le financement et les changements institutionnels visant à garantir une application efficace des mesures prises pour faire face à l'appauvrissement croissant occasionné par le VIH/SIDA.

Les questionnaires conçus par le Centre de recherche d'Inocenti (CRI) comportent aussi bien des tableaux de données chiffrées que des questions ouvertes ou guide d'entretiens. Ces instruments d'enquêtes ont été adaptés à certains endroits s'agissant des mesures prises.

Etant donné que le VIH/SIDA s'est propagé au cours de la période 1990-2000, les questionnaires couvrent les dix dernières années (1990 à 2000). Toutefois, dans les cas où les informations demandées sont manquantes, ce les données disponibles qui ont été notées

Dans ce chapitre, l'analyse des réponses face à la menace du SIDA repose donc sur l'ensemble des informations recueillies ainsi que sur les données de diverses autres études antérieures existantes.

5.2. Impact de l'infection a vih/sida sur les capacites de reponses des ministeres sociaux

5.2. 1. Impact de l'infection à VIH sur les structures du Ministère de la santé

Le Ministère de la Santé Publique est directement et en premier chef concerné par la prise en charge thérapeutique et psychosociale des personnes infectées par le VIH et des malades du SIDA. La Côte d'Ivoire étant un pays durement touchée par cette pandémie, son système de santé devrait s'en trouvé très éprouvé, notamment par l'augmentation des structures d'accueil (établissements sanitaires ; lits d'hospitalisation) et par l'augmentation des ressources humaines, matérielles et financières (recrutement d'agents de santé, disponibilité de médicaments et de tests de dépistage, etc.). Quel est donc l'impact du VIH/SIDA sur les structures de ce Ministère ?

Tableau 10: Evolution du Nombre d'établissements sanitaires selon le niveau d'intervention entre 1993 et 2000

	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Soins primaires	1 060	1 055	1 007	1 007	1 007	1 007	1 007
Soins secondaires	83	88	96	96	96	96	96
Soins tertiaires	08	09	09	09	09	09	09

Source: Ministère de la Santé, 2001

L'évolution du nombre d'établissements sanitaires de 1993 à 2000 montre qu'au niveau d'intervention dit primaire, l'on est passé de 1060 à 1007 structures de santé ; que 13 nouveaux centres de santé du niveau secondaire ont été créés et qu'un centre hospitalier a été créé au niveau tertiaire. On peut donc dire que le nombre de services de santé n'a augmenté qu'aux niveau secondaire et tertiaire sur la période considérée. Ces données ne permettent pas de savoir si tous ces nouveaux centres de santé ont été construits ou non du fait du VIH/SIDA. Néanmoins, les services de santé créés spécialement pour la prise en charge du VIH/SIDA dans le secteur public sont connus. Il s'agit:

- de l'USAC, et, dans une certaine mesure,
- de l'hôpital du jour de Bouaké,
- de l'hôpital du jour de Korhogo
- de la cellule du CAT d'Adjamé
- de la cellule du CAT de Treichville (pas très fonctionnelle).

Le Service des Maladies Infectieuses (SMIT) du CHU de Treichville, les Services de PPH, de Pédiatrie, de Médecine des CHU de Cocody et de Treichville reçoivent également beaucoup de malades du SIDA (enfants et adultes). Mais ils n'ont pas été créés du fait du SIDA. Il convient alors de voir dans quelle mesure les capacités d'accueil des services de santé sont influencées par l'infection à VIHMSIDA?

Tableau 11 : Evolution du Nombre de lits d'hospitalisation selon le niveau d'intervention entre 1993 et 2000

	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Soins primaires	3249	3300	3300	3750	3750	4600	4650
Soins secondaires et tertiaires	9682	9682	9682	9682	8382	9032	9832

Source: Ministère de la Santé Publique, 2001

L'analyse de l'évolution du nombre de lits d'hospitalisation selon le niveau d'intervention entre 1993 et 2000 permet de s'apercevoir de deux choses . Au niveau primaire, il y a eu une augmentation de 1401 lits en 7 ans, (soit un accroissement de 200 lits par an en moyenne) et au niveau secondaire et tertiaire, une augmentation de 150 lits (soit 21 lits par an en moyenne) entre 1997-2000.

Ces données montrent que la capacité d'accueil en terme d'hospitalisation s'est accrue de façon plus marquée au niveau d'intervention primaire et de façon modeste aux deux niveaux de référence des malades en matière d'hospitalisation.

Sachant que les malades du SIDA ne sont pas hospitalisés au niveau primaire, mais plutôt au niveaux secondaire et tertiaire, on peut affirmer que l'augmentation du nombre de lits constatée n'est certainement pas le fait du SIDA. D'ailleurs, ceci est d'autant plus vrai que le SMIT dont plus de 80% des 120 lits étaient occupés par des malades du SIDA n'avait plus que 50 lits en 1998 avant de voir fermées toutes ses unités d'hospitalisation de 1999 jusqu'en 2001 pour diverses raisons : manque d'entretien des locaux avec en perspective, des difficultés en ressources humaines (infirmiers notamment), etc. En effet, non seulement plusieurs infirmiers du SMIT se sont fait affecter dans des services de santé où ils se sentent moins exposés aux risques de contamination à l'occasion du travail, mais plusieurs générations d'infirmiers ont refusé le concours d'entrée à la fonction publique si bien qu'il n'a pas été possible d'affecter des infirmiers dans ce service ces deux dernières années. Si donc, le nombre d'établissements sanitaires s'est accru et la capacité d'accueil en terme de lits d'hospitalisation a augmenté, qu'en est-il du recrutement des ressources humaines?

Tableau 12: Evolution du Nombre de salariés des services de santé par catégorie entre 1993 et 2000

	1993	1995	1999	2000
Médecins	1 282	1 400	1 422	1 605
Infirmier/ière(s)	4 368	4 642	7 265	6 583
Sage-femmes	1 593	-	-	1 802
Administrateurs et employés bureau	-	51	1 737	1 737

Source: Ministère de la Santé Publique, 2001

L'observation des données relatives à l'évolution du nombre des salariés montre qu'entre 1993 et 2000, le nombre de médecins a augmenté de 323, celui des infirmiers et des sage-femmes respectivement de 225 et 209. Il y a donc eu une augmentation du nombre de salariés du Ministère de la Santé.

La disponibilité des médicaments essentiels a été effective dans presque toutes les structures de santé à partir de 1995. Jusqu'à maintenant, le taux de disponibilité avoisine les 100% dans les centres de santé. Toutefois, les médicaments essentiels pour les affections opportunistes restent à identifier à partir des algorithmes existants depuis 1999-2000. Il s'agit là de réviser la liste des médicaments essentiels pour y ajouter ceux du VIH tel que l'AZT, produit essentiel pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH.

Les prix des tests aux patients sont passés de 500 F à 1 000 FCFA entre 1989 et 1998. Les tests rapides sont vendus par la PSP à 3 300 CFA l'unité aux FSU qui doivent les céder à leur tour à 1 000 F aux patients depuis 2000. Ce qui veut dire que les FSU doivent subventionner les tests rapides pour les diagnostics biologique du VIH/SIDA. Cette situation a entraîné une absence des tests de dépistage du VIH dans les Formations sanitaires urbaines (FSU).

Cependant, il y a lieu de noter que dans les CAT (centres antituberculeux), dans les projets d'essais cliniques, au SMIT, à l'USAC, au CNTS pour les donneurs de sang, les tests sont gratuitement cédés aux patients (R Aka et al. 2000).

Au total, depuis 1993, les services de santé, les lits d'hospitalisation et les agents de santé recrutés ont augmenté de nombre. Les médicaments essentiels sont disponibles dans les départements ou districts sanitaires. Sauf les tests de dépistage du VIH qui manquent. Il est certain que tous ces progrès ne sont pas le seul fait du VIH/SIDA, car les efforts sont surtout liés à la volonté d'améliorer l'accès des populations aux soins en général. La création de nouvelles structures de soins n'est pas reliée au développement du VIH, mais plutôt orientée vers le renforcement de la santé maternelle et infantile à travers les soins de santé primaires (SSP). Pour preuve, les projets d'investissement de l'Unicef (1997-2001) visent surtout le renforcement des soins de santé primaire (initiative de Bamako) dans 13 districts de Côte d'Ivoire. Il en est de même pour le projet de la Banque mondiale (PDSSI) orienté principalement vers la santé reproductive (CIDEF/UE. 1997).

Au regard de ce qui précède, on retient que l'impact du SIDA sur le système de santé est réel mais difficilement mesurable dans la mesure où les services spécialisés pour la prise en charge du VIH/SIDA et les personnels de santé affectés au VIH/SIDA sont relativement peu nombreux. .

En terme de victimes parmi les personnels de santé, l'impact du VIH/SIDA est également peu connu. Les personnels de santé sont effectivement exposés aux risques professionnels de contamination, surtout lorsqu'ils sont en contact avec le sang de patients infectés. Ces différentes situations de risques sont appelées par les spécialistes « accidents exposant au sang » (ou AES). En effet, l'on sait que 45% de l'ensemble des agents du CHU de Yopougon ont des antécédents d'AES, notamment 31% des infirmiers et sage-femmes et 19% des techniciens de surface. (Yoboué et al. 1997).

A la Clinique des Maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville, des infirmiers et agents de surface se sentant très exposés, avaient observé un arrêt de travail pour revendiquer des primes de risques du fait que plus de 80% des lits étaient occupés par des patients infectés par le VIH.

Au niveau de la qualité des prestations médicales, la durée d'hospitalisation des patients vivant avec le VIH a été trouvée plus longue (25 jours) que celle des malades non infectés par le VIH/SIDA (15 jours) au service de Médecine du CHU de Treichville (CIDEF. 1996).

Dans les services de pédiatrie qui s'occupent de la santé des enfants, la durée d'hospitalisation est sensiblement différente selon que les enfants sont infectés par le VIH (3 jours) ou qu'ils sont séronégatifs (5 jours).

L'étude du CIDEF (op. cit). montre que la prise en charge thérapeutique des patients infectés par le VIH n'a pas induit une surcharge d'activités dans les services de santé de référence (SMIT, Pédiatrie du CHU de Treichville), encore moins dans les services de santé périphériques. Cependant, le SIDA occupe une place dont l'importance est croissante dans la pathologie traitée dans les services de santé : le SIDA est aujourd'hui l'une des principales causes de décès des adultes qui ne recourent aux services conventionnels de santé que lorsque leur état de santé s'est considérablement dégradé. De plus, sur le temps que les agents de santé passent auprès des patients lors des soins, la part du VIH/SIDA représente 15% de ce temps.

Enfin, la consommation de médicaments est plus grande chez les patients infectés par le VIH que chez les autres patients. Par contre, au niveau de la consommation des examens para-cliniques, il n'y a pas de différence significative entre les patients vivant avec le VIH et ceux

non infectés. (CIDEF. op. cit.). Bref, l'importance du VIH/SIDA sur le personnel de santé est très peu connue, mais elle est probablement insignifiante : de 1992 à 2000, le nombre de médecins, d'infirmiers/sages-femmes et d'administrateurs décédés varie chaque année entre 2/4 et 21. Par contre, le SIDA entraîne une démotivation chez les personnels soignants, détériore quelque peu la qualité des prestations médicales en augmentant le temps de travail des soignants. Mais l'impact du SIDA sur la pénurie du matériel de travail et sur la dégradation des infrastructures sanitaires n'ont pas encore fait l'objet d'études objectives particulières.

5.2.2. Impact du VIH/SIDA au niveau du MINISTERE De l'éducation nationale.

Les conséquences du SIDA sur le personnel enseignant ont été étudiées pour la première fois en 1996 (Projet impact du SIDA. 1998). L'étude indique que sur 641 enseignants infectés par le VIH, 81% sont instituteurs(du primaire), 15% enseignent au secondaire et 3% sont des éducateurs. L'étude indique également que 64% des décès d'enseignants dont les causes sont connues sont du fait du VIH/SIDA entre 1996 et 97. Ce qui représente 5 décès d'instituteurs par semaine scolaire alors qu'on a 43% de décès causé par le VIH/SIDA chez les enseignants du secondaire sur la même période.

Le temps d'absence des instituteurs infectés par le VIH a été estimé à 6 mois alors qu'il est de 10 jours pour ceux qui souffrent de maladie autre que le VIH/SIDA. Cette indisponibilité d'instituteurs infectés par le VIH a perturbé la scolarité d'environ 1600 élèves (contre 1200 élèves pour les autres maladies). Dans les familles des enseignants, l'impact du VIH/SIDA a également déterminé. Ainsi, l'on sait que de 1997 à 98, 796 orphelins du SIDA avaient été dénombrés avec 56% d'enfants âgés de moins de 15 ans.

Enfin, l'étude nous apprend que le déficit d'enseignants avec le SIDA dépassait de plus de 8% celui obtenu sans le SIDA et que plus de 2% de l'effectif des enfants d'âge scolaire n'ont pas eu accès à l'école à cause du SIDA sur la période 1998-2000. Comme on le voit, le SIDA réduit considérablement les capacités du système éducatif à faire face à la demande sociale tant sur le plan quantitatif que du point de vue de la qualité des prestations. Il engendre des nouveaux problèmes sociaux dans les familles en accroissant le nombre d'orphelins chez ces enseignants et d'élèves démunis ou non scolarisés.

Toutefois, l'impact du VIH/SIDA sur les ressources financières et matérielles du Ministère de l'Education Nationale n'est actuellement pas connu de façon objective et reste à étudier. Il en est de même pour la cause d'éventuelles compressions budgétaires et pour la dégradation des infrastructures.

5.2.3. Impact du VIH/SIDA au niveau du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.

Jusqu'en 1987, il existait un Ministère des Affaires Sociales autonome. Par la suite, ce ministère a été constamment dissout et intégré à d'autres départements: Fonction Publique, Santé Publique, etc. Depuis 2001, il a été de nouveau créé un ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale. C'est donc un nouveau ministère, à part entière, qui est entrain de s'organiser. De ce fait, il est difficile de parler d'impact du SIDA sur ce ministère. Du moins, il n'existe pas actuellement d'informations suffisantes qui permettent de savoir l'impact du SIDA tant sur le personnel que les infrastructures du ministère.

5.3. Réponses Etatiques d'atténuation de l'impact du VIH/SIDA

5.3.1. Analyse des mesures étatiques visant à renforcer les capacités de faire face aux conséquences de l'infection à VIH.

En vue de faire face à la pandémie du SIDA, l'Etat avait accordé la priorité aux actions d'information, d'éducation des masses. Par la suite, avec le nombre sans cesse croissant des personnes infectées et affectées, la prise en charge thérapeutique a été inscrite comme priorité à partir de 1994. L'assistance sociale des malades démunis, les stratégies de lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH constituent des préoccupations majeures dans la politique de lutte contre le SIDA. Mais ce sont des problèmes auxquels les possibilités de l'Etat n'ont pas encore permis de s'attaquer véritablement. Il en est de même pour les efforts de diagnostic et de traitement médicale de l'infection à VIH : non seulement les possibilités actuelles restent encore centralisées dans quelques grandes villes (Abidjan, Bouaké, Korhogo, Daloa), mais, la prise en charge psychosociale (pré-test et annonce) est rare dans la plupart des services étatiques de santé et les laboratoires qui réalisent actuellement les tests VIH appartiennent à des institutions étrangères (ou projets) de recherche. Cette dépendance de l'extérieur commande que des dispositions soient prises pour doter tous les services de santé de référence (CAT, USAC, SMIT, CIPS, etc.) de laboratoires capables de réaliser les tests de diagnostic de l'infection à VIH.

Plusieurs agents de santé (médecins, assistants sociaux, infirmiers et sage-femmes) reçoivent des formations de deux à trois jours sur la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH. Il en est de même pour les biologistes et les techniciens de laboratoire. Mais l'écrasante majorité des agents de santé non jamais bénéficié de ce genre de formation. Il importe donc de former tous les agents de santé (sans exception) de façon répétée (tous les deux ans par exemple) afin d'améliorer la prise en charge des patients VIH dans la plupart des services de santé d'Abidjan et d'ailleurs.

5.3.2. Stratégies d'adaptation aux conséquences du SIDA

Il est peut-être vrai que la prise en charge thérapeutique et psychosociale peut se faire sans des moyens matériels et financiers spécifiques. Mais ceux qui ne partagent pas cet argument affirment que la prise en charge et la prévention de l'infection à VIH nécessitent un minimum de moyens matériels et d'infrastructures appropriés (salle de réunions, appareils audio-visuels, tests de diagnostics biologique, etc.). C'est probablement dans cette optique que certaines formations sanitaires ont été réhabilitées pour abriter des projets de recherche qui assurent également la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA..

L'adaptation majeure entraînée par le développement de la pandémie du VIH/SIDA est la création d'un Ministère spécialement et uniquement chargé de lutter contre le SIDA, le MLS. L'actuelle stratégie de lutte contre le SIDA repose sur la multisectorialité (entre tous les départements ministériels) et la décentralisation (au niveau des ONG et des OC) coordonnée par le MLS à travers ses structures de politiques et stratégies, de coordination et partenariat, de la recherche, formation, suivi et évaluation. Comme on le voit, ce ministère est chargé de susciter la définition des grandes orientations de la lutte contre le SIDA, de faire un plaidoyer auprès de toutes les institutions nationales et internationales pouvant aider au financement des activités, d'assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des stratégies et des actions pour en rendre compte au Premier Ministre. Les autres Ministères doivent allouer 10% de leurs budgets à des actions de lutte contre le SIDA. Quant au Ministère de la Santé Publique, il reste le pourvoyeur principal des prestations de santé en la matière, comme par le passé. Des conflits de compétence peuvent être évités au niveau de ces deux ministères si le MLS reste

une structure de coordination et non d'exécution à quelque niveau que ce soit, laissant ainsi à chaque ministère et aux ONG les actions de prévention, de prise en charge et de recherche.

5.3.3. Politique sociale et prise en charge des conséquences du VIH/SIDA

La volonté pour les autorités ivoiriennes de faire une politique sociale des plus hardies date de la première république. L'une des grandes écoles de formation des travailleurs sociaux de la sous-région a été construite en Côte d'Ivoire dans les années 60. Des orphelinats, des pouponnières, des centres sociaux et des services sociaux de santé ont été mis en place dans le pays. Leur nombre est certes aujourd'hui insignifiant à côté des besoins, mais ce sont des preuves de la volonté manifeste des pouvoirs publics de faire face, dans la mesure du possible, aux problèmes sociaux des populations pauvres. Il convient de rappeler qu'un tiers de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Dès lors, l'aide de l'Etat devient très importante pour la prise en charge des conséquences des problèmes sociaux, notamment ceux engendrés par le VIH/SIDA.

Les services sociaux des centres hospitaliers ne disposent d'aucun budget et n'existent que de nom. Les assistants sociaux sont réduits à la mendicité auprès des médecins-chefs ou Directeurs d'hôpitaux lorsqu'il s'agit d'assister un malade nécessiteux. L'accès aux traitements ARV est conditionné par un certain nombre de critères socio-économiques qui servent à "évaluer l'accès financier, la compréhension de la maladie et du traitement nécessaire à la compliance". (Coulibaly, 1997). Ces différents critères, notamment économiques, constituent des obstacles à l'accès aux TARV même si leur utilité se justifie par ailleurs.

Le fonds National de Solidarité a été institué en vue de subventionner les traitements de tous les patients remplissant les conditions biologiques et économiques d'éligibilité.

En dehors des mesures et structures sociales ci-dessus mentionnées, il n'y en a pas eu d'autres actuellement, ce sont les mêmes possibilités qui existent. Il n'existe pas non plus de politique sociale au profit des agents du Ministère de l'éducation, des affaires sociales et de la santé: par exemple, un infirmier, un médecin, un assistant social qui est malade ne bénéficie pas de tarif réduit pour la consultation, pour les examens de laboratoire et pour l'hospitalisation. Il n'existe pas d'exemption de droits d'usage, ce qui peut démotiver certains agents. Aucune disposition ne permet à un enfant démuné d'accéder à l'éducation scolaire. Cette faiblesse du système éducatif sera corrigée si la politique de gratuité de l'école prônée par les pouvoirs publics se réalise avec succès.

5.3.4. Appui étatique aux initiatives communautaires de prise en charge des orphelins

Comme l'a reconnu un Ministre ivoirien de la santé : **<< dans le domaine de la prise en charge psychosociale des malades, dans le domaine du conseil et du soutien aux partenaires et aux familles des sujets infectés ou malades, le milieu associatif a oeuvré et continue d'œuvrer grandement dans différents points du pays... Des associations se créent, travaillant de façon acharnée pour tenter de soulager la détresse morale, physique, psychologique, économique et juridique des patients. C'est ici le lieu de leur rendre hommage.>>** (Glen W. Blibolo AD. Kérouedan D. 1995). Ces propos traduisent une reconnaissance officielle de l'importance de l'action des ONG et soulignent l'importance du rôle que jouent celles-ci dans la lutte contre le SIDA.

C'est certainement pour cette raison que les autorités sanitaires ont regroupé les ONG de lutte contre le SIDA en un collectif, le COS-CI. L'une des questions qui vient à l'esprit est de savoir si ces ONG sont soutenues financièrement par l'état. Disons en guise de réponse que l'aide de l'Etat aux ONG n'était pas systématique jusqu'en 1999 : quelques-unes étaient subventionnées et la plupart ne l'était pas. Entre 1999 et 2000, sur 20 ONG/OC subventionnées par l'Etat, il y en a 10 qui interviennent dans le domaine de la planification familiale, 8 dans le domaine des MST/SIDA, une dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et la drogue et une autre dans le secteur des handicapés. Les montants des subventions reçues par les ONG/OC de lutte contre le SIDA varient entre 3 997 000 et 80 000 000 FCFA/an.

Le centre SAS, le centre des sœurs d'Ayamé, l'OASIS de Koumassi et les ONG qui s'occupent d'orphelins du SIDA ne figurent pas parmi les 8 ONG subventionnées. Ce sont en fait des ONG à financements étrangers, donc la survie de leurs actions dépend du bon vouloir des donateurs et des partenaires au développement. Certaines ONG (ex. CIPS) ont pu survivre au retrait des principaux bailleurs de fonds grâce à la relève assurée par l'Etat dans le financement du fonctionnement. Ce n'est pas le cas pour plusieurs autres ONG/OC qui ont entrepris des activités de lutte contre le SIDA. Cette dépendance de l'extérieur pose l'éternel problème de pérennisation des initiatives mises en œuvre. Si rien n'est fait au plan national, la situation est loin d'être durablement maîtrisée.

5.4. Réponses des familles, des ONG et des communautés face au VIH/SIDA

5.4.1. Au niveau de la famille et de la communauté

L'ampleur de la pandémie du SIDA a fait qu'actuellement, chaque famille déplore le cas d'un membre ou un proche infecté/affecté par le VIH. La prise en charge de ces personnes au niveau des familles est difficile : souvent, les personnes infectées gardent seules le secret de leur maladie. De ce fait, même si des parents pouvaient les aider, ils ne le font pas parce qu'ils ne sont pas informés sur la nature de la maladie. Ce problème de partage de l'information de la maladie avec les parents est tellement sérieux qu'il constitue un obstacle à une bonne observance des traitements ARV. En effet, plusieurs patients sous traitements ARV n'ayant pas informé leurs partenaire/conjoints se cachent chaque fois qu'ils doivent prendre leurs médicaments. Lors qu'ils n'ont pas la possibilité de se cacher, ils reportent à plus tard la prise de leurs médicaments (Blibolo AD. 1999). La peur de la stigmatisation est l'une des raisons qui favorisent ce type de comportement. Mais il y a également le fait que le SIDA est perçu comme une maladie déshonorante que personne ne veut s'attribuer. Cette situation et d'autres montrent bien qu'il est difficile de mettre en œuvre des mesures qui permettent de faire face à l'impact du VIH qu niveau des familles.

Actuellement, il existe très peu d'initiatives visant à assister les personnes infectées et leurs familles. Le CASM qui assurait la prise en charge médicale (soins gratuits pour les affections opportunistes) et sociale (aliments, scolarisation des enfants, loyers, soutien psychologique, visites à domicile, soutien spirituel) des patients vivant avec le VIH a été obligé d'instituer une participation de 1500 FCFA par malade par mois à la consultation. Ceci doit permettre au centre d'acheter des médicaments nécessaires pour les soins des patients.

Il est rapporté également le nom de l'ONG Initiative Plus à l'USAC qui offrirait le petit déjeuner aux patients.

Il y a également l'ONG RSB qui a mis en route un programme de soins à domicile de personnes vivant avec le VIH à Bouaké. Les difficultés rencontrées sont certes liées à l'insuffisance des moyens au regard des besoins, mais il y a également le déni de la maladie dans certaines familles. En effet, certains malades ont été rejetés par leurs géniteurs par qu'ils

se sont présentés comme personne vivant avec le VIH en public ou parce que des membres d'ONG (soignants) leur dispensent des soins à domicile. Les parents en déduisent que le secret de la maladie a été propagé par le malade et le ressentent comme de l'opprobre pour la famille. En fait, ils auraient souhaité que personne ne sache qu'un membre de leur famille est infecté par le VIH/SIDA. Ils sont donc indignés de la rupture du secret de la maladie des leurs.

Enfin, le centre SAS de Bouaké, ONG créée après l'étude intitulée << Devenir socio-économique des orphelins du SIDA en Côte d'Ivoire >> et s'occupant d'orphelins du SIDA essaie également, dans la mesure de ses moyens, de collaborer avec les familles tutrices de ces enfants. L'assistance est de plus en plus médicale, mais surtout sociale : aliments, scolarisation et activités génératrices de revenus.

Ces différentes expériences de prise en charge des conséquences du SIDA permettent de dire que malgré les problèmes qu'elles posent au niveau familiale, elles sont réalisables. En dehors de ces initiatives privées très utiles mais insuffisantes, il n'y a pour l'instant pas d'actions étatiques de prise en charge de l'impact du VIH qui s'étendent aux familles. En 1999, un guide de soins à domicile a été élaboré et reste à éditer, diffuser après des séances de formation à leur utilisation.

Dans cette situation, plusieurs associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA se sont créées. Le but étant de se soutenir mutuellement face aux tendances de marginalisation sociale. Ces associations contribuent aux efforts de lutte contre le VIH/SIDA. Mais elles sont traversées par des crises d'intérêts individuels qui risquent de les présenter dans l'opinion comme un regroupement de personnes qui cherchent à s'enrichir sous le couvert de leur maladie.

Il existe certes quelques orphelinats étatiques qui accueillent des orphelins de l'école primaire. Mais ces types d'écoles paraissent insuffisantes eu égard à l'accroissement du nombre d'orphelins dû au VIH/SIDA. De plus, ces écoles accueilleraient également des enfants qui ne sont pas des orphelins (dont les deux géniteurs sont en vie), ce qui pose le problème de leur capacité d'accueil. Tous ces problèmes et l'absence de couverture sociale étatique expliquent le grand espoir que les populations placent dans le projet de sécurité sociale et dans la politique de la scolarité gratuite envisagées par les pouvoirs publics.

S'agissant de l'assistance des orphelins et des familles tutrices, le souhait des acteurs est de développer des initiatives d'activités génératrices de revenus au profit de ces familles et d'aider à scolariser les orphelins démunis.

5.4.2. Réactions des communautés face à la menace du VIH/SIDA

Les réactions des communautés face au VIH/SIDA ont évolué dans le temps. Ainsi, alors que les leaders religieux s'opposaient systématiquement aux actions de lutte contre le SIDA, ces trois dernières années ont vu une participation active de diverses communautés religieuses aux efforts de sensibilisation et de prévention du SIDA. Actuellement, des prêtres, des pasteurs et des imams sont associés à la plupart des réunions de définition des stratégies d'actions. Au cours de leur séances de prière, il leur arrive souvent de sensibiliser les fidèles sur le SIDA. Il y a même, semble-t-il, des communautés religieuses qui ont inscrit le SIDA dans leurs règles du mariage: les fidèles désirant se marier sont tenus de faire au préalable le test de dépistage du VIH. C'est dire que les religieux sont passés du stade de la méfiance à celui de l'implication dans le processus de lutte contre le SIDA.

Les guérisseurs traditionnels se sont très tôt appropriés le SIDA en se déclarant, dans certains cas, capables de guérir les malades. Ces déclarations ont été souvent condamnées par des praticiens de la médecine officielle et autres scientifiques. Actuellement, l'on constate que ces guérisseurs sont de moins en moins présents dans la presse. Mais, dans l'opinion publique, le souhait est que les autorités sanitaires aident ces thérapeutes traditionnels à développer leurs trouvailles qui, sans aucun doute, peuvent sauver l'humanité. Ce souhait est souvent exprimé par des africains dans les conférences, colloques et autres réunions publiques traitant de l'infection à VIH/SIDA.

La solidarité africaine est à l'épreuve du SIDA, dit-on souvent. Ceci est peut-être vrai. Lorsque les parents sont encore malades, rares sont ceux des leurs qui les assistent à faire face aux dépenses de soins. Mais, dès qu'ils décèdent, les obsèques donnent lieu à des cérémonies grandioses dans la plupart des communautés. Ces comportements sont fustigés par tout le monde et sont pourtant répandus. Toutefois, ce n'est pas un traitement uniquement réservé aux parents vivant avec le VIH, il s'applique également aux personnes malades non infectées par le VIH. Il y a donc visiblement un effritement de la solidarité favorisé en partie par la paupérisation croissante des ménages et par la cherté de la vie (coût exorbitant des médicaments et des prestations de soins). Tout ceci fait dire que la solidarité africaine est à l'épreuve du SIDA, or, ce sont peut-être les malades (en général) qui sont à l'épreuve d'une autre forme de solidarité qui ne s'exprime qu'à l'occasion des obsèques funèbres.

On peut retenir ici que les réactions des communautés évoluent dans le sens souhaité, mais il reste encore beaucoup d'efforts de sensibilisation à faire pour impliquer davantage les populations dans la prise en charge des effets du VIH/SIDA.

5.4.3. Assurance maladie dans le contexte du SIDA

Il existe plusieurs sociétés d'assurance maladie dans le secteur privé. Elles assurent principalement des personnes dont les risques de tomber souvent malades ne sont pas évidents. De ce fait, elles prennent la précaution, avec leurs médecins-conseils, d'écarter les demandeurs qui présentent des cas de maladies chroniques. Et évidemment, les personnes vivant avec le VIH font partie des clients à éviter d'une manière ou d'une autre.

Dans le secteur étatique, il existe une mutuelle (Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire- MUGFCI) à la quelle tous les fonctionnaires sont systématiquement affiliés. Sauf une partie des médecins qui ont décidé de se retirer de cette mutuelle depuis 1995 sur demande de leur Syndicat. Les autres médecins qui n'ont pas répondu à l'appel de leur syndicat continue de cotiser à la MUGFCI, tout comme les agents du ministère de l'éducation et ceux du ministère des affaires sociales.

En 2000, 842 médecins, 94 dentistes, 35 pharmaciens, 3842 infirmiers, 1792 sage-femmes, 12 assistants chef de clinique, 10 ingénieurs bio-médicaux, 82 techniciens de laboratoire sont membres de la MUGFCI. On compte 448 Assistants sociaux, 184 aides-assistants sociaux et 79 aides sociales. Tous les enseignants du public sont tous membres de la MUGFCI. Mais il n'existe pas de mesures spécifiques de prise en charge de l'infection à VIH à la MUGFCI. Donc, un enseignant, un agent de santé ou un travailleur social infecté par le VIH ne peut bénéficier d'aucune assurance.

5.5. Appréciation des capacités d'atténuation de la pauvreté entraînée par le VIH

Au niveau du système éducatif, Il faut dire que les conséquences sociales et sanitaires du SIDA sont plus connues que l'impact économique du fait que très peu d'études s'y sont intéressées. Ainsi, l'on dispose actuellement de suffisamment d'informations relatives à la morbidité, à la mortalité des enseignants dues à l'infection à VIH/SIDA et sur l'effet de cette maladie sur la famille (orphelins) et la qualité de l'enseignement. Mais, aucune disposition spécifique n'est encore prise pour assurer la prise en charge thérapeutique et sociale des enseignants infectés et de leurs familles par le Ministère de l'éducation Nationale. Les mesures qui consistent à redéployer des enseignants, à regrouper plusieurs classes dans une même salle en cas de pénurie d'enseignants, à affecter des enseignants dans les orphelinats, etc. existent en dehors de toute considération relative au VIH/SIDA. On peut dire que le système éducatif ivoirien est fortement éprouvé par le VIH/SIDA, mais très peu de mesures effectives sont prises par le ministère de l'éducation nationale pour contrer la maladie.

Au niveau du Ministère des affaires sociales, il existe des secours financiers permettant d'aider des individus pour développer des activités génératrices de revenus (50 000 à 200 000 FCFA/personne), pour assurer des frais de scolarisation d'élèves nécessiteux et pour acheter des médicaments prescrits ou des appareils (pour les handicapés). 500 000 FCFA ont été dépensés en 6 mois en 2001 pour l'achat de médicaments des malades démunis. Il existe une allocation chômage financièrement soutenue par un fonds de solidarité alimenté par les fonctionnaires (1% du salaire prélevé systématiquement chaque mois) au profit des chômeurs. Mais il n'existe pas actuellement d'allocation aux orphelins, encore moins de politique de prévention et de prise en charge du VIH.SIDA auprès des agents de ce ministère, quoique certains assistants sociaux des services de santé aient bénéficié de formations pour la prise en charge psychosociale de l'infection à VIH.

5.5.1. Lutte contre le SIDA par la réduction de la pauvreté

L'une des préoccupations de l'Etat ivoirien est de réduire le niveau de pauvreté. Cette préoccupation est même considérée comme une stratégie de lutte contre le VIH/SIDA. (Plan à moyen terme 1994-98). De la réalisation de cette aspiration dépend en grande partie la réduction de l'étendue de l'infection à VIH et l'amélioration de la prise en charge médicale des malades. Malheureusement, la situation actuelle des finances publiques constitue une contrainte majeure qui pèse sur les efforts de l'Etat dans la réduction du niveau de pauvreté. Il existe ici et là quelques fonds pour le soutien de micros projets et activités génératrices de revenus. Mais ces fonds s'épuisent très rapidement vu le nombre très important de demandeurs.

Dans le domaine du SIDA, l'UNICEF a initié un projet d'intervention et de prise en charge des orphelins du SIDA (Ouattara Yafflo et al 1999). L'évaluation de ce projet a fait ressortir l'intérêt de ce projet et a recommandé le renforcement des activités génératrices de revenus dont la gestion doit être assurée par les ONG ; la gestion des bénéficiaires ayant montré ses limites. Un projet similaire financièrement soutenu par le PNUD a connu à peu près les mêmes succès limités. La difficulté majeure résiderait dans le fait que l'utilisation des fonds doit être bien suivie pour éviter qu'ils soient dépensés à d'autres fins. De plus, les aides octroyées aux bénéficiaires sont quelquefois très en dessous des besoins et ne permettent pas toujours la mise en œuvre des activités génératrices de revenus.

5.5.2. Ressources ou potentialités pour la lutte contre le SIDA dans les différents Ministères

La question des ressources humaines pour la lutte contre le SIDA dans les ministères de la santé, de l'éducation et des affaires sociales se pose en terme de quantité et de qualité. Du point de vue quantitatif, on sait que le fort taux démographique accroît la sollicitation de ces ministères au point où le nombre des agents s'avère insuffisant face à la demande. En 1988, le taux d'analphabétisme était de 79% pour les adultes, 73% pour les hommes et 86% pour les femmes. Ce taux est passé à 58% pour les adultes, 48% pour les hommes et 68% pour les femmes. (Tableau de bord social. 1998). Cette relative amélioration de la situation d'alphabétisation ne doit pas faire perdre de vue la nécessité de poursuivre les efforts de scolarisation des enfants. Car, entre 32 et 52% de la population est à alphabétiser pour être capable de comprendre les messages de sensibilisation sur le VIH/SIDA qui sont délivrés en français.

L'une des difficultés du système éducatif est la répartition inégale des structures éducatives et partant des enseignants entre les grandes métropoles, (notamment Abidjan) et l'intérieur du pays. Cette répartition inégale est associée à une inégalité du taux de scolarisation entre les régions. Ainsi, en 1996 ; l'on a noté une moyenne de 83% de taux de scolarisation en zones urbaines et 42% en zone rurale. Dès la rentrée scolaire de 2001, le déficit en enseignants au niveau du primaire serait de l'ordre de 1800 pour le primaire et de plus de 500 au secondaire.

Sur le plan qualitatif, le système éducatif ivoirien est très peu performant: on met plus de temps qu'il ne faut pour obtenir un diplôme de fin cycle, avec un taux de chômage de l'ordre de 15% après la formation. Ce ministère a donc besoin de ressources humaines pour faire face aux besoins de scolarisation et de sensibilisation des populations sur le VIH/SIDA.

Le ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale n'a pas une importante quantité d'agents : 488 assistants sociaux, 184 aides-assistants sociaux et 79 aides sociales. A ceux-ci s'ajoute le personnel administratif. Ces personnels sont techniquement sous utilisés et sous équipés pour faire face aux sollicitations des populations défavorisées. Les assistants sociaux sont très sollicités pour la prise en charge psychosociale des patients infectés par le VIH, mais leur implication effective dans ce processus reste encore très timide dans l'ensemble. Il y a également un déficit d'assistants sociaux dans les services de santé à Abidjan et une absence dans tous les centres de santé des petites villes de l'intérieur. Il y a également ici un besoin accru en ressources humaines. Il est difficile de parler d'insuffisance d'agents de santé quand on sait qu'ils sont nombreux les médecins diplômés qui n'arrivent pas à se faire recruter à la fonction publique.

C'est dans ce contexte social que le gouvernement a manifesté une forte volonté politique de lutte contre le SIDA en créant un ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé de la lutte contre le SIDA. C'est la manifestation concrète d'une volonté politique pour la lutte contre le SIDA.

La contribution de l'état au financement des activités de lutte contre le SIDA date de 1987 et a évolué sous diverse formes. De 1987 à 92, l'apport de l'état s'est limité au paiement des salaires des fonctionnaires détachés au Programme ainsi qu'à l'entretien des locaux du programme. En 1997, le montant des salaires de sept fonctionnaires payés par l'état s'élevait à 11 400 000 FCFA. (UE. 1997). A partir de 1993, le gouvernement a inscrit au budget général de fonctionnement du ministère de la santé une ligne destinée au VIH/SIDA.

Tableau n° 13: Evolution de la contribution financière chiffrée de l'état au financement des actions de lutte contre le VIH/SIDA.

En million de FCFA	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
BGF santé (MSP) en milliards	38,64	47,79	51,12	52,13	52,12	77,52	68,11	66,11	30,36
Ligne SIDA au BGF Santé (en millions)	60	160	450	650	679	335	348	-----	850
Poids en %	0,15%	0,33%	0,9%	1,25%	1,30%	0,43	0,51	-----	2,80

Source : Ministère de la santé publique

Ce tableau montre une baisse considérable de la contribution financière de l'Etat ivoirien dans le financement des actions de lutte contre le SIDA en 1998 et 1999, puis une absence totale de financement de la part de l'Etat en 2000. C'est le lieu de rappeler qu'en 1998, les prix du cacao et du café avaient commencé à chuter et l'aide financière internationale (Banque Mondiale et FMI) était suspendue. L'année 1999 correspond, quant à elle, au moment du coup d'état militaire et l'année 2000 à la période de la transition militaire. En 2001, pour la première fois, la contribution de l'Etat représente plus de 2% du budget effectivement réalisé.

Le nouveau ministère est doté d'un budget de 850 000 000 de FCFA dont 700 000 000 sont destinés à l'achat des médicaments ARV. L'idée générale est que chaque ministère dégage 10% de son budget pour la lutte contre le SIDA. C'est à dire que désormais chaque ministère doit financer ses propres activités de lutte contre le SIDA. Cette idée devrait porter le montant de la participation financière de l'Etat à un niveau plus élevé.

Même s'il y a eu une hésitation de la part des autorités sanitaires dans les années 1985-86 avant d'annoncer l'existence du SIDA, il ne s'agissait pas forcément d'un déni tant ce qui avait été dit était vrai en ce moment là et qu'il fallait tranquilliser les populations déjà apeurées : « **le SIDA n'est pas plus préoccupant que le paludisme...** ». (Blibolo AD. 1998). Aujourd'hui, c'est la multisectorialité qui est retenue comme la stratégie fondamentale pour le simple fait qu'on a compris que le SIDA est un problème de développement et non seulement un problème de santé.

Conclusion

L'une des difficultés majeures pour une prise en charge adéquate des personnes vivant avec le VIH dans leurs familles est le partage de l'information sur la maladie. En effet, nombreux sont les malades qui gardent secret l'information de leur séropositivité. De ce fait, ils sont traités comme n'importe quel malade lorsque les difficultés surviennent. **Les nombreuses dépenses de santé entraînées par l'infection à VIH/SIDA** favorisent le sentiment d'exclusion, surtout lorsque dans les familles pauvres, les dépenses deviennent insupportables.

Dans ce contexte socio-économique où il n'existe pas de politique d'assistance aux malades démunis à la hauteur des besoins, la prise en charge des orphelins du SIDA est un vœux pieux. Les deux dernières années néanmoins, l'intention de briser le silence est manifestée par la banque mondiale en faveur des orphelins. Il convient de rappeler que Le CIDEF (ex CIE) est la première et seule institution dont l'étude sur le devenir socio-économique des orphelins du SIDA a débouché sur la création du centre SAS.

Tous les ministères, toutes les familles, les entreprises et le secteur agricole sont concernés, interpellés et touchés par les problèmes posés par le VIH/SIDA. Beaucoup de choses sont faites par ces différents partenaires, mais des limites de ressources humaines, matérielles et financières rendent difficile la tâche. Il importe que le MLS organise tous les acteurs, mobilise les moyens qu'il faut pour la mise en œuvre d'actions plus vigoureuses visant à réduire l'impact économique et social du VIH dans le pays.

Chapitre 6

Perception de l'impact du VIH/SIDA et des politiques et mesures publiques chez les principaux acteurs

6.1 Introduction-Méthodologie

La perception que les acteurs ont de l'impact et des mesures prises pour faire face au VIH/SIDA a été étudiée en vue de mieux comprendre leurs avis sur les forces et les faiblesses des réponses à la pandémie. Le terme d'acteurs désigne ici diverses catégories de personnes : représentants d'ONG, représentants d'Organisations à base communautaire (OBC), représentants de personnes infectées et représentants de familles affectées par le VIH/SIDA.

Trois principaux objectifs sont visés :

- Identifier les domaines où les acteurs perçoivent l'impact du VIH comme étant le plus destructeur.
- Evaluer le degré de succès que les acteurs reconnaissent à la politique mise en place pour atténuer l'impact du VIH/SIDA.
- Identifier les domaines que les acteurs perçoivent comme ayant été les plus négligés.

Ces objectifs constituent les grands thèmes du guide d'entretiens utilisé.

L'enquête est de type qualitatif, par conséquent, la représentativité quantitative n'a pas présidé au choix de l'échantillon qui est plutôt raisonné. La procédure d'échantillonnage a obéi aux instructions données par le centre de recherche d'Inocenti (CRI), dans les documents initiaux à savoir :

- que le questionnaire doit être administré dans un seul milieu (rural ou urbain) indiqué au départ
- que le choix du nombre exact d'acteurs à interviewer est laissé à l'appréciation de l'enquêteur, dans les limites générales définies ci-après : 3 à 6 représentants d'ONGs, 8 à 12 de représentants de personnes infectées et de familles affectées, 2 à 5 représentants d'organisations communautaires.

Dans l'ensemble, il a été convenu d'interviewer un total de 25 acteurs à Abidjan et 10 à Bouaké, 2ème ville à l'intérieur du pays, soit un total de 35 acteurs. A Abidjan, les interviews ont été réalisées auprès de 9 représentants d'ONG, 4 représentants d'OC, 6 personnes infectées par le VIH et 6 affectées, soit 25 personnes. A Bouaké, les interviews ont impliqué 2 représentants d'ONG, 2 représentants d'OC, 3 personnes infectées par le VIH et 3 affectées, soit 10 personnes enquêtées.

6.2. Perception de l'impact du SIDA chez des acteurs

Dans les Ministères de l'Education, de la Santé, des Affaires Sociales, le SIDA a des conséquences sur divers secteurs. Mais pour les besoins de la présente étude, un certain nombre de secteurs ont été privilégiés. Il s'agit des secteurs des ressources humaines/personnels (manque ; absentéisme, qualification et performance ; démotivation ; crédibilité), des ressources financières et matérielles (pénurie de matériel de travail ; compression budgétaire et dégradation des infrastructures ; qualité des soins. L'étude a privilégié également les conséquences économiques et sociales en milieu familial (pauvreté, élèves démunis, orphelins).

L'étude permet de mesurer le niveau de connaissance ainsi que la perception des « acteurs » au sujet de l'impact du VIH/SIDA dans ces différents secteurs cités.

A. Domaines du Ministère de l'éducation nationale où l'impact du SIDA est perçu comme le plus destructeur

Au niveau du Ministère de l'éducation nationale, les domaines où les acteurs de l'enquête trouvent l'impact du SIDA le plus destructeur sont les suivants par ordre d'importance (c'est à dire les domaines les plus cités parmi ceux suggérés) :

- (1) dans les familles, le SIDA engendre de nouveaux problèmes : la stigmatisation des personnes infectées/affectées, l'augmentation du nombre d'orphelins (89%).
- (2) les problèmes existants de longue date sont aggravés par le SIDA : augmentation du nombre d'élèves démunis (71%)
- (3) les documents et matériels pédagogiques connaissent une pénurie du fait des compressions budgétaires (32%).

Tableau n°14 : Domaines du Ministère de l'Education Nationale où l'impact du SIDA est perçu comme le plus destructeur

	INF	AFF	ONG	OBC	Moyenne
Manque de personnel enseignants	33%	11%	9%	50%	25,9%
Absence fréquentes d'enseignants	0%	11%	0%	0%	2,8%
Faible qualification du personnel	0%	11%	0%	17%	6,9%
Démotivation/mauvaise performance	11%	11%	18%	0%	10,1%
Faible crédibilité des enseignants	33%	0%	0%	0%	8,3%
Pénurie de documts et matériels pedag.	22%	22%	36%	50%	32,7%
Infrastructures en dégradation	11%	0%	36%	17%	16,0%
Aggravation des problèmes existants	78%	78%	64%	67%	71,5%
Existence nouveaux problèmes (stigmates,...)	100%	78%	82%	100%	89,9%
Divers	0%	11%	0%	0%	2,8%

Ce tableau montre également que les nouveaux problèmes engendrés par le SIDA dans les familles ont recueilli 100% des choix chez les personnes infectées et chez les représentants d'organisations à base communautaire. Chez les représentants des ONG et des familles affectées, le même impact a été cité respectivement dans les proportions de 82% et de 78%.

Ce qui veut dire que les personnes infectées et les organisations à base communautaire interviewées ainsi que les autres acteurs ont été plus sensibles aux conséquences sociales du SIDA. Au sujet des conséquences du SIDA sur la pénurie du matériel pédagogique évoquées par certains acteurs, il faut dire qu'aucune étude ne les a encore mesurées en Côte d'Ivoire. Les acteurs les ont donc cités en tant que conséquences possibles.

Le problème à retenir ici est celui lié à l'augmentation du nombre d'orphelins et la stigmatisation des personnes infectées/affectées.

B. Domaines du Ministère de la Santé Publique où l'impact du SIDA est perçu comme le plus destructeur

Les domaines du Ministère de la Santé Publique où les acteurs de l'enquête perçoivent l'impact du SIDA comme le plus destructeur sont les suivants par ordre d'importance (c'est à dire les domaines les plus cités parmi ceux suggérés) :

- (1) dans le pays, le SIDA engendre de nouveaux problèmes : grand nombre de malades infectés par le VIH/SIDA ; réduit la disponibilité des soins pour les anciennes maladies (87%).
- (2) Les problèmes existants de longue date sont aggravés par le SIDA : augmentation du nombre de patients frappés, tuberculose et d'autres infections aggravées (63%)
- (3) les personnels de santé sont démotivés du fait du SIDA : ils souhaitent des primes liées aux risques de s'infecter par le VIH à l'occasion des soins aux patients vivant avec le VIH/SIDA. (46%).

Tableau n°15 : domaines du Ministère de la Santé Publique où l'impact du SIDA est perçu comme le plus destructeur

	INF	AFF	ONG	OBC	Moyenne
Manque de personnel	11%	0%	9%	0%	5,1%
Absences fréquentes de personnel	0%	22%	0%	33%	13,9%
Faible qualification du personnel	0%	0%	0%	17%	4,2%
Démotivation/mauvaise performance du corps médical	44%	56%	18%	67%	46,2%
Faible crédibilité du corps médical	0%	0%	0%	0%	0,0%
Faible niveau des dépenses courantes	22%	33%	36%	33%	31,3%
Infrastructures hospitalières	44%	11%	36%	17%	27,1%
Besoins accentués aggravant ceux existants	100%	56%	64%	33%	63,1%
Emergence de nouveaux problèmes	78%	89%	82%	100%	87,1%

Le tableau n°15 montre aussi que l'augmentation du nombre de patients frappés, l'aggravation de la tuberculose et d'autres infections ont recueilli 100% des choix chez les personnes infectées alors que les organisations à base communautaires accordent 100% de leurs choix aux nouveaux problèmes engendrés par le SIDA. Chez les représentants des familles affectées et des ONG, ce même impact relatif aux nouveaux problèmes a été cité respectivement dans les proportions de 89% et de 82%. Le problème retenu est celui du grand

nombre de malades infectés par le VIH/SIDA et la réduction de la disponibilité des soins pour les anciennes maladies.

C. Domaines du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale où l'impact du SIDA est perçu comme le plus destructeur

Les domaines du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale où les acteurs de l'enquête perçoivent l'impact du SIDA comme le plus destructeur sont les suivants par ordre d'importance (c'est à dire les domaines les plus cités parmi ceux suggérés) :

- (1) dans le pays, le SIDA entraîne l'émergence de nouveaux problèmes : augmentation rapide du nombre d'orphelins (55%);
- (2) les problèmes existants de longue date sont aggravés par le SIDA : augmentation du nombre de démunis (52%);
- (3) les niveaux des dépenses courantes sont rendus faibles du fait du SIDA : réduit les fonds Disponibles pour les transferts.

Tableau n°16 : domaines du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale où l'impact du SIDA est perçu comme le plus destructeur

	INF	AFF	ONG	OBC	Moyenne
Manque de personnel	0%	11%	0,0%	0,0%	2,8%
Absences temporaires fréquentes	0%	0%	0,0%	0,0%	0,0%
Faible qualification du personnel	0%	0%	0,0%	0,0%	0,0%
Démotivation/mauvaise performance du personnel	11%	11%	0,0%	33,3%	13,9%
Compression budgétaire	11%	0%	36,4%	33,3%	20,2%
Faible niveau des dépenses courantes	22%	44%	9,1%	16,7%	23,1%
Faible niveau des dépenses/infrastructures	22%	0%	0,0%	0,0%	5,6%
Aggravation problèmes existants	67%	56%	36,4%	50,0%	52,1%
Emergence de nouveaux problèmes	67%	44%	45,5%	66,7%	55,8%

Ce tableau indique également que l'émergence de nouveaux problèmes a recueilli 67% des choix chez les personnes infectées. Les représentants des familles affectées accordent 56% de leurs choix aux problèmes existants de longue date aggravés par le SIDA. Chez les ONG et les organisation à base communautaires, le même impact relatif aux nouveaux problèmes a été cité respectivement dans les proportions de 45% et de 66%. L'augmentation rapide du nombre d'orphelins a été considérée comme le problème posé par le VIH/SIDA au niveau du Ministère des Affaires Sociales.

6.3. Mesures anti VIH/SIDA perçues comme positives par des acteurs

Pour faire face aux conséquences du SIDA, les Ministères de l'Education, de la Santé et des Affaires Sociales devraient prendre des mesures spécifiques. Parmi les mesures effectivement prises, les enquêtés ont indiqué celles qui leur paraissent les plus importantes ou prioritairement attendues.

6.3.1. Perception des mesures prises au Ministère de l'éducation nationale

Parmi un certain nombre de mesures suggérées, il y en a trois que les enquêtés ont cité le plus grand nombre de fois.

- d'abord la mesure relative au redéploiement des enseignants ou le regroupement des classes de même grade dans le cycle été la plus citée (65%);
- ensuite, le soutien aux institutions de prise en charge des orphelins par l'affectation d'enseignants dans les orphelinats;
- enfin le recrutement de nouveaux enseignants.

Ces trois mesures sont perçues comme les plus positives qui permettent de faire face aux conséquences du VIH/SIDA au niveau du Ministère de l'éducation nationale.

Tableau n° 17 : Mesures considérées comme positives au niveau du Ministère de l'éducation nationale.

	INF	AFF	ONG	OBC	Moyenne
Redéploiement enseignants	67%	67%	45%	83%	65,5%
Recrut. Nouveaux enseignants	67%	67%	45%	67%	61,4%
Soutien aux institutions d'accueil et de prise en charge des orphelins par l'affectation d'enseignants	78%	67%	45%	67%	64,1%
Autres	0%	0%	27%	17%	11,0%

Le tableau n°17 montre que le redéploiement des enseignants a été la mesure la plus citée (83%) par les représentants d'OBC ; le soutien aux institutions de prise en charge des orphelins par les personnes infectées par le VIH (78%) et le recrutement de nouveaux enseignants a été plus cité par les représentants de familles affectées des OBC (67%). La mesure retenue comme positive ici est le redéploiement des enseignants et le regroupement des classes. Cette mesure est certes appropriée pour faire face aux conséquences de la maladie et des décès des enseignants. Mais elle existe en dehors de toute considération liée au VIH/SIDA.

6.3.2. Perception des mesures prises au Ministère de la Santé Publique

Parmi les mesures prises par le Ministère de la Santé Publique pour faire face aux conséquences du VIH/SIDA, il y en a trois que les enquêtés ont cité le plus grand nombre de fois.

- d'abord la mesure relative à l'introduction de nouvelles formes de soins : traitements ARV qui a été la mesure la plus citée (77%);
- ensuite les mesures visant à assurer la disponibilité des médicaments et de préservatifs;
- enfin la mise au point de programmes de dépistage du VIH.

Ces trois mesures sont perçues comme les plus positives qui permettent de faire face aux conséquences du VIH/SIDA au niveau du Ministère de la Santé Publique.

Tableau n° 18 : Mesures positives prises au niveau du Ministère de la Santé Publique en vue de faire face à l'impact du SIDA.

	INF	AFF	ONG	OBC	Moyenne
Introduction de nouvelles formes de soins	100%	78%	100%	33%	77,8%
Cours de formation	44%	11%	33%	33%	30,6%
Programmes ciblés	11%	0%	22%	0%	8,3%
Mesures/disponibilité médicaments	78%	67%	11%	22%	44,4%
Mise au point/pgm dépistage VIH	33%	22%	67%	33%	38,9%
Prévention transmission mère-enfant	11%	33%	0%	0%	11,1%
assurance-maladie/medecins	0%	11%	0%	0%	2,8%
prévention VIH/SIDA - personnel santé	0%	11%	0%	0%	2,8%
Divers	0%	11%	44%	22%	19,4%

Le tableau n°18 montre que les 100% de choix de l'introduction des ARV est le fait des personnes infectées ainsi que des ONG. Quant aux représentants des personnes affectées et des OBC, ils ont choisi cette mesure dans les proportions respectives de 78% et de 33%. Les trois mesures du Ministère de la Santé reconnues par les acteurs comme étant positives sont d'ordre médicale, avec l'unanimité (quantitative) faite au tour de l'initiative ONUSIDA de l'accès aux traitements ARV.

6.3.3. Perception des mesures prises au Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité Nationale

Parmi les mesures prises par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale pour faire face aux conséquences du VIH/SIDA, il y en a trois que les enquêtés ont cité le plus grand nombre de fois. Ce sont :

- la réduction du coût des traitements ARV pour certaines catégories de malades;
- La création des institutions d'accueil en vue de la socialisation des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA;
- La prise en charge des frais des soins des malades démunis.

Ce sont ces trois mesures qui ont été désignées comme étant les plus positives pour faire face aux conséquences du VIH/SIDA au niveau du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.

Tableau n°19 : Mesures du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale perçues comme plus positives

	INF	AFF	ONG	OBC	Moyenne
Prise en charge frais de soins	33%	56%	9%	33%	32,8%
Création d'institutions d'accueil des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA	33%	56%	9%	33%	32,8%
Réduction du cout de traitement	33%	56%	9%	33%	32,8%

Le tableau n° 19 montre que ce sont les représentants des personnes affectées qui se sont le plus prononcé sur les mesures du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité

Nationale. Quant aux représentants des ONG, ils se sont presque abstenus de répondre à cette question. Il en est de même, dans une moindre mesure, des personnes infectées ainsi que des représentants des OBC.

Cette situation s'explique par le fait que le Ministère des Affaires Sociales n'est pas à l'origine de la réduction du coût des TARV et que les institutions d'accueil pour la socialisation des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA n'existent pas dans ledit Ministère. La réduction du coût des TARV pour certaines catégories de malades est la mesure que les acteurs trouvent plus importante au compte du Ministère des Affaires Sociales. Il s'agit donc ici de mesures souhaitées et non de mesures spécifiques pour le VIH/SIDA existantes. Car la réduction du coût des TARV n'est pas le fait du Ministère des Affaires Sociales.

6.4. Evaluation par les acteurs du degré de succès des mesures publiques visant à faire face aux conséquences du VIH/SIDA

Les acteurs interviewés ont porté leurs choix sur des mesures qui leur semblent plus positives pour faire face aux conséquences du VIH/SIDA. Ils ont évalué le niveau global de succès de ces mesures et apprécié certains aspects spécifiques des mesures. Leur évaluation consiste à dire si chaque mesure est très satisfaisante ; satisfaisante ; appropriée ; insatisfaisante ou très insatisfaisante. Les autres aspects des mesures à évaluer sont au nombre de sept qui sont : (a) Moment bien choisi par rapport aux besoins; (b) Mécanismes d'incitation; (c) Information largement diffusée; (d) Faibles coûts administratifs; (e) Sied bien aux besoins de la population; (f) Respect des droits des personnes ciblées et sensibilité à leurs souffrances et (g) autres. Des scores allant de 100 à 500 ont été attribués à chaque mesure : 100 à 199 correspond à très insatisfaisant ; 200 à 299 correspond à insatisfaisant ; 300 à 399 correspond à appropriée ; 400 à 499 correspond à satisfaisante et 500 correspond à très satisfaisante (cf. Méthodologie de calcul en annexe).

6.4.1. Evaluation par les acteurs du degré de succès des mesures prises au Ministère de l'Education selon l'ordre décroissant

Tableau n°20: Evaluation de la mesure venant en première position «redéploiement des enseignants» relativement aux effectifs d'enseignants

	INF	AFF	ONG	OBC
Overall degree of success	222,22	222,22	181,82	183,33
Timing with respect to needs	0	0	154,55	250
Incentive mechanism	0	0	263,64	216,67
Information	0	0	127,27	233,33
Administrative costs	0	0	245,45	300
Suiting the needs of people	0	77,78	209,09	300
Respect for rights and.....	0	0	254,55	250
Other	0	44,44	27,27	50

Ce tableau montre que l'ensemble des acteurs de l'enquête ont une appréciation négative de ladite mesure : la moyenne des scores des quatre catégories d'acteurs est de 202,39, ce qui correspond à l'appréciation d'une mesure insatisfaisante. Pendant que les personnes infectées et les représentants des personnes affectées jugent la mesure insatisfaisante (222,22), les ONG et les OBC la trouvent très insatisfaisante (181,82 et 183,33 respectivement).

Ce qu'on peut noter est que les aspects « faibles coûts administratifs » et « sied bien aux besoins de la population » sont jugés appropriés (300 et 300) pour cette mesure. Ce qui veut dire que la mesure entraîne des faibles coûts administratifs et sied bien aux besoins de la population.

Tableau n° 21 : Evaluation de la mesure venant en deuxième position « soutien aux institutions de prise en charge des orphelins par l'affectation d'enseignants dans les orphelinats » relativement "aux nouveaux problèmes engendrés par le VIH/SIDA- stigmatisation des personnes infectées/affectées, augmentation du nombre d'orphelins"

	INF	AFF	ONG	OBC
Overall degree of success	222,22	211,11	172,73	300
Timing with respect to needs	0	66,67	45,45	83,33
Incentive mechanism	0	0	9,09	66,67
Information	0	0	0	16,67
Administrative costs	0	55,56	0	83,33
Suiting the needs of people	133,33	0	45,45	150,00
Respect for rights and.....	66,67	0	0	16,67

Ce tableau montre que l'ensemble des acteurs de l'enquête ont une appréciation négative de la seconde mesure : la moyenne des scores des quatre catégories d'acteurs est de 226,51, ce qui correspond à une mesure insatisfaisante. Les ONG la trouvent très insatisfaisante (172,73) et les OBC appréciée (300).

L'aspect spécifique « sied bien aux besoins de la population » a été jugé insatisfaisant (133,33 ou 150) pour cette mesure. Ce qui veut dire que la mesure ne sied pas bien aux besoins de la population ou ne permet pas de faire face aux besoins créés par le SIDA.

Tableau n° 22 : Evaluation de la mesure venant en troisième position « le recrutement de nouveaux enseignants » relativement aux effectifs d'enseignants.

	INF	AFF	ONG	OBC
Overall degree of success	233,33	233,33	154,55	166,67
Timing with respect to needs	44,44	66,67	0	216,67
Incentive mechanism	0	33,33	0	66,67
Information	0	0	0	66,67
Administrative costs	0	0	0	66,67
Suiting the needs of people	88,89	0	0	100,00
Respect for rights and.....	44,44	0	0	50,00
Other	0	0	0	0

C'est une mesure que l'ensemble des acteurs de l'enquête apprécie de façon négative : la moyenne des scores des quatre catégories d'acteurs est de 196,97, ce qui correspond à l'appréciation d'une mesure insatisfaisante.

Les personnes infectées et les représentants des personnes affectées jugent la mesure insatisfaisante (233,33), les ONG et les OBC la trouvent très insatisfaisante (154,55 et 166,67 respectivement). A part l'aspect « moment bien choisi par rapport aux besoins » qui est jugé insatisfaisant (216,67) par les OBC, tous les autres aspects sont perçus comme très insatisfaisants. Les représentants des ONG se sont abstenus d'évaluer cette mesure. La raison est que le recrutement des enseignants n'a aucun rapport avec les conséquences du VIH/SIDA.

6.4.1. Evaluation par les acteurs du degré de succès des mesures prises au Ministère de la Santé Publique selon l'ordre décroissant

Tableau n° 23 : Evaluation de la mesure venant en première position « introduction de nouvelles méthodes de soins » par rapport << au grand nombre de malades infectés par le VIH/SIDA, etc..>> .

	INFECT	AFFECT	ONG	OBC
Overall degree of success	311,11	177,78	290,91	200
Timing with respect to needs	155,56	177,78	227,27	50
Incentive mechanism	88,89	177,78	181,82	66,67
Information	55,56	277,78	136,36	16,67
Administrative costs	111,11	211,11	127,27	66,67
Suiting the needs of people	88,89	211,11	236,36	83,33
Respect for rights and.....	44,44	211,11	181,82	50
Other	122,22	111,11	54,55	83,33

Dans ce tableau, on voit que les acteurs de l'enquête dans leur ensemble ont une appréciation négative de ladite mesure : la moyenne des scores des quatre catégories d'acteurs réunies est de 244,95, ce qui correspond à une mesure insatisfaisante. Les OBC, les personnes infectées et les représentants des personnes affectées jugent la mesure très insatisfaisante (50 ; 155,56 ; 177,78 respectivement).

Tableau n° 24 : Evaluation de la mesure venant en deuxième position « assurer la disponibilité des médicaments et des préservatifs » relativement << au grand nombre de malades infectés par le VIH/SIDA et à la réduction de la disponibilité des soins pour les autres maladies >>

	INF	AFF	ONG	OBC
Overall degree of success	244,44	266,67	190,91	266,67
Timing with respect to needs	100	0	145,45	133,33
Incentive mechanism	11,11	0	81,82	66,67
Information	55,56	33,33	100	50
Administrative costs	11,11	0	145,45	66,67
Suiting the needs of people	44,44	33,33	172,73	50
Respect for rights and.....	11,11	0	154,55	66,67
Other	33,33	22,22	72,73	83,33

Dans ce tableau, les acteurs de l'enquête ont dans l'ensemble une appréciation négative de ladite mesure : la moyenne des scores des quatre catégories d'acteurs réunies est de 247,17, ce qui correspond à une mesure insatisfaisante. Les ONG ont été plus sévère en qualifiant la mesure de très insatisfaisante (190,91). Cette évaluation négative est également valable pour les différents les aspects spécifiques de la mesure.

Tableau n°25 : évaluation de la mesure venant en troisième position « mise au point de programmes de dépistage du VIH» face à l'augmentation du nombre des malades.

	INF	AFF	ONG	OBC
Overall degree of success	288,89	200	200	166,67
Timing with respect to needs	0	66,67	127,27	66,67
Incentive mechanism	0	0	45,45	50
Information	0	11,11	81,82	16,67
Administrative costs	44,44	0	18,18	50
Suiting the needs of people	11,11	0	100	66,67
Respect for rights and.....	0	0	45,45	66,67
Other	144,44	11,11	63,64	50

Dans ce tableau, les acteurs de l'enquête ont une appréciation négative de la troisième mesure : la moyenne des scores des quatre catégories d'acteurs réunies est de 213,89, ce qui correspond à une mesure insatisfaisante. Les OBC ont été les plus sévères en qualifiant la mesure de très insatisfaisante (166,67). En dehors des aspects spécifiques qui n'ont pas été évalués, tous les acteurs ont trouvé ces aspects très insatisfaisants.

6.4.3. Evaluation par les acteurs du degré de succès des mesures prises au Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale

Les trois mesures qui ont été désignées comme étant les plus positives pour faire face aux conséquences du VIH/SIDA au niveau du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale sont : (a) la prise en charge des frais des soins des malades démunis; (b) la réduction du coût des traitements ARV pour certaines catégories de malades et (c) la création des institutions d'accueil en vue de la socialisation des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA. Il faut rappeler que ces trois mesures ont été citées le même nombre de fois.

Tableau n°26 : Evaluation de la mesure relative à la prise en charge des frais des soins des malades face à l'augmentation du nombre de démunis .

	INF	AFF	ONG	OBC
Overall degree of success	100	111,11	9,09	83,33
Timing with respect to needs	0	0	0	0
Incentive mechanism	0	0	0	0
Information	0	0	0	0
Administrative costs	33,33	0	0	0
Suiting the needs of people	0	0	0	0
Respect for rights and.....	0	0	0	0
Other	11,11	0	0	0

Les enquêtés ont dans l'ensemble une appréciation négative de la mesure : la moyenne des scores des quatre catégories d'acteurs réunies est de 75,88, ce qui correspond à l'appréciation d'une mesure très insatisfaisante. Cependant, les personnes infectées et les représentants des personnes affectées sont moins sévères que les autres acteurs : ils jugent la mesure insatisfaisante (100 et 111,11 respectivement). Ce jugement négatif est le même pour les aspects spécifiques de la mesure ; notamment l'aspect relatif aux coûts administratifs dont le degré de satisfaction est jugé pire. En réalité, c'est pour éviter de se taire sur ladite mesure que ces acteurs ont été si sévères dans leur jugement.

Car, la prise en charge des frais des soins des malades démunis est une mesure qui ne concerne pas spécifiquement les personnes infectées par le VIH et qui est d'ailleurs presque inexistante. C'est pour cette raison que la plupart des acteurs de l'enquête se sont très peu prononcés sur les différentes mesures qui leur ont été suggérées.

Tableau n°27 : Evaluation de la mesure relative à la création d'institutions d'accueil des personnes affectées par le VIH/SIDA par rapport à l'augmentation du nombre d'orphelins ;

	INF	AFF	ONG	OBC
Overall degree of success	33,33	100	36,36	33,33
Timing with respect to needs	0	33,33	0	0
Incentive mechanism	0	0	0	0
Information	0	0	0	0
Administrative costs	0	0	27,27	0
Suiting the needs of people	0	0	0	0
Respect for rights and.....	0	0	0	0
Other	11,11	0	0	0

Ce tableau montre que l'ensemble des sujets de l'enquête ont une appréciation négative de la mesure relative à la « création d'institutions d'accueil des personnes affectées par le VIH/SIDA » : le score moyen est 50,75 qui est le score d'une mesure dont le jugement est pire que très insatisfaisant. Il en est de même de l'appréciation des aspects tels que moment bien choisi (33,33 pour les représentants des personnes affectées) et coûts administratifs (27,27 pour les ONG) qui ont été évalués. Au sujet de cette mesure, il y a lieu de rappeler qu'il existe quelques rares institutions d'accueil des orphelins du SIDA. Mais ce ne sont pas des institutions étatiques du Ministère des Affaires Sociales. De plus, leur nombre dans le pays (moins de trois au secteur privé) est jugé très insuffisant par les acteurs. Donc, en trouvant la mesure très insatisfaisante, les enquêtés veulent dire que ce ministère n'a rien fait dans le sens de la création de structures spécifiques de prise en charge sociale et économique des victimes du SIDA et qu'il faut le faire.

Tableau n°28 : Evaluation de la mesure relative à la réduction du coût des traitements ARV pour certaines catégories de malades par rapport à l'augmentation du nombre de démunis;

	INF	AFF	ONG	OBC
Overall degree of success	33,33	100	36,36	33,33
Timing with respect to needs	0	33,33	0	0
Incentive mechanism	0	0	0	0
Information	0	0	0	0
Administrative costs	0	0	27,27	0
Suiting the needs of people	0	0	0	0
Respect for rights and.....	0	0	0	0
Other	11,11	0	0	0

Tout comme pour la première et seconde mesure, les enquêtés ont dans l'ensemble une appréciation négative de la mesure venant en troisième position : la moyenne des scores des quatre catégories d'acteurs réunies est 74,49, ce qui correspond à l'appréciation d'une mesure très insatisfaisante. Les coûts administratifs également ont été jugés très insatisfaisants. Bref, la plupart des acteurs interviewés n'ont pas évalué les mesures dites positives au niveau du Ministère des Affaires Sociales parce qu'aucune mesure spécifique n'a été prise par ledit Ministère pour faire face aux conséquences du VIH/SIDA. La pandémie ayant été considérée jusque là comme l'affaire du seul Ministère de la Santé Publique.

6.5. Problèmes perçus comme négligés par les acteurs

Négliger quelque chose, c'est ne pas s'en occuper comme on le devrait. C'est à dire s'en occuper en partie ou très peu. Que pensent les acteurs de ce qui est fait par les différents ministères pour faire face aux conséquences du VIH/SIDA?

D'une manière générale, les représentants des personnes affectées, des personnes infectées par le VIH, des ONG et des Organisations à base communautaire (OBC) de l'enquête trouvent que tous les domaines/problèmes sont négligés au niveau du Ministère de l'éducation nationale et du ministère des affaires sociales.

Pour ces acteurs, rien de spécifique n'est fait par ces ministères en vue de faire face aux conséquences de l'infection à VIH/SIDA. Ils considèrent particulièrement comme négligée l'assistance/la prise en charge des enseignants infectés par le VIH/SIDA ainsi que le dépistage volontaire à l'école. Les acteurs de l'enquête trouvent que les services sociaux des centres de santé manquent de moyens matériels (médicaments) et financiers pour assister les malades nécessiteux et souhaitent qu'on donne plus de pouvoir et de moyens aux assistants sociaux qu'ils estiment très peu impliqués dans la lutte contre le SIDA. Il faut noter que ces enquêtés ont souligné la place très importante des assistants sociaux dans le processus de lutte contre le SIDA, notamment dans la prise en charge des conséquences de la maladie

Au niveau du Ministère de la Santé, la multiplication/décentralisation des prestations médicales spécifiques pour le VIH/SIDA et la prévention du VIH/SIDA chez les agents du ministère de la santé sont les problèmes que les acteurs ont trouvé négligés.

En guise de propositions de solutions, les acteurs estiment qu'il faut mettre l'accent sur la recherche de fonds au plan national et extérieur en vue de développer la formation et la subvention des ONG, notamment celles de personnes vivant avec le VIH/SIDA, pour la mise en œuvre d'activités génératrices de revenus et pour la prise en charge des orphelins du SIDA et de leurs familles d'accueils.

Conclusion

Les domaines où les acteurs perçoivent l'impact du VIH/SIDA comme étant le plus destructeur sont nombreux, mais on peut retenir les trois qui ont été cités plus que les autres. Il s'agit de:

- l'augmentation du nombre des orphelins et la stigmatisation des personnes infectées/affectées.
- la réduction de la disponibilité des soins pour les anciennes maladies du fait du grand nombre de malades infectés par le VIH.
- l'aggravation de la pauvreté par l'augmentation du nombre de démunis.

A ces domaines, s'ajoutent d'autres problèmes sociaux et économiques évoqués par les acteurs de l'enquête : rupture des liens conjugaux, perte de sources de revenus, déscolarisation des enfants, désintégration des familles, accroissement des dépenses de santé, démotivation des agents de santé.

Quelque soit le Ministère, les mesures prises positives ont toutes été qualifiées d'insatisfaisantes dans leur mise en œuvre. En d'autres termes, malgré leur pertinence et leur opportunité, ces mesures reconnues positives sont perçues comme insuffisamment mises en œuvre (très limitées dans l'espace et dans le temps) ou non exploitées. Les acteurs de l'enquête sont donc sensibles aux différents efforts effectivement consentis ou envisagés, mais ils se disent insatisfaisants.

L'analyse des problèmes évoqués montre qu'il s'agit de conséquences sociales, sanitaires et économiques qui ont retenu l'attention des acteurs. Ces conséquences sont en conformité avec la réalité du SIDA en Côte d'Ivoire. C'est pour cette raison que les acteurs de l'enquête proposent des solutions d'ordre social, économique et sanitaire, à savoir :

- décentraliser les prestations médicales spécifiques pour le VIH/SIDA;
- développer les activités génératrices de revenus au profit des familles d'accueil des orphelins du SIDA et prendre en charge les frais de scolarisation de ceux-ci.

Cette dernière proposition doit permettre de lutter contre l'appauvrissement des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA et favoriser l'intégration sociale des orphelins du SIDA. De leur point de vue, tout ce travail doit se faire avec la participation effective des assistants sociaux

Conclusion générale

Face à la menace du VIH/SIDA, l'Etat et les ONG/OBC ont réagi de diverses manières. L'analyse de ces réponses montre que les efforts consentis se sont concentrés principalement sur les aspects médicaux et sanitaires du VIH/SIDA (prévention et prise en charge thérapeutique). La prise en charge des conséquences sociales, juridiques et économiques n'ont pour l'instant pas fait l'objet de mesures spécifiques de la part de l'Etat. Quelques ONG essaient tant bien que mal d'assister les personnes infectées et les familles affectées. L'une des explications de cet état de choses est le fait que les impacts sociaux, juridiques et économiques étaient jusque là très peu étudiés et connus.

L'évaluation de toutes les réponses étatiques et communautaires est difficile à faire en termes de changement de comportement à risque. Néanmoins, malgré leurs limites, il y a quelques poches de réussites qui constituent des raisons de poursuivre ce qui a été fait.

- Plus de 91% de la population est informée de l'existence du VIH/SIDA et sait que la maladie est liée principalement aux relations sexuelles grâce aux campagnes d'IEC.
- La quantité de préservatifs vendue par l'ONG chargée du marketing social est passée de 1 800 000 en 1991 à 20 000 000 en 2000. Ce qui veut dire que la demande est croissante.
- Dans le milieu des professionnelles du sexe, la prévalence du VIH a baissé passant de 86% en 1992 à 30% actuellement à la Clinique de Confiance du projet RETRO-CI. Ces résultats sont dus au fait que ces femmes utilisent de plus en plus les préservatifs (masculins et féminins) avec leurs clients (92% des clients l'affirment) et parce qu'elles sont soignées dès qu'elles ont une IST.
- Dans des hôtels de passes, l'utilisation effective des préservatifs a été mesurée de façon objective pour la première fois en 1998 dans le cadre l'Initiative Ouest Africaine (IOA), ce qui a permis de savoir que 22% des clients d'hôtels de passe ont utilisé de façon indiscutable les préservatifs qui leur ont été offerts (Blibolo AD et al. **1998**). Mais cette expérience pilote est restée sans suite.

Visiblement, l'utilisation des préservatifs pour se protéger contre l'infection à VIH/SIDA dans la population générale est encore très limitée pour des raisons d'ordre sociologique¹.

- L'objectif de la "sécurité transfusionnelle" a été atteint à plus de 99,94 % sur toute l'étendue du territoire national et une loi a été votée en 1993 en vue de réglementer le prélèvement et l'utilisation du sang humain (loi n° 93-672 du 9 Août 1993).
- L'utilisation systématique de seringues/aiguilles à usage unique dans tous les services de santé (publics et privés) est aujourd'hui entrée dans les habitudes.
- L'on est passé du stade de la réticence à faire le test de dépistage à 72% d'acceptation de la proposition de test, et, les demandes mensuelles du dépistage volontaire se sont accrues passant de 272 à 489 au CIPS entre 1994 et 1997.

Ces quelques réussites ne doivent cacher les énormes insuffisances des actions de prévention qui sont :

- les activités de prévention sont sporadiques et limitées à quelques grandes villes.
- les actions novatrices et porteuses sont souvent abandonnées au profit d'autres actions au gré des humeurs de chaque partenaire au développement

¹ L'une des raisons qui explique cette situation est que le préservatif est recommandé en cas de rapports sexuels occasionnels, à risques ou dans un but contraceptif. Par conséquent, tous ceux qui ne veulent pas être considérés comme des partenaires sexuels à risques ou occasionnels refusent l'utilisation des condoms.

C'est pour ces mêmes raisons que les condoms sont plus souvent utilisés pendant les premières rencontres sexuelles et abandonnés dès que le partenariat sexuel dure dans le temps.

- les activités manquent de coordination au plan national du fait qu'elles sont financées de l'extérieur. Dès lors, il devient difficile de les évaluer dans un contexte d'absence de moyens efficaces de mesure du changement de comportements sexuels à risques.

Le changement de comportement à risques pour le VIH nécessite des actions de sensibilisation fréquentes dans des groupes réduits de personnes avec des messages appropriés. Ceci suppose l'existence de personnes spécialement commises à cette tâche et de moyens financiers et matériels importants. Il faut par conséquent professionnaliser le travail des ONG/OC, le bénévolat comportant des insuffisances.

La PTME

Il y a moins de deux ans que des essais thérapeutiques ont montré qu'en utilisant l'AZT, il est possible de réduire la transmission verticale du VIH dans l'ordre de 37 à 50% en Côte d'Ivoire. Diverses initiatives sont prises pour généraliser et intégrer la stratégie de la PTME dans tous les services de consultation prénatale (CPN).

L'idée d'utiliser la Névirapine est acceptée par la plupart des spécialistes nationaux, mais la priorité se situe actuellement au niveau de l'identification d'une approche adaptée en vue de faire la PTME à grande échelle.

Traitement médical des séropositifs et ARV

L'amélioration du diagnostic de l'infection à VIH/SIDA, des infections associées et la prise en charge thérapeutique et psychosociale des patients séropositifs ont été retenues comme priorités dans le programme national de lutte contre le SIDA sept ans après la déclaration des premiers cas de SIDA, c'est à dire en 1994. Depuis, quelques centres d'excellence ont été créés au public et au privé. Les personnes infectées par le VIH sont orientés dans ces centres de références. Mais la prise en charge thérapeutique et psychosociale spécifique de l'infection à VIH/SIDA n'est pas encore intégrée comme souhaité dans les activités des centres de santé. En réalité, cette intégration n'arrive pas à se faire parce que la prise en charge psychosociale qui accompagne le traitement médical de l'infection à VIH/SIDA est une activité inhabituelle pour les agents de santé et parce que les réactifs pour le dépistage ne sont pas à la portée des centres de santé.

L'initiative ONUSIDA de l'accès aux traitements ARV a permis de mettre sous traitement plus de 1013 personnes, mais différents critères, notamment économiques, dont l'utilité se justifie par ailleurs, constituent des obstacles à l'accès aux TARV de dizaines malades.

Les premiers schémas thérapeutiques basés sur la bithérapie ayant montré les limites de leur efficacité, il a été décidé d'adopter désormais la trithérapie.

Actuellement, des espoirs de réductions plus grandes des prix auraient été donnés par les firmes pharmaceutiques aux autorités ivoiriennes pour que le malade paie soit 10 000 FCFA, soit 5000 FCFA la tri thérapie au lieu de 300 000 FCFA en 1998. Pour y parvenir, il y a lieu de développer la stratégie d'approvisionnement de la pharmacie de la santé publique en médicaments génériques et à terme, explorer toutes les possibilités de les produire sur place à un coût réduit.

Le SIDA a des conséquences désastreuses sur le système éducatif à travers la forte morbidité et mortalité chez les enseignants. L'Etat et les ONG doivent commencer à faire face aux conséquences sociales, économiques et juridique de la maladie dans tous les secteurs et dans le secteur de l'éducation en particulier. Parmi les actions à entreprendre, il y a certainement la sensibilisation et l'éducation des enseignant et des élèves/étudiants.

Au niveau du Ministère de la Santé Publique, le fait de former tous les agents de santé en vue de les impliquer dans le processus de prévention et de prise en charge thérapeutique et psychosociale est une autre manière de les sensibiliser et de les amener à se protéger contre la maladie.

Le SIDA est une maladie différente des autres et vouloir le considérer comme le paludisme, la tuberculose, ne favorise pas l'amélioration de sa prise en charge. Il faut des équipes et des structures spécifiques pour assurer correctement le traitement médical et le suivi psychosocial des personnes infectées par le VIH.

Pour répondre à la question de savoir si les autres maladies sont négligées du fait du SIDA, il est nécessaire de faire une étude dans ce sens. Par contre, il est fréquent de voir que divers spécialistes présentent le SIDA comme facteur aggravant d'autres maladies. Le SIDA est ainsi présent dans presque tous les problèmes de santé et devient un révélateur du dysfonctionnement du système de santé et même des relations sociales.

Politiques des orphelins

Il n'existe pas actuellement une politique formelle d'assistance socio-économique des personnes affectées et notamment des orphelins du SIDA. Les structures étatiques qui s'occupent des orphelins en général peuvent assurer la prise en charge sociale des orphelins du SIDA si leur nombre est revu à la hausse. Mais l'idéal est pour ces enfants de se développer dans leur milieu familial d'origine. Pour ce faire, il faut prendre en charge leurs frais de scolarisation et de fournitures scolaires et aider les tuteurs à développer des activités économiques génératrices de revenus. Il existe actuellement une cellule de réflexion sur les orphelins du SIDA au Ministère de la Santé Publique (PDSSCI).

Au total, une très forte volonté politique s'est manifestée avec la création d'un Ministère spécialement chargé du VIH/SIDA. L'épouse du Chef de l'Etat s'est engagée personnellement dans les actions de prévention et de mobilisation sociale contre le VIH/SIDA.

➤ **LECONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS**

- L'étude a permis de constater que les efforts consentis par l'Etat se sont concentrés sur les aspects médicaux et sanitaires du VIH/SIDA (prévention et prise en charge thérapeutique).
- Les conséquences sociales, juridiques et économiques n'ont pour l'instant pas fait l'objet de mesures spécifiques de la part de l'Etat.

L'une des raisons pour lesquelles ces impacts sociaux, juridiques et économiques ont été relégués au dernier plan est qu'ils ont été jusque là très peu étudiés et connus. Aussi, faisons-nous les recommandations suivantes en vue d'aider à améliorer la prise en charge des conséquences socio-économiques et juridiques du SIDA.

RECOMMANDATIONS

- 1) Créer dans les différents départements/districts sanitaires plusieurs centres chargés d'assurer la prise en charge sociale des familles affectées par le VIH, particulièrement les orphelins du SIDA, à l'image du centre SAS de Bouaké.

- 2) Faciliter le processus d'extension de la PTME en Côte d'Ivoire.
- 3) Garantir la gratuité de l'école aux enfants affectés par le VIH/SIDA en particulier et à tous les enfants en général.
- 4) Mettre en place une politique de formation spécifique VIH de tous les agents de santé.
- 5) Initier d'avantage d'activités génératrices de revenus au profit des familles affectées par le VIH.
- 6) Créer dans les districts sanitaires des structures de référence capables d'assurer le diagnostic biologique et la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH/SIDA.
- 7) Affecter d'avantage de moyens aux ONG et Organisations à base communautaires effectivement impliquées dans la lutte contre les conséquences de l'infection à VIH/SIDA.
- 8) Mettre en place un observatoire des comportements à risques pour le VIH.SIDA
- 9) Mieux coordonner les actions de lutte contre le SIDA
- 10) Reconduire à échelle les actions pilotes qui ont donné des résultats satisfaisants.

Bibliographie

- Abisse A. et al. (1997) : Diminution de la séroprévalence VIH chez les donneurs de sang au CNTS d'Abidjan 1993-1996. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Adrien M.F (2000) : Orphelins et SIDA en Côte d'Ivoire. Analyse de situation et propositions d'actions.
- Agboffri J.D (1997) : La solidarité africaine face au SIDA une stratégie de redynamisation de la prise en charge des malades . CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Aguire et al. (1997): The role of people living with HIV/AIDS in AIDS prevention. The Hope aids program experience in Ivory Coast .CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Aka R. et al. (2000) :. Accessibilité du test de dépistage dans le secteur sanitaire public à Abidjan. In les thérapies antiretrovirales en CI : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie, ANRS.
- Ali Napo L. et al. (1997): Prévalences des MST et de l'infection à VIH chez la femme enceinte à Abidjan, 1996-1997. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Angoran-Bénié H. et al. (1999) : Analyse de la situation des formations sanitaires de la ville d'Abidjan en matière de la prévention mère-enfant du VIH. RETRO-CI/UNICEF/PNLS-MST-TUB. Abidjan.
- Aonon A. et al. (1997) : Jeunes en circonstances difficiles et SIDA : étude des comportements sexuels des jeunes en rupture familiale à Abidjan. Juillet ; Orstom Petit-Bassam.
- Aventin J L. - P. Huard (2000) : The cost of AIDS to three manufacturing firms in Côte d'Ivoire. Journal of African economies, Vol 9, n° 2.
- Ayokoin M. (1997) : L'engagement communautaire d'une ONG dans la lutte contre les MST/SIDA, en milieu rural ivoirien: le cas du CRAS. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Ayokoin M. et al. (1997) : Impacts des stratégie d'IEC pour la prévention des MST/SIDA chez les femmes libres et leurs partenaires à Abidjan 1996-1997. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Bamba A. et al. (1997) : Influence du SIDA sur la résistance primaire aux antituberculeux de Côte d'Ivoire. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Bavibidilal T. (1997) : Implication des églises évangéliques dans la lutte contre le VIH/SIDA (expérience de l'association africaine anti épidémique: AAAE). CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Bea V. et al. (2000) : Etude transversale des connaissances et pratiques en rapport avec la prévalence de l'infection à VIH parmi les clients des prostituées à Abidjan.
- Beau J.P et al. (1997) : Malnutrition et infection par le VIH-1. Pourquoi une moindre prévalence chez le Kwashiorkor? CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.

- Beau J.P et al. (1997) : Caractéristiques anthropométriques d'enfants malnutris infectés par le VIH en Côte d'Ivoire. CISMA, Abidjan, Côte-d'Ivoire.
- Béchu N., Delcroix S., Guillaume A. (1997): Devenir socio économique des enfants et familles affectées par le VIH/SIDA dans les pays en voie de développement: le cas de la Côte d'Ivoire. Rapport pour l'Agence Nationale de recherche sur le SIDA.
- Becker C.M (1990) : The demoeconomic impact of the AIDS pandemic in Sub saharan Africa. World development, vol 18, n°12.
- Beugré N. et al. (1997) : Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs du SIDA pédiatrique. 200 cas colligés au CHU de Treichville. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Blibolo A.D. (1995) : Comportements attitudes et pratiques des ruraux ouest Ivoiriens pour le VIH/SIDA. AFRICARE. ABIDJAN, Février 1995.
- Blibolo A.D. et al. (1997) : Obstacles au recours aux soins médicaux en Côte d'Ivoire: le cas de personnes vivant avec le SIDA. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Blibolo A.D.et al. (1998) : Migration et SIDA en Côte-d'Ivoire en 1997-1998: étude du milieu et recherches-actions sur les axes migratoires de Ferkéssédougou vers les pays du sahel, 21P.
- Blibolo A.D. (1998) : Ecologie sociale d'une maladie : réponses de prévention et de prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection de l'infection à VIH/SIDA en Côte-d'Ivoire. Université d'Abidjan, 250P.
- Boka-Yao A. et al. (1997) : Comportements des femmes vis à vis du test VIH en consultation de gynécologie à Abidjan, 1995-1996. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Boka-Yao A. et al. (1997) : Prise en charge extra hospitalière des personnes vivant avec le VIH/SIDA: possibilité de mise en œuvre et obstacles. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Bongaarts J., Way P. (1989) : Geographic variation in the HIV epidemic and the mortality impact of AIDS in Africa. The Population Council. Working papers n° 1.
- Boni Ouattara et al. (1997): Study of drug adherence within a ramdonized clinical trial to evaluate a short course of oral zidovudine to reduce mother to child HIV-1 transmission in Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Boote G. Schoepf (1997) : Vivant avec le VIH: le scvteur informel à la lumière du SIDA. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Bouabi R. et al. (1997) : Prévention des MST et SIDA en milieu scolaire : Le lycée moderne de Vavoua. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Brown L.R., Webb P., Haddad L. (1994) : The role of labour in household food security : implications of AIDS in Africa. Food policy, Vol 19, n°6 IFPRI.
- Brown L.R (1996) : The potential impact of AIDS on population and economic growth rates. IFPRI

- Budget 1998 du secteur de Santé. Exécution au 31/08/98 (hors financement extérieur).
- Bureau Central de Coordination (BCC) du PNLS (1993) : Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA et les MST en Côte d'Ivoire. 1994-1998. Abidjan.
- Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement (BNETD) (2000) : Atelier national de lancement du Document cadre de politique économique et sociale. Commission n°5 : Politiques sociales et lutte contre la pauvreté. Sous commission : Lutte contre le VIH/SIDA.
- CEDRES Paris et CEPRASS Abidjan. Les nouvelles orientations en matière d'exercice des professions de la santé- Vol I. Doc préliminaire.
- CIDEF/UE/MSPAS- SIDA et Secteur de Santé (1997) : Analyse des conséquences et stratégies de réponses- Le cas de la Côte-d'Ivoire- Rapport final- Octobre 1997.
- CIPS. Rapports d'activités, 1997, 1998 et 1999.
- Collinson J. et al. (1997) : L'Hôpital public face au SIDA: l'expérience du CHU de Yopougon, Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Coulibaly D. et al. (1997): Influence du VIH/SIDA sur le suivi des tuberculeux:étude épidémiologique et anthropologique d'une collecte dans les centres anti tuberculeux d'Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Coulibaly M. (1997) : Etude des comportements à risque d'infection à VIH/SIDA chez les sportifs à Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Desgrées du Lou A. et al. (1997) : Infection par le VIH-1 et fécondité des femmes: étude rétrospective chez les femmes enceintes à Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995-1997. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Dédy S. et Tapé G (1989) : Comportements sexuels et SIDA en Côte-d'Ivoire. Abidjan.
- Dédy S. et Tapé G. (1994) : Jeunesse , sexualité et SIDA en Côte-d'Ivoire. Le cas d'Abidjan. PNLS, Mars 1994,147 P.
- Dédy S. et Tapé G. (1995) : SIDA et procréation en Côte-d'Ivoire, le cas d'Abidjan.
- Diallo O. et al. (1997): Trends in sociodemographic and behavioral characteristics, sexually transmitted diseases and HIV infections among female sex workers in Abidjan 1992-1997. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Diallo O.M. et al. (1998) : Decline in prevalence of VIH infection and sexuality transmitted diseases and increase in condom use in among female sex worker in Abidjan Côte-d'Ivoire, 1992-1997. 12th world AIDS Conference, Geneva June 27-July3, 1998.
- Djoman G. et al. (1997): Survival of HIV infected persons attending two spacialized HIV outpatient clinics in Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Domoua K. et al. (1997) : Complications pulmonaires de l'infection par le virus VIH en Afrique subsaharienne. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.

- Ekrahou R. et al. (1997) : Approvisionnement en médicaments pour le traitement symptomatique des infections liées au VIH dans une ONG de prise en charge ambulatoire. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Eholie S.P. et al. (1997) : Evaluation du coût direct de la prise en charge hospitalière des sidéens au service des maladies infectieuses et tropicales et du CHU de Treichville. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (1999) : Rapport d'analyse des données de l'enquête auprès des routiers ; Rapport d'analyse des données de l'enquête auprès des migrants; Rapport d'analyse des données de l'enquête auprès des prostituées; Rapport d'analyse des données de l'enquête auprès des jeunes.
- Ecole nationale Supérieure de Statistique et d'économie appliquée (1999): La prévention du SIDA en Côte d'Ivoire . Rôle des médias de masse et de la série "SIDA dans la Cité 2 " dans les attitudes générales vis à vis du SIDA et des comportements à risques.
- Esmel D. et al. (1997) : Prise en charge psychologique des personnes vivant avec le VIH à domicile. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Essombo J. (1997) : Profil de la prostitution à Bouaké. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Essombo J. et al. (1997) : Profil épidémiologique des MST en milieu scolaire et universitaire à Bouaké: à propos de 244 cas. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Faye Ketté H. et al (1997) Infections à mycoplasmes chez la femme enceinte: relations avec les MST et l'infection à VIH à Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Garenne M. et B. Zanou (1997) : Dynamique de l'épidémie de SIDA à Abidjan, 1986-1995. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Gbadi et al. (1997): Problématique de l'entrée des mineures dans la prostitution à Bouaké: mode d'entrée, facteurs et déterminants. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Ghys P.D et al. (1997) : Epidemiologic and immunologic characteristics and cervicovaginal HIV shedding of HIV-1 and HIV-2 seroactive female sex workers in Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Gourvellec B.G. et al. (1997) : Evolution des connaissances sur l'infection à VIH lors du pretest et post test chez les femmes enceintes à Yopougon, Abidjan, 1995-1996. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Grant A. et al. (1997) : Causes of morbidity among HIV infected patients with tuberculosis in Abidjan , Côte d'Ivoire. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Greenberg A. et al. (1997) : Trends in the HIV-1 and HIV-2 epidemics in Abidjan:11 years of HIV serosurveillance at Project Retro CI. In Xème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (CISMA), SIDA et développement, Abidjan, Côte d'Ivoire, 7-11 Décembre 1997. Livre des résumés.
- ILO (2000) : Action against HIV/AIDS in Africa. An initiative in the context of the world of work.

- Institut National de la statistique (1994) : Evaluation de l'impact socio-économique du SIDA en Côte d'Ivoire : Etude sur les projections de la population et de la force ouvrière en fonction des hypothèses diverses du comportement sexuel.
- Kadio Morokro S. et Coulibaly (1999) : Point sur l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, 1987-1997.
- Kakou A. et al. (1997) : Facteurs de risques liés à la séropositivité au VIH chez les clients du CIPS d'Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Kamaté (1997) : Profil clinique et biologiques des échecs au traitement antituberculeux standard au CAT de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Kambou G., Devarajan S., Over M. (1992) : The economic impact of AIDS in an African country: Simulations with a computable general equilibrium model of Cameroun. Journal of African economies.
- Kassim S. et al. (1997) : Prevalence of HIV infection among women attending urban antenatal clinics in Côte d'Ivoire. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Kodehi G. et al. (1997) : Problème d'ordre légal et éthique liés à la législation du travail en Côte d'Ivoire. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Koffi A. et al. (1997) : Malnutrition protéino-énergétique chez l'enfant VIH positif au CHU de Yopougon. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Kouamé A. (1997) : Evaluation d'une campagne IEC dans les forces armées ivoiriennes. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Kouamé et al. (1997) : Mise en place d'une cohorte prévacinale en Côte d'Ivoire. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Ladner et al. (1997) : L'appui d'un système national d'information sanitaire à la surveillance épidémiologique des MST. Exemple du système d'information de gestion en Côte d'Ivoire, CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Lamboray J.L., Elmendorf A. (1997) : Combatting AIDS and Sexually Transmitted Diseases in Africa. A review of the World Bank ' agenda for action. The World Bank, Washington.
- Lévy Bruhl D. et al. (1997) : Prédications des tendances futures de l'infection à VIH/SIDA en Côte d'Ivoire par une modélisation. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Lorougnon F. et al. (1997) : Evaluation des stratégies de prévention du VIH en milieu militaire (FANCI) de 1994 à 1996. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Macro International, Inc ((1997): Knowledge of STI and AIDS, risk awareness and condom use.
- Manouan A. (1997) : Promotion et soutien des réponses communautaire au VIH/SIDA par la mise en œuvre de microprojets générateurs de revenus. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.

- Ministère du Plan et du Développement industriel (1998) : Tableau de bord social.
- Ministère de la Santé publique (1995) : Rapport annuel sur la situation sanitaire 1995.
- Ministère de la Santé publique (1996) : Plan national de développement sanitaire 1996-2005. Tome 1: Diagnostic, politique et stratégies.
- Ministère de la Santé Publique (1997) : Comité National de l'Action sanitaire- Séance solennelle d'installation – Abidjan, 27 Février 1997.
- Ministère de la Santé Publique (1997) : Troisième Journée Bilan pour l'année 1997- Rapport général, Yamoussoukro 26-30 Décembre 1997.
- Ministère de la Santé Publique (1998) : Bilan des activités du Ministère de la Santé Publique- Perspectives (1994-1997). Abidjan, Mars 1998.
- Ministère de l'Economie et des Finances (1998), Comité des Opérations du Programme de Valorisation des Ressources Humaines- Secrétariat permanent, Abidjan, Octobre 1998.
- Ministère de la Santé Publique (2001) : Faire reculer le paludisme en Côte-d'Ivoire. O.M.S., Juin 2000, P6, Direction du contrôle des effectifs. DRH, MSP, 10 Juin 2001 (S/D Contrôle).
- Ministère de la Santé Publique (1993) : De 1993-1998 : actualisation du plan de développement du programme de lutte contre l'onchocercose en Côte-d'Ivoire. Version Avril 1993, MSP, PNLOTT, Avril 93.
- Ministère de la Santé Publique (1995) : Dossier présenté au financement de la coopération financière non remboursable du gouvernement du Japon, année fiscale 1997. DSC, S/D des SSP, Octobre 1995.
- Système des Nations-Unies en Côte d'Ivoire (2000) : Comité thématique N°1 : population et santé.; Bilan commun de pays (BCP/CT1/ID/Draft 1/15.08.2000).
- Ministère de la Santé Publique (2001) : Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT), Abidjan, 2001.
- Ministère de la Santé Publique (2001) : Rapport d'activités du Service de Médecine Interne du CHU de Treichville; (1990 –2000), Juin 2001.
- Ministère de la Santé Publique (1996) : Journées Bilan des activités du Ministère de la Santé pour l'année 1996. Yamoussoukro, 18-21 Décembre 96. DE.PEV, Décembre 96.
- Msellati P. et al. (1997) : Prévention de la transmission mère enfant du VIH en Afrique: acceptabilité du dépistage et du processus d'inclusion chez les femmes enceintes à Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- MUGEF-CI (2001) : Direction Générale, S/D de l'immatriculation. Abidjan Juin 2001.
- Noba V.L (1997) : Proposition de test de dépistage du VIH et retour pour les résultats des femmes enceintes dans le contexte de l'évaluation de la zidovudine pour réduire la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant à Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.

- O.M.S (2001) : Profil de santé de la femme en Côte-d'Ivoire.
- ONUSIDA (1998) : Le VIH/SIDA et le corps des enseignants. Projet impact du VIH/SIDA sur la système éducatif Ivoirien. Bulletin N° 4.
- ONUSIDA (2000) : Le point de l'épidémie de SIDA, Déc. 2000 . ONUSIDA / OMS.
- Ouattara M. Y. et al. (1997): Problématique de la notification de statut sérologique VIH du partenaire. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Ouattara Y. et al. (1997) : Prise en charge des personnes vivant avec le VIH à la CIE. CISMA, Abidjan.
- Ouattara A.R (1997) : Les problèmes liés à la notification du statut sérologique positif au VIH chez la femme. Etude de cas de femmes dépistée au CIPS (Centre d'information et de prévention du SIDA), à Abidjan.
- PNLS/MST/TUB (1999a) : Processus de planification stratégique: Analyse de la situation dans les domaines prioritaires.
- PNLS/MST/TUB (1999b) : Processus de planification stratégique : Analyse de la réponse
- PNLS/MST/TUB (1999c) : Plan stratégique National de lutte contre le SIDA: 2000-2004
- PNLS/MST/TUB (2000) : Rapport de surveillance des cas de SIDA en Côte d'Ivoire.
- PNLS/ MST/TUB (2001) : Surveillance du VIH et de la syphilis par réseau sentinelle dans les centres de protection maternelle et infantile en Côte-d'Ivoire. Notification des cas de SIDA dans les capitales de région de Côte-d'Ivoire. Rapport 1999-2000.
- PNLS/ MST/TUB . Rapports de notification des cas de SIDA.
- Revue Transfusion Ivoirienne (1993) . N° 2, Mars, Page 13.
- Rossert H. et al. (1997) : Impact du SIDA sur le système de santé en Côte d'Ivoire. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Sanni M.S. et al. (1997) : Maladies sexuellement transmissibles (MST) dans les infirmeries privées (IP) de Bouaké : diagnostic syndromique et traitement par kit. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Sangaré K.A et al. (1997) : Séroprévalence à VIH chez les filles de rue à Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Sangaré K.A et al. (1997) : Infection à VIH en entreprise. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Sangaré A. et al. (1997) : Evolution de la séroprévalence dans une population carcérale à Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Sibailly T. (1997) : Maternal vitamin A deficiency and mother to child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.

- Stefan V. et al. (1997): Efficiency of enrollment into a randomized clinical trial to evaluate a short course of Zidovudine to reduce mother to child HIV-1 transmission in Abidjan, CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Tanoh et al.(1997) : Sensibilisation des femmes et jeunes filles enceintes en consultation prénatale, CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire, 1997.
- Togbe T.Y. (1997) : Impact socio économique du VIH/SIDA et de la pauvreté sur un groupe de femmes infectées par le VIH. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire
- UNAIDS (2000) : Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections: Côte d'Ivoire. 2000 Update
- UNICEF (1996) : Analyse de la situation des femmes et des enfants de Côte d'Ivoire l'enfant et de la femme Abidjan, Côte d'Ivoire.
- UNICEF Côte d'Ivoire (2000) : Analyse de la situation de l'enfant et de la femme. ABIDJAN Côte d'Ivoire
- UNICEF/ENSEA (2000): Rapport final de l'Enquête à indicateurs multiples - MICS2000.
- Union Européenne (1997) : SIDA et secteur de la santé: analyse des conséquences et stratégies de réponse. Le cas de la Côte d'Ivoire.
- United Nations (1994) : AIDS and the demography of Africa.
- Université de Cocody (2001) : Service scolarité UFR Sciences Médicales, juin 2001.
- UNWHO (1991) : The AIDS epidemics and its demographic consequences. Proceedings of the UN/WHO workshop on modelling the demographic impact of the AIDS epidemics in pattern II countris. Progress to date and policies for the future
- Welffens Ekra C. et al. (1997) : Evaluation de la Zidovudine (AZT) pour diminuer la transmission de la mère à l'enfant du VIH-1 en Afrique : un essai de phase 2 en Afrique de l'Ouest. 1995-1997, CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- World Bank (1997) : Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic. Summary.
- Xème Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (CISMA). « SIDA et Développement ». Livre des résumés. 7-11 Décembre 1997.
- Yéboué K. et al. (1997) : Comportements et surveillance du personnel au CHU de Yopougon, Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Zanou B. et al. (1998) : Mobilité et SIDA. Résultats d'une enquête de base auprès des routiers, des travailleurs migrants et prostituées en Côte-d'Ivoire, 1997.

ANNEXES A : Données de l'enquête socioéconomique

ACRONYMES

Afin de produire les tableaux présentés ci-dessous, les acronymes suivants ont été utilisés : MT1 = Ménages de type 1= "ménages avec décès dû au VIH/SIDA", MT2 = Ménages de type 2 = "ménages avec décès dû à une autre maladie que le VIH/SIDA", MT3 = Ménages de type 3 = "ménages sans décès, EM = "Enfants membres du ménage", N = "nombre", TMJ = "Temps Moyen journalier", ONG = " organisations non gouvernementales ", OR = "organisations religieuses ", FEV = " famille élargie ou voisins", OBC = " organisations à base communautaire" ; POPT = Population totale ; CM = Chef de ménage

Equivalents en anglais des acronymes : HH = Ménage, CM = EM, ADT = TMJ, NGO = ONG, RO= OR, EFN = FEV, CBO = OBC

Tableau 29 : Statistiques résumées sur les ménages échantillonnés

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)	Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)	Ménages sans décès (type 3)
1. N. ménages avec le CM analphabète	60	63	49
2. N. ménages avec le CM de niveau d'instruction primaire ou secondaire	104	105	109
3. N. ménages avec le CM de niveau d'instruction supérieur	18	25	35
4. N. ménages n'ayant pas de bovins ni de terres agricoles *	155	147	152
5. N. ménages possédant des bovins *	5	12	8
6. N. ménages possédant des terres agricoles *	46	47	43
7. N. ménages possédant des terres agricoles et des bovins *	3	5	4
8. N. ménages possédant des terrains urbains	54	61	47
9. N. ménages avec un faible niveau de revenu	71	49	70
10. N. ménages avec un niveau de revenu moyen	53	92	59
11. N. ménages avec un niveau de revenu élevé	74	51	65
12. N. ménages qui consacrent un petit Temps Moyen Journalier aux soins de l'enfant (<6h)	155	160	167
13. N. ménages qui consacrent un moyen Temps Moyen Journalier aux soins de l'enfant (6-12h)	30	21	14
14. N. ménages qui consacrent un grand Temps Moyen Journalier aux soins de l'enfant (≥12h)	6	1	4
15. N. ménages n'ayant reçu aucun type d'aide	59	74	114
16. N. ménages ayant reçu de l'aide du Gouvernement	31	34	20
17. N. ménages ayant reçu de l'aide de la société civile (ONG ou organisations religieuses)	39	16	10
18. N. ménages ayant reçu de l'aide de la communauté (famille élargie, quartiers ou OBC)	100	105	53
19. N. ménages ayant reçu des pensions de vieillesse de la part du Gouvernement	NA	NA	NA
20. N. ménages ayant reçu des allocations de chômage de la part du Gouvernement	1	0	1
21. N. ménages ayant reçu des allocations pour enfant/orphelin de la part du Gouvernement	6	9	2
22. N. ménages ayant reçu des indemnités de retraite de la part du Gouvernement	14	18	16
23. N. ménages ayant reçu d'autres transferts publics de la part du Gouvernement	11	10	1
24. N. de ménages ayant reçu des crédits de la part du Gouvernement	2	0	2
25. N. de ménages ayant reçu des transferts publics de la part du Gouvernement	9	13	2
26. N. de ménages ayant reçu de la nourriture de la part du Gouvernement	0	0	0
27. N. de ménages ayant reçu toute autre aide en nature de la part du Gouvernement	2	1	0
28. N. de ménages ayant reçu des emplois de la part du Gouvernement	0	0	0
29. N. de ménages ayant reçu toute autre forme d'aide de la part du Gouvernement	1	1	0

Ce tableau devrait aider à comprendre l'importance relative des stratégies déployées par les ménages et décrites dans les tableaux ci-après

Tableau 30: Indicateurs de bien-être des enfants par type de ménage selon le niveau d’instruction du Chef de ménage

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)			Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)			Ménages sans décès (type 3)		
	Analphabète	Primaire	Secondaire / Supérieur	Analp.	Prim.	Sec./ Sup	Analp.	Prim.	Sec./ Sup
N. d’enfants membres du ménage (EM) (1)	253	202	258	269	232	255	190	84	390
N. d’enfants de sexe masculin membres du ménage (2)	125	94	127	131	113	125	96	45	190
% d’enfants orphelins de père et de mère (proportion d’orphelins)	13,0	5,9	9,7	4,1	5,2	2,7	3,7	2,4	1,3
% EM qui sont décédés (sur le total des EM dans le ménage) de toute cause pendant la période d’observation (3)	3,1	2,4	2,3	1,1	0,4	0,4	0	0	0,2
% EM ayant été malade, quelle que soit la maladie, pendant la période d’observation (prévalance des maladies) (4)	40,7	51,5	46,5	38,3	43,5	39,6	37,4	31,0	41,0
% EM qui exerçaient une activité professionnelle pendant la période d’observation	6,3	3,5	3,5	6,7	4,3	3,9	7,9	3,8	3,6
% EM n’ayant pas pu avoir accès aux centres de santé alors qu’ils avaient un besoin des services de santé	47,8	41,5	51,2	34,2	26,3	20,0	46,8	21,8	19,1
% EM ayant été retirés de l’école	30,0	26,7	26,4	27,5	15,5	12,2	19,5	17,7	4,8
% EM ayant souffert de graves privations (malnutrition, injures, autres) (5)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	21h04mn	21h42mn	20h26mn	21h10mn	21h50mn	21h56mn	22h14mn	20h12mn	20h52mn
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	19h30mn	19h45mn	19h41mn	20h24mn	19h42mn	20h35mn	19h44mn	20h49mn	19h45mn
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	20h27mn	21h35mn	20h53mn	21h05mn	22h13mn	21h12mn	22h57mn	19h18mn	20h42mn
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	19h47mn	18h59mn	20h10mn	19h30mn	19h48mn	19h24mn	19h35mn	19h45mn	19h44mn
% EM ayant subi des discriminations quelle qu’en soit la raison (6)	0,4	0	0	0,4	0	0	0	0	0

(1)= Nombre d’Enfants membres des ménages de chaque type

(2)= Nombre d’Enfants de sexe masculin membres des ménages de chaque type

(3)= Cet élément peut être présenté de façon éclatée : % de décédés dus au VIH/SIDA et % de décédés dus aux autres causes de maladie

(4)= Cet élément peut être présenté de façon éclatée : % de malades dus au VIH/SIDA et % de malades dus aux autres causes de maladie

(5)= Noter que ces informations ne peuvent pas être fournies par le seul questionnaire. Préciser toute autre source d’informations utilisée

(6)= Se rapporte aux Enfants qui ont été contraints de quitter l’école ou interdits de jouer avec les autres enfants à cause de leur statut (ou celui de leurs parents) sérologique par rapport au VIH/SIDA

Tableau 31 : Indicateurs de bien-être des enfants par type de ménage selon les biens du ménage et par sexe des enfants. Dans le cas de ménages urbains, utilisez SVP pour la mesure de leurs biens des catégories appropriées de biens (logement, biens de production, terrains urbains, autres biens)

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)			Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)			Ménages sans décès (type 3)		
	Aucun bien	Logement	Equipement électro-ménager	Aucun bien	Logement	Equipement électro-ménager	Aucun bien	Logement	Equipement électro-ménager
N. d'enfants membres du ménage (EM) (1)	26	427	669	18	475	676	15	316	611
N. d'enfants de sexe masculin membres du ménage (2)	9	216	324	4	244	338	6	158	302
% d'enfants orphelins de père et de mère (proportion d'orphelins)	7,7	11,7	9,7	5,6	5,7	2,8	0	1,3	2,3
% EM qui sont décédés (sur le total des EM dans le ménage) de toute cause pendant la période d'observation (3)	3,8	1,9	2,2	0	0,6	0,6	0	0	0,2
% EM ayant été malade, quelle que soit la maladie, pendant la période d'observation (prévalance des maladies) (4)	50,0	49,4	44,2	22,2	40,4	38,9	46,7	38,6	39,3
% EM qui exerçaient une activité professionnelle pendant la période d'observation	0	4,4	3,9	16,7	6,1	4,4	0	6,6	4,9
% EM n'ayant pas pu avoir accès aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	57,7	44,2	46,3	16,7	25,7	26,2	100,0	37,0	26,8
% EM ayant été retirés de l'école	46,2	28,1	27,5	38,9	13,4	17,9	26,7	15,8	14,9
% EM ayant souffert de graves privations (malnutrition, injures, autres) (5)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	23h07	22h19	20h54	18h27	22h12	21h36	21h20	20h31	21h17
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	21h23	21h06	19h40	17h45	21h12	20h07	20h26	20h17	19h47
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	22h17	21h43	20h46	19h24	21h43	21h27	22h40	20h32	21h15
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	20h08	18h55	19h52	18h38	20h36	19h24	19h46	19h46	19h38
% EM ayant subi des discriminations quelle qu'en soit la raison (6)	3,8	0	0	0	0	0,1	0	0	0

Tableau 32: Indicateurs de bien-être des enfants par type de ménage selon le niveau du revenu du ménage

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)			Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)			Ménages sans décès (type 3)		
	Revenu faible	Revenu moyen	Revenu élevé	Revenu faible	Revenu moyen	Revenu élevé	Revenu faible	Revenu moyen	Revenu élevé
N. d'enfants membres du ménage (EM) (1)	345	237	177	211	421	116	283	247	145
N. d'enfants de sexe masculin membres du ménage (2)	170	124	74	108	206	52	149	114	75
% d'enfants orphelins de père et de mère (proportion d'orphelins)	4,9	11,4	21,5	6,6	3,1	3,4	3,9	0,8	0,7
% EM qui sont décédés (sur le total des EM dans le ménage) de toute cause pendant la période d'observation (3)	2,6	0,4	4,5	0,9	0,5	0	0,4	0	0
% EM ayant été malade, quelle que soit la maladie, pendant la période d'observation (prévalance des maladies) (4)	42,3	43,9	52,0	37,4	41,3	44,8	38,5	40,9	37,2
% EM qui exerçaient une activité professionnelle pendant la période d'observation	4,6	5,5	2,8	4,3	5,2	6,0	5,7	6,9	0
% EM n'ayant pas pu avoir accès aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	40,0	60,3	42,4	27,0	23,8	30,2	22,3	38,1	27,6
% EM ayant été retirés de l'école	24,6	38,0	16,9	9,5	22,8	14,7	7,1	27,9	13,1
% EM ayant souffert de graves privations (malnutrition, injures, autres) (5)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	21h22	20h23	20h55	22h33	21h23	20h45	20h52	21h20	21h53
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	19h56	19h14	19h28	21h12	19h58	19h54	20h10	19h26	19h54
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	21h39	19h40	20h09	22h34	20h56	21h16	21h03	21h08	21h32
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	20h43	18h50	19h40	20h51	18h50	20h16	19h50	19h46	18h54
% EM ayant subi des discriminations quelle qu'en soit la raison (6)	0	0	0	0	0,2	0	0	0	0

Tableau 33 : Indicateurs de bien-être des enfants par type de ménage selon le temps moyen journalier (TMJ) consacré aux activités familiales par les membres du ménage

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)			Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)			Ménages sans décès (type 3)		
	Temps minimal	Temps moyen	Temps substantiel	Temps minimal	Temps moyen	Temps substantiel	Temps minimal	Temps moyen	Temps substantiel
N. d'enfants membres du ménage (EM) (1)	566	41	26	559	65	27	530	45	17
N. d'enfants de sexe masculin membres du ménage (2)	286	10	11	292	22	12	280	8	11
% d'enfants orphelins de père et de mère (proportion d'orphelins)	11,5	19,5	15,4	5,0	1,5	3,7	2,5	2,2	0
% EM qui sont décédés (sur le total des EM dans le ménage) de toute cause pendant la période d'observation (3)	1,9	12,2	3,8	0,4	1,5	0	0,2	0	0
% EM ayant été malade, quelle que soit la maladie, pendant la période d'observation (prévalance des maladies) (4)	47,5	29,3	76,9	42,6	32,3	11,1	39,4	28,9	5,9
% EM qui exerçaient une activité professionnelle pendant la période d'observation	4,6	4,9	7,7	4,5	15,4	7,4	4,7	11,1	17,6
% EM n'ayant pas pu avoir accès aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	47,0	58,5	61,5	27,5	12,3	29,6	29,6	22,2	23,5
% EM ayant été retirés de l'école	24,0	29,3	38,5	16,1	18,5	25,9	15,5	26,7	17,6
% EM ayant souffert de graves privations (malnutrition, injures, autres) (5)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	21h05mn	18h00mn	23h38mn	22h12mn	14h24mn	23h10mn	21h31mn	17h28mn	16h50mn
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	20h09mn	17h17mn	21h50mn	21h31mn	13h41mn	20h30mn	20h30mn	16h32mn	15h40mn
% EM ayant subi des discriminations quelle qu'en soit la raison (6)	0,2	0	0	0	1,5	0	0	0	0

Tableau 34 : Indicateurs de bien-être des enfants par type de ménage selon l'aide ou les dons reçus par les ménages de la part du gouvernement (GVT), de la société civile (organisations non gouvernementales (ONG), des organisations religieuses (OR) et de la communauté (famille élargie ou voisins de quartier (FEV) et organisations à base communautaire (OBC)

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)				Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)				Ménages sans décès (type 3)			
	Aucune aide	OBC FEV	ONG OR	GVT	Aucune aide	OBC FEV	ONG OR	GVT	Aucune aide	OBC FEV	ONG OR	GVT
N. d'enfants membres du ménage (EM) (1)	231	372	160	65	286	416	54	77	378	179	51	51
N. d'enfants de sexe masculin membres du ménage (2)	117	183	81	32	139	211	31	31	180	96	29	25
% d'enfants orphelins de père et de mère (proportion d'orphelins)	10,8	10,8	16,2	4,6	5,6	3,6	0	1,3	1,1	4,5	13,7	0
% EM qui sont décédés (sur le total des EM dans le ménage) de toute cause pendant la période d'observation (3)	2,2	1,9	5,0	0	1,0	0,5	0	0	0	0	2,0	0
% EM ayant été malade, quelle que soit la maladie, pendant la période d'observation (prévalance des maladies) (4)	45,5	46,2	41,9	53,8	36,4	44,5	55,6	36,4	38,9	41,9	35,3	27,5
% EM qui exerçaient une activité professionnelle pendant la période d'observation	2,2	4,8	3,1	3,1	4,5	5,8	3,7	6,5	4,2	6,1	3,9	2,0
% EM n'ayant pas pu avoir accès aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	45,5	43,5	64,4	61,5	26,9	27,9	29,6	15,6	24,1	42,5	45,1	39,2
% EM ayant été retirés de l'école	22,9	23,4	36,3	15,4	16,4	20,0	13,0	10,4	13,2	25,7	29,4	15,7
% EM ayant souffert de graves privations (malnutrition, injures, autres) (5)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	20h18	21h30	22h21	21h10	20h49	21h47	23h14	23h20	20h46	21h06	22H17	23H14
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	19h34	20h24	19h43	20h58	20h21	19h50	22h26	20h01	19h21	20h05	19h55	21h39
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	21h04	20h52	21h11	22h43	20h57	21h24	22h50	22h48	21h21	20h16	22h04	22h21
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	19h53	19h31	18h47	20h32	19h58	19h15	20h48	18h48	19h41	20h20	19h49	18h56
% EM ayant subi des discriminations quelle qu'en soit la raison (6)	0	0	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableau 35 : Indicateurs de bien-être des enfants par type de ménage selon les différents types de transferts reçus par les ménages de la part du gouvernement (pr = pension de retraite, ae/o = allocation enfant/orphelin, ac = allocation chômage, atp = autres transferts publics)

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)				Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)				Ménages sans décès (type 3)			
	pr	ae/o	ac	atp	pr	ae/o	ac	atp	Pr	ae/o	ac	atp
N. d'enfants membres du ménage (EM) (1)	57	13	8	50	77	34	0	30	48	12	3	6
N. d'enfants de sexe masculin membres du ménage (2)	26	7	6	24	31	18	0	19	23	7	2	0
% d'enfants orphelins de père et de mère (proportion d'orphelins)	5,3	30,8	0	4,0	1,3	5,9	0	6,7	0	0	0	0
% EM qui sont décédés (sur le total des EM dans le ménage) de toute cause pendant la période d'observation (3)	0	7,7	0	2,0	0	0	0	0	0	0	0	0
% EM ayant été malade, quelle que soit la maladie, pendant la période d'observation (prévalance des maladies) (4)	59,6	15,4	12,5	32,0	36,4	41,2	0	36,7	29,2	16,7	0	50,0
% EM qui exerçaient une activité professionnelle pendant la période d'observation	3,5	7,7	0	2,0	6,5	0	0	13,3	2,1	8,3	0	0
% EM n'ayant pas pu avoir accès aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	56,1	7,7	100,0	78,0	15,6	44,1	0	16,7	41,7	0	0	0
% EM ayant été retirés de l'école	49,1	7,7	100,0	38,0	10,4	11,8	0	16,7	31,2	0	0	0
% EM ayant souffert de graves privations (malnutrition, injures, autres) (5)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	22h14	14h20	-	23h23	23h45	21h38	-	22h58	23h09	23h34	24h00	-
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	20h58	11h40	-	18h59	20h11	20h56	-	21h42	21h32	21h24	24h00	21h55
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	22h39	18h10	-	22h49	22h48	22h07	-	22h34	22h21	21h04	22h30	-
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	20h32	16h50	24h00	19h02	18h48	21h34	-	21h55	18h52	19h54	20h00	19h45
% EM ayant subi des discriminations quelle qu'en soit la raison (6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableau 36: Indicateurs de bien-être des enfants par type de ménage selon les différents types d'aide reçue par les ménages de la part du gouvernement (cf = crédit financier, ta = transfert d'argent, n = nourriture, a = autre aide en nature, e = emploi, a = autre forme d'aide)

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)						Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)						Ménages sans décès (type 3)					
	Aide en Espèces		Aide en nature		Autre aide		Aide en Espèces		Aide en nature		Autre aide		Aide en Espèces		Aide en nature		Autre aide	
	cf	ta	n	a	e	a	cf	ta	n	a	e	a	cf	ta	n	a	e	a
N. d'enfants membres du ménage (EM) (1)	14	50	0	4	0	7	0	51	0	5	0	4	8	9	0	0	0	0
N. d'enfants de sexe masculin membres du ménage (2)	4	27	0	2	0	3	0	29	0	4	0	3	3	5	0	0	0	0
% d'enfants orphelins de père et de mère (proportion d'orphelins)	0	2,0	-	0	-	0	-	2,0	-	0	-	0	0	0	-	-	-	-
% EM qui sont décédés (sur le total des EM dans le ménage) de toute cause pendant la période d'observation (3)	0	0	-	0	-	0	-	2,0	-	0	-	0	0	0	-	-	-	-
% EM ayant été malade, quelle que soit la maladie, pendant la période d'observation (prévalance des maladies) (4)	21,4	34,0	-	75,0	-	0	-	43,1	-	20,0	-	75,0	75,0	0	-	-	-	-
% EM ayant travaillé durant la période d'observation	0	6,0	-	0	-	14,3	-	3,9	-	20,0	-	0	12,5	11,1	-	-	-	-
% EM n'ayant pas pu avoir accès aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	42,9	74,0	-	0	-	100,0	-	7,8	-	100,0	-	0	0	0	-	-	-	-
% EM ayant été retirés de l'école	0	48,0	-	0	-	100,0	-	13,7	-	100,0	-	0	12,5	11,1	-	-	-	-
% EM ayant souffert de graves privations (malnutrition, injures, autres) (5)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	24h 00mn	19h 37mn	-	23h 40mn	-	23h 45mn	-	22h 17mn	-	23h 40mn	-	23h 00mn	24h 00mn	23h 36mn	-	-	-	-
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours ouvrables) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	23h 50mn	16h 07mn	-	21h 35mn	-	21h 10mn	-	21h 58mn	-	19h 17mn	-	22h 50mn	13h 00mn	20h 45mn	-	-	-	-
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Garçons	24h 00mn	22h 31mn	-	20h 30mn	-	23h 15mn	-	21h 14mn	-	21h 57mn	-	22h 00mn	24h 00mn	21h 30mn	-	-	-	-
Temps Moyen Journalier utilisé (les jours de repos) par les enfants dans les activités personnelles (jeux, études) – Filles	23h 10mn	18h 02mn	-	18h 30mn	-	23h 00mn	-	20h 54mn	-	19h 00mn	-	20h 00mn	22h 00mn	19h 45mn	-	-	-	-
% EM ayant subi des discriminations quelle qu'en soit la raison (6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableau 37 : Type de stratégies adoptées par les ménages de type1, de type 2 et de type 3 selon le niveau d'instruction du Chef de ménage

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)			Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)			Ménages sans décès (type 3)		
	Anal-phabète	Pri-maire	Second/Sup.	Anal-phabète	Pri-maire	Second/Sup.	Anal-phabète	Pri-maire	Second/Sup.
Stratégies durables									
% Ménages ayant réduit l'épargne	66,7	68,6	69,1	65,1	76,9	72,7	62,5	73,3	64,3
% Ménages ayant réduit les investissements nécessaires (constituant un besoin) (1)	10,0	7,1	4,3	15,0	15,4	9,1	5,9	14,3	16,7
% Ménages ayant réduit les dépenses de biens de consommation durables	19,2	0	7,7	11,8	16,7	22,7	11,8	33,3	17,5
% Ménages ayant vendu des biens non productifs (bijoux, autres objets non-essentiels)	7,1	0	12,5	0	0	14,3	0	0	0
% Ménages ayant augmenté le Temps Moyen Journalier consacré aux activités productives (2)	10,9	15,7	14,1	10,9	21,2	11,5	16,3	25,9	15,4
% Ménages ayant réduit le Temps Moyen Journalier consacré aux activités familiales et aux autres activités (3)	12,5	19,6	18,3	28,1	21,2	26,9	16,3	25,9	16,2
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies durables (prière de les spécifier)									
Stratégies partiellement durables									
% Ménages ayant des membres qui ont migré à l'extérieur à la recherche d'une opportunité d'emploi éloigné du lieu de résidence	9,4	13,7	16,9	10,9	17,3	11,5	12,2	11,1	11,1
% Ménages ayant placé des enfants dans des familles éloignées	12,5	21,6	15,5	10,9	17,3	11,5	6,1	7,4	10,3
% Ménages ayant un membre qui a quitté son emploi pour prendre soins d'autres membres du ménage qui sont malades	3,1	3,9	0	0	0	1,3	2,0	0	0,9
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies partiellement durables (prière de les spécifier)									
Stratégies non durables									
% Ménages ayant reçu de l'aide substantielle (en espèces ou en nature) d'une source quelconque (4)	79,7	60,8	73,2	64,1	61,5	64,1	40,8	40,7	30,8
% Ménages ayant emprunté de l'argent à des conditions non favorables	1,6	2,0	9,9	3,1	5,8	9,0	6,1	0	16,2
% Ménages ayant augmenté leurs revenus par la vente de biens du patrimoine (1)	21,9	15,7	11,3	10,9	17,3	10,3	16,3	14,8	7,7
% Ménages ayant réduit leurs dépenses de nourriture essentielle	28,6	33,3	24,3	34,9	19,2	18,4	8,2	14,8	12,1
% Ménages ayant retiré les enfants de l'école	28,1	25,5	23,9	23,4	13,5	10,3	20,4	3,7	15,4
% Ménages avec des membres n'ayant pas pu accéder aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	45,3	47,1	43,7	31,2	28,8	17,9	42,9	14,8	22,2
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies non durables (prière de les spécifier)									

(1) Cette entrée peut être spécifiée en termes de terres/terrains, animaux, logement, outils de production, véhicules.

(2) Les activités productives sont celles qui génèrent des revenus ainsi que celles destinées à la maintenance des biens de production. Cette entrée pourrait être mieux soulignée par l'introduction des éléments suivants : % Ménages ayant augmenté leurs revenus à partir des travailleurs salariés, % Ménages ayant augmenté leurs revenus résultant de l'auto-emploi, % Ménages ayant un membre qui travaille plus d'une heure par jour en heure supplémentaire dans le même emploi, % Ménages avec un membre ayant trouvé un emploi supplémentaire, % Ménages avec un membre ayant joint pour la première fois la force de travail, % Ménages ayant un membre qui a changé d'emploi pour un nouvel mieux rémunéré.

(3) Les activités familiales se réfèrent à : prendre soin des autres membres de la famille et des tâches ménagères, pendant que les autres activités personnelles incluant le repos, le sommeil, l'hygiène, les loisirs et les activités sociales de l'autre côté peuvent être spécifiées dans la vie sociale, communautaire, politique, religieuse et économique.

(4) Une aide substantielle pourrait être un don ou un prêt représentant au moins 2-3 % du revenu familial par an.

Tableau 38 : Type de stratégies adoptées par les ménages de type 1, de type 2 et de type 3 selon les biens du ménage. Dans le cas de ménages urbains, utilisez SVP pour la mesure de leurs biens des catégories appropriées de biens (logement, biens de production, terrains urbains, autres biens)

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)			Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)			Ménages sans décès (type 3)		
	Aucun bien	Logement	Equip. électroménager	Aucun bien	Logement	Equip. électroménager	Aucun bien	Logement	Equip. électroménager
Stratégies durables									
% Ménages ayant réduit l'épargne	100,0	53,8	68,5	66,7	50,0	74,2	60,0	50,0	65,7
% Ménages ayant réduit les investissements nécessaires (constituant un besoin) (1)	0	0	7,5	0	20,0	10,6	0	20,0	10,9
% Ménages ayant réduit les dépenses de biens de consommation durables	100,0	0	8,3	0	0	20,9	0	0	19,0
% Ménages ayant vendu des biens non productifs (bijoux, autres objets non-essentiels)	0	0	7,7	0	0	4,8	0	0	0
% Ménages ayant augmenté le Temps Moyen Journalier consacré aux activités productives (2)	28,6	0	12,9	16,7	30,8	11,6	16,7	8,3	16,8
% Ménages ayant réduit le Temps Moyen Journalier consacré aux activités familiales et aux autres activités (3)	14,3	27,8	14,0	16,7	38,5	22,7	33,3	16,7	15,6
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies durables (prière de les spécifier)									
Stratégies partiellement durables									
% Ménages ayant des membres qui ont migré à l'extérieur à la recherche d'une opportunité d'emploi éloigné du lieu de résidence	0	14,0	12,3	0	14,3	12,8	16,7	14,6	12,7
% Ménages ayant placé des enfants dans des familles éloignées	42,9	12,1	16,4	33,3	11,8	11,6	16,7	6,7	9,2
% Ménages ayant un membre qui a quitté son emploi pour prendre soins d'autres membres du ménage qui sont malades	0	0,9	1,8	0	0,8	0,6	0	1,1	1,2
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies partiellement durables (prière de les spécifier)									
Stratégies non durables									
% Ménages ayant reçu de l'aide substantielle (en espèces ou en nature) d'une source quelconque (4)	100,0	83,3	70,2	66,7	69,2	62,8	66,7	33,3	33,5
% Ménages ayant emprunté de l'argent à des conditions non favorables	0	0	5,3	16,7	0	7,0	0	0	12,7
% Ménages ayant augmenté leurs revenus par la vente de biens du patrimoine (1)	0	11,1	15,2	0	15,4	12,8	0	0	12,1
% Ménages ayant réduit leurs dépenses de nourriture essentielle	50,0	11,1	27,2	20,0	46,2	21,2	0	9,1	11,6
% Ménages ayant retiré les enfants de l'école	42,9	28,0	25,1	16,7	11,8	15,1	16,7	14,6	13,9
% Ménages avec des membres n'ayant pas pu accéder aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	57,1	55,6	42,7	16,7	23,1	23,8	66,7	33,3	24,3
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies non durables (prière de les spécifier)									

Tableau 39 : Type de stratégies adoptées par les ménages de type1, de type 2 et de type 3 selon le niveau du revenu du ménage

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)			Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)			Ménages sans décès (type 3)		
	Revenu faible	Revenu moyen	Revenu élevé	Revenu faible	Revenu moyen	Revenu élevé	Revenu faible	Revenu moyen	Revenu élevé
Stratégies durables									
% Ménages ayant réduit l'épargne	66,7	71,4	64,9	81,1	69,4	62,2	72,6	64,3	55,8
% Ménages ayant réduit les investissements nécessaires (constituant un besoin) (1)	0	16,7	8,0	15,0	4,8	25,0	18,2	16,7	15,4
% Ménages ayant réduit les dépenses de biens de consommation durables	10,0	13,3	7,7	33,3	12,0	11,1	29,6	13,6	6,2
% Ménages ayant vendu des biens non productifs (bijoux, autres objets non-essentiels)	0	0	9,1	0	8,3	0	0	0	0
% Ménages ayant augmenté le Temps Moyen Journalier consacré aux activités productives (2)	9,9	20,8	8,1	18,4	10,9	11,8	15,7	13,6	18,5
% Ménages ayant réduit le Temps Moyen Journalier consacré aux activités familiales et aux autres activités (3)	14,1	22,6	12,2	24,5	25,0	27,5	21,4	10,2	18,5
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies durables (prière de les spécifier)									
Stratégies partiellement durables									
% Ménages ayant des membres qui ont migré à l'extérieur à la recherche d'une opportunité d'emploi éloigné du lieu de résidence	7,0	20,8	12,2	12,2	15,2	9,8	12,9	13,6	9,2
% Ménages ayant placé des enfants dans des familles éloignées	14,1	11,3	21,6	10,2	12,0	15,7	5,7	8,5	10,8
% Ménages ayant un membre qui a quitté son emploi pour prendre soins d'autres membres du ménage qui sont malades	0	0	5,4	0	1,1	0	2,9	0	0
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies partiellement durables (prière de les spécifier)									
Stratégies non durables									
% Ménages ayant reçu de l'aide substantielle (en espèces ou en nature) d'une source quelconque (4)	76,1	73,6	68,9	57,1	64,1	68,6	34,3	37,3	35,4
% Ménages ayant emprunté de l'argent à des conditions non favorables	5,6	3,8	4,1	4,1	8,7	5,9	11,4	20,3	3,1
% Ménages ayant augmenté leurs revenus par la vente de biens du patrimoine (1)	9,9	18,9	14,9	8,2	13,0	15,7	12,9	6,8	12,3
% Ménages ayant réduit leurs dépenses de nourriture essentielle	22,9	15,1	38,4	14,9	21,7	32,0	10,1	13,8	10,8
% Ménages ayant retiré les enfants de l'école	26,8	37,7	14,9	10,2	17,4	15,7	7,1	27,1	12,3
% Ménages avec des membres n'ayant pas pu accéder aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	42,3	56,6	37,8	22,4	25,0	25,5	20,0	37,3	24,6
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies non durables (prière de les spécifier)									

Tableau 40 : Type de stratégies adoptées par les ménages de type 1, de type 2 et de type 3 selon l'aide ou les dons reçus par les ménages de la part du gouvernement (GVT), de la société civile (organisations non gouvernementales (ONG), des organisations religieuses (OR) et de la communauté (famille élargie ou voisins de quartier (FEV) et organisations à base communautaire (OBC)

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)				Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)				Ménages sans décès (type 3)			
	Aucune aide	OBC FEV	ONG OR	GVT	Aucune aide	OBC FEV	ONG OR	GVT	Aucune aide	OBC FEV	ONG OR	GVT
Stratégies durables												
% Ménages ayant réduit l'épargne	82,0	57,6	47,8	77,8	70,6	72,4	80,0	77,8	65,9	59,0	83,3	61,5
% Ménages ayant réduit les investissements nécessaires (constituant un besoin) (1)	5,9	3,2	12,5	50,0	22,2	7,4	25,0	0	12,5	16,7	50,0	0
% Ménages ayant réduit les dépenses de biens de consommation durables	0	13,3	30,0	0	46,2	7,7	0	14,3	20,0	0	66,7	33,3
% Ménages ayant vendu des biens non productifs (bijoux, autres objets non-essentiels)	11,1	6,3	0	0	5,9	0	0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant augmenté le Temps Moyen Journalier consacré aux activités productives (2)	5,1	15,7	10,3	13,3	13,5	14,1	7,1	22,2	19,3	7,5	20,0	11,8
% Ménages ayant réduit le Temps Moyen Journalier consacré aux activités familiales et aux autres activités (3)	8,5	15,7	23,1	33,3	18,9	25,6	64,3	33,3	14,9	20,0	40,0	11,8
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies durables (prière de les spécifier)												
Stratégies partiellement durables												
% Ménages ayant des membres qui ont migré à l'extérieur à la recherche d'une opportunité d'emploi éloigné du lieu de résidence	13,6	12,0	12,8	20,0	10,8	12,4	6,3	27,8	12,3	11,3	0	23,5
% Ménages ayant placé des enfants dans des familles éloignées	11,9	14,0	30,8	13,3	9,5	13,3	12,5	5,6	7,0	11,3	0	23,5
% Ménages ayant un membre qui a quitté son emploi pour prendre soins d'autres membres du ménage qui sont malades	1,7	2,0	5,1	0	0	1,0	0	0	0	1,9	10,0	0
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies partiellement durables (prière de les spécifier)												
Stratégies non durables												
% Ménages ayant reçu de l'aide substantielle (en espèces ou en nature) d'une source quelconque (4)	-	90,0	94,9	80,0	-	84,8	100,0	77,8	-	62,3	70,0	35,3
% Ménages ayant emprunté de l'argent à des conditions non favorables	3,4	3,0	2,6	13,3	10,8	3,8	0	0	14,0	7,5	0	17,6
% Ménages ayant augmenté leurs revenus par la vente de biens du patrimoine (1)	15,3	16,0	15,4	6,7	23,0	7,6	12,5	5,6	6,1	18,9	30,0	5,9
% Ménages ayant réduit leurs dépenses de nourriture essentielle	23,7	27,6	26,3	20,0	18,1	27,6	31,2	33,3	8,8	13,2	20,0	11,8
% Ménages ayant retiré les enfants de l'école	22,0	23,0	35,9	53,3	13,5	17,1	12,5	11,1	10,5	26,4	0	29,4
% Ménages avec des membres n'ayant pas pu accéder aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	40,7	44,0	64,1	60,0	28,4	23,8	25,0	16,7	22,8	41,5	40,0	35,3
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies non durables (prière de les spécifier)												

Tableau 41 : Type de stratégies adoptées par les ménages de type 1, de type 2 et de type 3 selon les différents types de transferts reçus par les ménages de la part du gouvernement (pr = pension de retraite, ae/o = allocation enfant/orphelin, ac = allocation chômage, atp = autres transferts publics)

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)				Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)				Ménages sans décès (type 3)			
	pr	ae/o	ac	atp	pr	ae/o	ac	atp	pr	ae/o	ac	atp
Stratégies durables												
% Ménages ayant réduit l'épargne	77,8	75,0	0	75,0	77,8	80,0	0	60,0	58,3	100,0	100,0	100,0
% Ménages ayant réduit les investissements nécessaires (constituant un besoin) (1)	50,0	0	0	0	0	0	0	33,3	0	0	0	0
% Ménages ayant réduit les dépenses de biens de consommation durables	0	0	0	20,0	14,3	0	0	50,0	50,0	100,0	0	0
% Ménages ayant vendu des biens non productifs (bijoux, autres objets non-essentiels)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant augmenté le Temps Moyen Journalier consacré aux activités productives (2)	14,3	20,0	0	18,2	26,7	11,1	0	10,0	12,5	50,0	0	0
% Ménages ayant réduit le Temps Moyen Journalier consacré aux activités familiales et aux autres activités (3)	35,7	20,0	0	27,3	40,0	44,4	0	20,0	12,5	50,0	0	0
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies durables (prière de les spécifier)												
Stratégies partiellement durables												
% Ménages ayant des membres qui ont migré à l'extérieur à la recherche d'une opportunité d'emploi éloigné du lieu de résidence	21,4	0	0	27,3	27,8	11,1	0	0	25,0	0	0	0
% Ménages ayant placé des enfants dans des familles éloignées	14,3	16,7	0	9,1	5,6	11,1	0	10,0	25,0	0	0	0
% Ménages ayant un membre qui a quitté son emploi pour prendre soins d'autres membres du ménage qui sont malades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies partiellement durables (prière de les spécifier)												
Stratégies non durables												
% Ménages ayant reçu de l'aide substantielle (en espèces ou en nature) d'une source quelconque (4)	78,6	66,7	100,0	81,8	77,8	100,0	0	100,0	37,5	100,0	0	0
% Ménages ayant emprunté de l'argent à des conditions non favorables	14,3	0	0	9,1	0	11,1	0	10,0	12,5	0	100,0	0
% Ménages ayant augmenté leurs revenus par la vente de biens du patrimoine (1)	7,1	16,7	0	9,1	5,6	0	0	20,0	6,3	50,0	0	0
% Ménages ayant réduit leurs dépenses de nourriture essentielle	14,3	66,7	100,0	72,7	35,3	22,2	0	30,0	13,3	0	0	0
% Ménages ayant retiré les enfants de l'école	50,0	16,7	0	27,3	11,1	11,1	0	10,0	31,2	0	0	0
% Ménages avec des membres n'ayant pas pu accéder aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	57,1	16,7	0	54,5	16,7	33,3	0	10,0	37,5	0	0	0
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies non durables (prière de les spécifier)												

Tableau 42 : Type de stratégies adoptées par les ménages de type 1, de type 2 et de type 3 selon les différents types d'aide reçue par les ménages de la part du gouvernement (cf = crédit financier, ta = transfert d'argent, n = nourriture, a = autre aide en nature, e = emplois, a = autre forme d'aide)

	Ménages avec décès dû au SIDA (type 1)						Ménages avec décès dû à une autre maladie (type 2)						Ménages sans décès (type 3)					
	Aide en Espèces		Aide en nature		Autre aide		Aide en Espèces		Aide en nature		Autre aide		Aide en Espèces		Aide en nature		Autre aide	
	cf	ta	n	a	e	a	cf	ta	n	a	e	a	cf	ta	n	a	e	a
Stratégies durables																		
% Ménages ayant réduit l'épargne	100	100	0	0	0	100	0	83,3	0	0	0	100	50,0	100	0	0	0	0
% Ménages ayant réduit les investissements nécessaires (constituant un besoin) (1)	0	0	0	0	0	0	0	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant réduit les dépenses de biens de consommation durables	0	20,0	0	0	0	100	0	33,3	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0
% Ménages ayant vendu des biens non productifs (bijoux, autres objets non-essentiels)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant augmenté le Temps Moyen Journalier consacré aux activités productives (2)	0	37,5	0	50,0	0	0	0	7,7	0	0	0	0	50,0	50,0	0	0	0	0
% Ménages ayant réduit le Temps Moyen Journalier consacré aux activités familiales et aux autres activités (3)	0	37,5	0	50,0	0	0	0	23,1	0	100	0	0	0	50,0	0	0	0	0
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies durables (prière de les spécifier)																		
Stratégies partiellement durables																		
% Ménages ayant des membres qui ont migré à l'extérieur à la recherche d'une opportunité d'emploi éloigné du lieu de résidence	50,0	22,2	0	0	0	0	0	15,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant placé des enfants dans des familles éloignées	50,0	0	0	50,0	0	0	0	7,7	0	0	0	0	50,0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant un membre qui a quitté son emploi pour prendre soins d'autres membres du ménage qui sont malades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies partiellement durables (prière de les spécifier)																		
Stratégies non durables																		
% Ménages ayant reçu de l'aide substantielle (en espèces ou en nature) d'une source quelconque (4)	100	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	100	100	0	0	0	0
% Ménages ayant emprunté de l'argent à des conditions non favorables	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	0	0	0	0	0
% Ménages ayant augmenté leurs revenus par la vente de biens du patrimoine (1)	0	0	0	50,0	0	0	0	7,7	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant réduit leurs dépenses de nourriture essentielle	0	55,6	0	100	0	100	0	30,8	0	100	0	0	50,0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant retiré les enfants de l'école	0	33,3	0	0	0	100	0	7,7	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0
% Ménages avec des membres n'ayant pas pu accéder aux centres de santé alors qu'ils avaient un besoin des services de santé	50,0	66,7	0	0	0	100	0	7,7	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0
% Ménages ayant adopté d'autres stratégies non durables (prière de les spécifier)																		

ANNEXE B: Indicateurs sociaux de base par ministère

SANTE						
	1985	1990	1995	2000	2005	2010
1. Life expectancy at birth		52	51	47		
2. infant mortality rate	97	93	89	112		
3. infant mortality rate due to AIDS						
4. under 5 mortality rate	150	149	150	171		
5. under 5 mortality rate due to AIDS						
6. % infants with low birth weight (less than 2,500 grams)			14			
7. % children under 5 suffering from moderate-severe wasting (below -2 stand. Deviations for height of reference population)			8.3			
8. DPT3 immunisation coverage (proportion of one-year-old children immunised against diphtheria, pertussis, and tetanus with 3 doses)			51	62		
9. Measles immunisation coverage			53	62		
10. ORT use (percentage of all cases of diarrhoea in children under 5 treated with oral rehydration salts and/or recommended home solution)			19.8	35.6		
11. Proportion of women 15-49 who attended at least once during pregnancy by skilled (doctor, nurse, midwife) health personnel			83	88		
12. proportion of births attended by skilled (doctor, nurse, midwife) health personnel			45	63		
EDUCATION						
	1985	1990	1995	2000	2005	2010
1. Primary school female gross enrolment ratios (ratios of total enrolments, regardless of age, over the population of the age group that officially corresponds to primary education)	59.3	55.6	58.4			
2. Primary school male gross enrolment ratios	84.1	78.5	79.5			
3. Secondary school female gross enrolment ratios	11.8	14.3	15.5			
4. Secondary school male gross enrolment ratios	27.5	29.8	30.5			
5. Survival rates in primary schools by grade (% of a cohort of pupils enrolled in the first grade of primary education in a given school-year who are expected to reach each successive grades)	73	70	74			
6. Repetition rates in primary schools by grade (% of pupils from a cohort enrolled in a given grade of primary education in a given school-year who study in the same grade in the following school-year)	49.6	47.9	39.9			
7. Pupil-teacher ratio in primary school	37	37	41			
8. Pupil-teacher ratio in secondary school	17	18	27			
AFFAIRES SOCIALES						
	1985	1990	1995	2000	2005	2010
1. Maternal or double orphan children (as % of children less than 15 years old)		6.1	7.4	8.6	9.9	10.7
2. Maternal or double orphan children from AIDS (as % of maternal or double orphan children)		36.2	50.7	92.7	19.7	78.0
3. Children abandoned (living with neither parents) (as % of children less than 15 years old)			14.4			