

ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



Numéro 11

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF**

Santé et bien-être des enfants dans le contexte du VIH/SIDA en Afrique : l'exemple des enfants de Côte d'Ivoire

A.D. BLIBOLO*, J.H. PÉGATIÉANAN*, S. ABBAS* et B. GBAYORO**

* Ministère du Plan, ** UNICEF, Abidjan, Côte d'Ivoire

Introduction et contexte

Le présent article a été écrit à partir de l'étude intitulée « Impact socio-économique à long terme du VIH/SIDA sur les enfants et les politiques de réponse. Le cas de la Côte d'Ivoire » (Pégatiéanan, Blibolo, 2000). Cette étude s'est inscrite dans le cadre d'un projet de recherche international coordonné par le centre de Recherche d'Innocenti (Florence, Italie) de l'UNICEF et exécuté dans une douzaine de pays d'Afrique et d'Asie dont la Côte d'Ivoire. Ce projet de recherche visait à permettre la comparaison entre les pays pris deux à deux de l'efficacité des politiques publiques et des réponses des communautés en matière de prévention, de traitement et d'atténuation de l'impact socio-économique du VIH/SIDA, en tenant compte de son niveau de prévalence. Cet article a pour objectif de montrer l'impact du VIH/SIDA sur le bien-être de l'enfant et de décrire les moyens mis en œuvre pour l'atténuer et améliorer les conditions sanitaires et socio-économiques des enfants infectés et/ou affectés en Côte d'Ivoire.

La méthodologie de l'étude initiale comporte deux niveaux complémentaires de recueil de données. D'une part, on a rassemblé 3 types de données : une revue documentaire, une analyse de données secondaires issues de recensements de la population (RGPH98, EDS94-98, MICS2000, etc...), et des données de routine de 3 ministères. D'autre part une collecte de données sur le terrain a été réalisée à partir d'une enquête socio-économique auprès des ménages, ainsi que des entretiens avec des acteurs de terrain et des responsables des ministères de l'éducation, de la santé et des affaires sociales.

S'agissant de l'enquête socio-économique, le ménage a été l'unité d'observation, et trois types de ménages ont été définis, à savoir : ménage (type 1) ayant enregistré un décès d'adulte lié au VIH/SIDA dans les 24 derniers mois ; ménage (type 2) où il y a eu un décès d'adulte non lié au VIH/SIDA dans les 24 derniers mois ; et ménage (type 3) n'ayant enregistré aucun décès dans les 24 derniers mois. 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 VIH du défunt. Cette difficulté a été contournée en sollicitant l'assistance d'ONG en charge des personnes vivant avec le VIH (le CASM¹ à Abidjan, le RSB à Bouaké, le CIDV à Korhogo). L'enquête auprès des ménages devant être faite nécessairement à domicile pour constater *de visu* les caractéristiques et l'environnement du ménage, l'avantage pratique de ces ONG a résidé dans leur fréquentation régulière, à domicile, des familles infectées et affectées. Pour chacun des trois types de ménage, 200 unités ont été sélectionnées, soit un total de 600 ménages sélectionnés, non pas par tirage aléatoire (la programmation ne permettait pas de le faire), mais par tirage raisonné², dont 300 dans tous les quartiers d'Abidjan et 300 à l'intérieur du pays. L'étude étant la composante ivoirienne d'un projet international, un questionnaire préalablement conçu par le coordonnateur du projet au centre de Recherche d'Innocenti de l'UNICEF comprenait les thèmes suivants: (i) le cadre d'information sur le ménage ; (ii) les caractéristiques socio-démographiques des membres du ménage ; (iii) le

¹ La liste des acronymes et leur signification se trouve en annexe.

² En tenant compte du fait que l'on a choisi les ménages où un décès dû au SIDA avait été identifié, ou un décès par autre cause.

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 mois ; (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'œuvre 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'équipe ivoirienne n'a pu que l'adapter aux réalités locales.

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 par les pouvoirs publics en vue de lutter contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

1. Évolution passée et future de l'incidence du VIH/SIDA et de la mortalité liée au SIDA

Le terme incidence, lorsqu'il est utilisé comme indicateur de santé, renvoie aux nouveaux cas de malades infectés dans une population et au cours d'une période déterminées. Ici, le terme est utilisé pour l'impact ou les effets de l'infection à VIH/SIDA.

1.1 Les tendances générales de l'évolution de la séroprévalence du VIH

La Côte d'Ivoire est le pays le plus touché par le VIH en Afrique de l'Ouest avec une prévalence de 10% en 2001. Les deux premiers cas de SIDA en Côte d'Ivoire ont été déclarés en 1985, tardivement par rapport aux pays de l'Afrique de l'Est et du Centre (CIDEF/UE/MSPAS, 1997). Le nombre de cas de SIDA notifiés par la Côte d'Ivoire a rapidement augmenté (Graphique 1). À la fin de l'année 1999, 52 000 cas cumulés de SIDA ont été officiellement notifiés. Cependant, les experts s'accordent à reconnaître qu'il y a à la fois une sous-évaluation de la prévalence de la maladie due à une sous-notification du nombre de cas de SIDA : seul un cas d'infection de SIDA sur 17 est effectivement déclaré (Kadio-Morokro et Coulibaly, 1999). Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le pays est estimé à un million en 2000 contre 800 000 en 1998. En 2001, l'ONUSIDA estimait à 300 000 le nombre d'orphelins du VIH. En 2005, on s'attend à une diminution de l'espérance de vie de 19% et à une augmentation du taux brut de mortalité de 53% attribuables à l'infection à VIH. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 20% des cas notifiés.

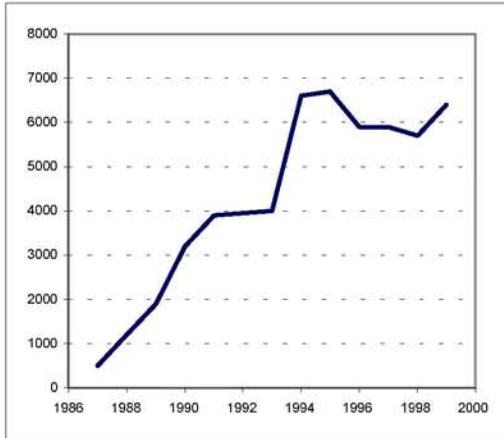
Au début de l'épidémie, les hommes étaient plus atteints que les femmes. Par la suite, le ratio hommes/femmes a fortement baissé (Graphique 2) ; de tous les cas notifiés en 1997, 55% étaient de sexe masculin contre 45% de sexe féminin (Kadio-Morokro et Coulibaly, 1999) ; en 1999, le processus d'équilibre s'est poursuivi avec un rapprochement des proportions, 53,6% pour les hommes et 46,4% pour les femmes (Ministère de la santé publique/Projet RETRO-CI, 2000). Aujourd'hui, on peut dire que l'épidémie s'est féminisée en une quinzaine d'années : le ratio H/F est passé de près de 5 en 1987 à 1,2 en 1999. En Afrique, les femmes étant quasi seules chargées des soins et de l'éducation des enfants et des jeunes, le SIDA fragilise donc la situation sociale déjà précaire des enfants en s'attaquant aux femmes.

Enfin, la prévalence de VIH est estimée à 7,2% chez les filles enceintes âgées de 10 à 14 ans (Kassim et al. 1997).

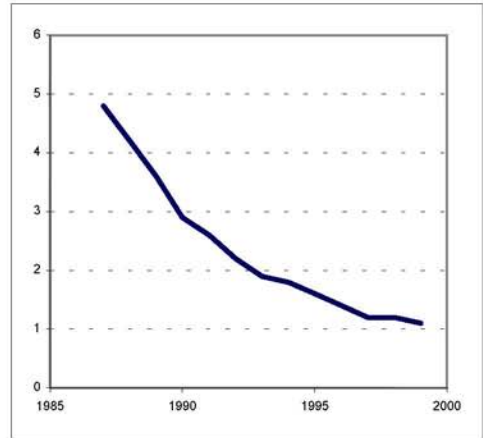
Paradoxalement, chez les prostituées qui constituent le groupe le plus atteint par le VIH/SIDA, la tendance est à la baisse lorsqu'on prend les deux variétés de virus que sont le VIH1 et le VIH2 (Greenberg et al., 1997 ; Ghys et al., 1997 ; Diallo et al., 1997).

Le taux de prévalence à VIH est également élevé parmi les enfants malnutris : entre 36,5% et 45% des enfants souffrant d'un retard de croissance sont infectés (Beau et Imboua-Coulibaly, 1997).

GRAPHIQUE 1 : NOMBRE DE CAS DE SIDA NOTIFIÉS PAR AN EN CÔTE D'IVOIRE



GRAPHIQUE 2 : SEX-RATIO POUR LES CAS DE SIDA NOTIFIÉS EN CÔTE D'IVOIRE



Source : Ministère de la Santé publique/Projet RETRO-CI,2000.

1.2 L'évolution de la mortalité due au SIDA

Le SIDA est aujourd'hui la première cause de mortalité chez les adultes, avant le paludisme et les accidents de la route ; il est la deuxième cause de sortie de carrière des enseignants après la retraite (BNETD, 2000). Le proportion de décès parmi les enfants infectés varie selon les études mais se situe à un niveau élevé : 19,6% pour les enfants âgés de 1 à 14 ans (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 générale et l'espérance de vie à la naissance, comme le montre le tableau 1. En 2000, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 51,6 ans avec le SIDA alors qu'elle devrait se situer à 58,6 ans sans le SIDA, soit sept années soustraites par la pandémie (BNETD, 2000).

TABLEAU 1 : 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)

Au regard de ce qui précède, on peut faire les constats suivants : (i) le taux de séroprévalence a augmenté à un rythme rapide (environ 14% par an) depuis 1985 pour

atteindre le niveau de 10% en fin de l'année 2000 ; (ii) le SIDA est la première cause de décès des adultes et la deuxième cause de sortie de carrière des enseignants dont 60% meurent du SIDA ; (iii) les prostituées constituent le groupe le plus atteint par les MST et le VIH/SIDA ; cependant, au sein de ce groupe, le taux de prévalence des MST et du VIH est en baisse suite aux actions de prévention ; (iv) le taux d'infection est généralement très mal connu chez les jeunes alors que la précocité des rapports sexuels augmente et que, dans leur grande majorité, ces rapports ne sont pas protégés ; (v) le taux de prévalence très élevé chez les enseignants est préoccupant à cause de la désorganisation du système éducatif qu'il engendre.

L'idée qui se dégage à terme est que, en dépit des progrès déjà réalisés, la dimension de la pandémie n'est pas entièrement mesurée au niveau de certains groupes importants qui jouent un rôle décisif dans la propagation de la pandémie, à cause des limites des systèmes d'information existants. En conséquence, les connaissances sont limitées ou inexistantes au sujet du taux de prévalence du VIH chez les jeunes (notamment les jeunes ruraux), les migrants agricoles, les routiers, les enseignants et les agents de sécurité. On ne sait rien non plus de l'impact de la pandémie en milieu rural, en général, et sur la production agricole, en particulier.

2. Actions de l'État et des communautés en matière de prévention du VIH/SIDA

Face à la menace du VIH/SIDA, des actions de prévention ont été mises en œuvre par l'État 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. 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. Eba³, 1995). Ce n'est en effet que 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, 1998). L'année 1987 est donc une étape importante 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 là. Depuis, de réels efforts ont été faits par l'État et par les ONG pour la prévention des différentes formes de transmission du VIH :

- la transmission hétérosexuelle (préservatifs, prostitution, IST),
- la transmission par transfusion sanguine,
- la transmission du VIH de la mère à l'enfant,
- la transmission nosocomiale par le matériel de soins.

De multiples activités de séro-surveillance et de recherches scientifiques ont été réalisées. Des mesures juridiques visant à réduire la discrimination des personnes infectées et affectées ont également été initiées.

2.1 Les actions préventives de la transmission hétérosexuelle du VIH

En Côte d'Ivoire, le VIH se transmet principalement à l'occasion des relations hétérosexuelles. L'IEC (Information, Éducation, Communication), l'utilisation des préservatifs et la prise en charge des IST sont les principaux moyens utilisés pour la prévention. L'une des insuffisances de ces actions d'IEC réside dans le fait qu'elles se limitent aux grandes zones

³ Selon le Professeur EBA.A de la Clinique des Maladies Infectieuses, les autorités politiques avaient opté au départ pour le silence au sujet du SIDA dans le pays. Il a fait cette révélation lors de l'installation officielle du président du Comité Local de Lutte Contre le Sida de Bonoua en 1990.

urbaines et ne sont pas pérennisées. De plus, ces actions ont rarement visé les jeunes de façon spécifique : la CESAM, cellule estudiantine 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 ont presque tous disparu 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 d'IEC ciblant spécialement ces agents. Enfin, malgré quelques informations relatives à la connaissance du SIDA attribuables aux actions d'IEC auprès des populations, il est difficile d'évaluer leur portée réelle en terme de changements de comportements à risques. Ceci fait croire, à tort ou à raison, que les actions d'IEC 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 d'IEC.

2.2 Évolution de l'utilisation des préservatifs et prévention du VIH/SIDA

Les données épidémiologiques du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire montrent que les jeunes sont fortement touchés par cette infection. Il importe alors de savoir si les jeunes sexuellement actifs se protègent contre la maladie en utilisant les préservatifs. En Côte d'Ivoire, une ONG internationale, PSI (Population Service International) a été chargée de faire le marketing social des préservatifs. Cette ONG s'efforce de les rendre disponible partout dans le pays au coût réduit de 25 FCFA l'unité. Le tableau 2 indique que le nombre de préservatifs vendus par PSI est passé de 1 800 000 en 1991 à 20 000 000 en 2000. Il y a donc un accroissement considérable de la quantité de condoms vendus entre ces deux périodes.

TABLEAU 2 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PRÉSERVATIFS VENDUS PAR L'ONG PSI DE 1991 À

| Année | 1991 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|--------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Préservatifs | 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.

Des études ont montré que l'activité sexuelle débute à 12 ans chez des jeunes en Côte d'Ivoire (Dédéy et Tapé 1995) et que la proportion de célibataires 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 condoms vendus en 2000 à ce nombre de célibataires que l'on peut considérer comme 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 a acheté 1 préservatif par trimestre en 2000 malgré la précocité sexuelle des jeunes⁴.

2.3 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 et al., 1999). Des essais cliniques visant à réduire la transmission verticale du VIH (régime court d'AZT) ont été menés dans le pays. Ces essais sont les seules actions de prévention du VIH/SIDA ciblant les enfants. Ils indiquent qu'une réduction de la transmission mère-enfant de

⁴ 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, probablement à cause de leur coût exorbitant. Ce sont donc uniquement les préservatifs masculins qui sont utilisés.

l'ordre de 37 à 50% est possible. Actuellement, il est question d'améliorer et d'étendre cette stratégie de prévention à tous les services de consultations prénatales du pays. Dans la perspective d'extension de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (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 en train 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 diagnostique des centres de santé en vue de vulgariser la PTME. Un programme National de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été élaboré et attend donc 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 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. En définitive c'est seulement depuis peu, après les essais DITRAME (ANRS) et RETROCI (CDC Atlanta), que le gouvernement ivoirien est en train de mettre en œuvre un début de stratégie pour généraliser la prévention de la transmission mère-enfant (PTME.). La tendance est actuellement à l'utilisation de la Névirapine en remplacement de l'AZT qui, semble-t-il, est plus coûteux. Ce souhait n'est pas encore devenu réalité dans tout le pays et le régime à base de l'AZT est toujours en cours. Mais quelques initiatives isolées à base de la Névirapine sont prises depuis peu.

La prévention des IST 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 modules de formation (des enseignants, des élèves du primaire, etc.). Pour d'autres, il faut plutôt cibler les jeunes (et non les enfants), d'où des activités de lutte contre les IST et le SIDA en milieu scolaire (CESAM) et universitaire (CRISE). Actuellement, l'intention de sensibiliser les enfants avant leurs premières expériences sexuelles est manifeste. Des projets de recherche et expériences pilotes pour étudier la meilleure approche sont en cours. Mais les premières interventions à plus grande échelle n'ont pas encore été mises en route. Toutefois, les jeunes constituent l'un des quatre groupes de populations à risques auprès desquels le Plan National Stratégique 2000-2004 souhaite prioritairement des interventions.

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

3.1 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. Ces ménages renferment plus d'enfants, moins d'adultes et plus de personnes âgées et de femmes que les autres ménages et particulièrement les ménages sans décès, ce qui implique que son taux de dépendance est plus élevé.

Le revenu annuel du MDS est estimé à 387 234 FCFA, ce qui représente 89,5% du revenu du ménage ayant eu un décès du à une maladie autre que le SIDA (désigné MDNS) et 84,6% du revenu du ménage n'ayant pas eu de décès (désigné MND). Ils sont composés à 54% de personnes économiquement dépendantes (enfants, personnes âgées, et femmes). Ce sont donc des ménages plus vulnérables que les autres sur le plan économique. En résumé, le MDS a une structure démographique différente des autres, notamment le taux de dépendance y est plus élevé. Son revenu est de 11 à 15% inférieur à celui des autres, à mettre en relation avec une proportion plus grande de membres peu ou pas instruits. À ce moindre capital humain, s'ajoute un capital physique plus faible et des conditions de vie plus défavorables. Globalement, les conditions de revenu et de vie du MDS sont plus précaires et 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.

TABLEAU 3 : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES INTERVIEWÉS

| | 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 | 202 | 196 | 196 |
| Nombre total des membres de ménage | 1 592 | 1 662 | 1 527 |
| % 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 | 387 234 | 432 765 | 457 697 |
| % 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 un niveau d'éducation primaire | 28,0 | 28,2 | 21,4 |
| % membres adultes et membres âgés ayant un niveau d'éducation secondaire | 37,4 | 37,7 | 40,9 |
| % membres adultes et membres âgés ayant un 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 | 61,9 | 55,1 | 49,0 |
| % de ménages ne possédant pas de véhicules (ou un autre 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 électroménager (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 |
| * milieu rural | | | |

3.2 Le bien-être des enfants des ménages enquêtés

Le MDS héberge plus d'enfants que les autres ménages, soit 1,4% et 14,3% de plus que le MDNS et le MND, respectivement. La proportion de garçons parmi ce type de ménage est légèrement plus faible que dans les autres ménages, ce qui équivaut à dire que le MDS a plus de filles que les autres ménages.

TABLEAU 4 : INDICATEURS DE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS PAR TYPE DE MÉNAGE

| | Ménages avec décès dû au SIDA (type 1) | Ménages avec décès dû à autre maladie (type 2) | Ménages sans décès (type 3) |
|---|--|--|-----------------------------|
| N. d'enfants membres du ménage (EM) | 772 | 761 | 675 |
| N. d'enfants de sexe masculin membres du ménage | 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 | 32,3 | 35,5 | 7,7 |
| % d'enfants orphelins de mère | 11,5 | 10,1 | 3,1 |
| % EM décédés (sur le total des EM dans le ménage) de toute cause pendant la période d'observation | 2,5 | 0,7 | 0,1 |
| % EM ayant été malade, quelle que soit la maladie, pendant la période d'observation (prévalence des maladies) | 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 subi des discriminations quelle qu'en soit la raison | 0,1 | 0,1 | 0 |

Le MDS a 2,6 fois et 5,2 fois plus d'enfants orphelins de père et de mère que les MDNS et MND, respectivement. Les enfants sont 3,7 fois plus souvent orphelins de mère que dans les MDNS, et 4,1 fois plus orphelins de père. La proportion d'enfants décédés dans le MDS est de 2,5% et elle est 3,6 fois et 25 fois plus élevée que celle des MDNS et MND, respectivement. La proportion d'enfants malades est supérieure à celles observées dans les autres ménages. Près de la moitié des enfants des MDS ayant besoin de soins n'ont pas accès aux centres de santé (1,8 fois plus souvent que les MDNS et 1,6 fois plus que les MND.). Plus du quart d'entre eux sont retirés de l'école, soit 1,5 et 1,7 fois plus que les MDNS et les MND respectivement.

Le tableau 4 montre que les enfants des MDS ont de nombreux problèmes (orphelins, maladie, manque d'accès aux soins de santé, retrait de l'école), et la diminution des ressources suscitées par des décès empêche le ménage de se soigner et d'améliorer ses capacités de production.

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

Depuis 1993, les services de santé, les lits d'hospitalisation et les agents de santé recrutés ont vu leur nombre augmenter. Les médicaments essentiels sont disponibles dans les départements ou districts sanitaires exceptés pour les tests de dépistage du VIH qui sont insuffisants. 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 et à la création de nouvelles

structures de soins orientées vers le renforcement de la santé maternelle et infantile à travers les soins de santé primaires (SSP). Ainsi, les projets d'investissement de l'UNICEF (1997-2001) visent surtout le renforcement des SSP (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 très peu de services spécifiques, de personnel, de moyens matériels sont affectés au VIH/SIDA. Les précédentes politiques n'avaient pas en effet voulu créer des structures de santé spéciales pour le VIH/SIDA, la peur qui entoure cette maladie pouvant éventuellement engendrer la stigmatisation des patients. Aujourd'hui, la Sous-Direction de la prise en charge du Ministère de lutte contre le SIDA veut privilégier la spécialisation en la matière.

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

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 n'existait pas, mais quelques rares patients VIH positifs étaient médicalement suivis dans le pays.
- ii. La phase où le dépistage biologique se faisait 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 une 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.

À 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 ont été mises en œuvre au CHU de Yopougon (pédiatrie). 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). La prise en charge et le suivi des patients sont assurés dans des centres de référence dits « accrédités » disposant des médicaments ARV où les patients sont mis sous traitement dans le cadre de l'initiative. Tous ces centres sont situés dans la seule ville d'Abidjan.

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 types de subvention entre juillet 2000 et juillet 2001 :

1^{er} type :

- Patients membres d'association de PVVIH/SIDA
- Femmes ayant bénéficié de la PTME (DITRAME et RETRO-CI)
- Patients ayant participé aux essais thérapeutiques

– Le personnel de santé

Ici, quel que 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} type : patients les plus démunis, désignés par le comité de gestion. Ici le Fonds National (ONUSIDA) supporte 75% du traitement et le FSTI 50 000 FCFA lorsqu'il s'agit d'une tri thérapie. Le FNS prend en charge 50% du traitement et le FSTI, 30 000 FCFA en cas de bithérapie.

3^{ème} type : concerne les femmes qui ont bénéficié de la chimioprophylaxie AZT pour la PTME (sites de Yopougon Attié, Yopougon Ouassakara, de Marcory et de Koumassi). Toutes reçoivent une trithérapie dont le coût est estimé et pris en charge de la manière suivante :

- 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} type : tous les enfants infectés des femmes des sites PTME (Yopougon Attié, Yopougon Ouassakara, de Marcory et de Koumassi) impliquées dans les essais précédents, DITRAME et RETRO-CI (N=50) bénéficient d'une prise en charge FSTI de 100% pour la trithérapie. (Noba et al., 1997). Il était également question de mettre sous traitement ARV les séropositives dépistées à l'occasion de ces différents essais. Des dons d'aliments artificiels pour les nourrissons (lait artificiel) avaient été distribués à différentes mères infectées par le VIH dans le cadre de diverses initiatives de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Même des actions timides visant à étendre le test de dépistage du VIH aux conjoints des femmes infectées et à mettre ceux-ci sous traitement ARV en cas de séropositivité avaient connu un début de mise en œuvre. Mais, l'avènement du Fonds Global de lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose coïncide avec la fin du projet FSTI et bien d'autres initiatives. Il se pose alors la question de savoir comment le mécanisme de subventions des traitements ARV va désormais fonctionner. Aujourd'hui, il n'est pas possible de mettre sous traitement ARV des enfants et leurs mères infectés par le VIH nouvellement dépistés, faute de moyens financiers. Quant aux orphelins du SIDA dont le nombre est estimé à 300 000 ou 600 000 selon diverses hypothèses, ils ne bénéficient pas encore de mesures spécifiques : le plan d'action ciblant les orphelins du SIDA en Côte d'Ivoire est actuellement en cours d'élaboration (octobre 2003). La Côte d'Ivoire ayant été déclarée éligible pour bénéficier du Fonds Global de lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, l'espoir est permis de voir se réaliser toutes les micro-initiatives de prévention et de prise en charge thérapeutique et psychosociale des orphelins et enfants vulnérables du fait du SIDA.

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 qu'auparavant 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 leurs 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 relatives au 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.

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 pour 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 mais sont pourtant répandus. Toutefois, ce n'est pas une attitude réservée aux parents vivant avec le VIH, elle 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, avec une solidarité qui ne s'exprimerait qu'à l'occasion des obsèques.

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

Dans les Ministères de l'Éducation, de la Santé, des Affaires Sociales, le VIH/SIDA a des conséquences dans divers secteurs. Pour les besoins de la présente étude, seuls quelques secteurs ont été considérés. Il s'agissait des secteurs des ressources humaines/personnel (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).

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 le plus souvent cités. 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.

Quel que soit le Ministère, les mesures positives prises ont toutes été qualifiées par les acteurs d'insatisfaisantes dans leur mise en œuvre (trop limitées dans l'espace et dans le temps) ou non exploitées.

L'analyse des problèmes évoqués montre que ce sont les 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

6. Conclusion

Face à la menace du VIH/SIDA, l'État et les ONG/OBC ont réagi de diverses manières. L'analyse des 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'a, pour l'instant, pas fait l'objet de mesures spécifiques de la part de l'État. 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.

Il n'existe pas actuellement une politique formelle de prise en charge 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.

Au total, une très forte volonté politique s'est manifestée avec la création du Ministère spécialement chargé du VIH/SIDA. L'épouse du chef de l'État s'est engagée personnellement dans les actions de prévention et de mobilisation sociale contre le VIH/SIDA. Espérons que les moyens seront trouvés par les décideurs et que le nouveau Ministère du SIDA définira des stratégies capables de relever le défi de la survie à ce fléau.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGORAN-BÉNIÉ H., SIBALLY T.S., BILLY A., BONI-OUATTARA E., ROELS T. 1999. *Analyse de la situation des formations sanitaires de la ville d'Abidjan en matière de la prévention mère-enfant du VIH*. Rapport. RETRO-CI/UNICEF/PNLS-MST-TUB. Abidjan. 30 p.
- BEA V., TRAORÉ M., MAH-BI G., KONAN Y. 2000. *Étude transversale des connaissances et pratiques en rapport avec la prévalence de l'infection à VIH parmi les clients des prostituées à Abidjan*. Rapport RETRO-CI. 25 p.
- BEAU J.P., IMBOUA-COULIBALY L. 1997. « Caractéristiques anthropométriques d'enfants malnutris infectés par le VIH en Côte d'Ivoire ». In : *Livre des résumés de la Xè CISMA, Poster n°B1135. p 395*. Abidjan, Côte-d'Ivoire. 475 p.
- BEUGRÉ N., GONTY L., ORÉGA M.E., CISSÉ L. 1997. « Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs du SIDA pédiatrique. 200 cas colligés au CHU de Treichville ». In : *Livre des résumés de la Xè CISMA, Résumé n° B359. p 139*. Abidjan, Côte-d'Ivoire. 475 p.
- BLIBOLO A.D. 1998. *Écologie 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, 250 p.
- BUREAU NATIONAL D'ÉTUDES 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, 30 p
- 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- 319 p.*
- COULIBALY IM. Initiative ONUSIDA de l'accès au traitement en Côte d'Ivoire. *Bulletin d'information Kissi, numéro spécial consacré à la Xè CISMA d'Abidjan*. 1998. 5 p.
- DÉDY S., TAPÉ G. 1995. *SIDA et procréation en Côte-d'Ivoire, le cas d'Abidjan*. Rapport. 56 p

- DIALLO M.O., GHYS P.D., ETTIÉGNÉ-TAORÉ V., TIÉMÉLÉ A. (1997), Trends in sociodemographic and behavioral characteristics, sexually transmitted diseases and HIV infections among female sex workers in Abidjan 1992-1997. In : *Livre des résumés de la Xè CISMA, Résumé n° 201. p 76. Abidjan, Côte-d'Ivoire. 475 p.*
- GHYS P.D., FRANSEN K., DIALLO M.O., ETTIÉGNÉ-TAORÉ V. 1997. « Epidemiologic and immunologic characteristics and cervico-vaginal HIV shedding of HIV-1 and HIV-2 n dually sero-active female sex workers », In : *Livre des résumés de la Xè CISMA, Résumé n° A074. P 28. Abidjan, Côte-d'Ivoire. 475 p.*
- GREENBERG A., COULIBALY I.M., KADIO A., DJOMAN. D. 1997. « Trends in the HIV-1 and HIV-2 epidemics in Abidjan:11 years of HIV serosurveillance at Project Retro CI. », In : *Livre des résumés de la Xè CISMA, Résumé n° B041. P 15. Abidjan, Côte-d'Ivoire. 475 p.*
- KADIO A., MOROKRO S., COULIBALY D. 1999. Point sur l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, 1987-1997. 12 p
- KASSIM S., WIKTOR S.Z., MAURICE C., LAWSON A. 1997. « Prevalence of HIV infection among women attending urban antenatal clinics in Côte d'Ivoire », In : *Livre des résumés de la Xè CISMA, Résumé n° B042. P 16. Abidjan, Côte-d'Ivoire. 475 P*
- KOFFI A., VIHO I., SYLLA-KOKO 1997. Malnutrition protéino-énergétique chez l'enfant VIH positif au CHU de Yopougon. In : *Livre des résumés de la Xè CISMA, Résumé n° B 364. p 141. Abidjan, Côte-d'Ivoire. 475 p.*
- Ministère de la Santé Publique/Projet RETRO 2000. Surveillance du VIH/SIDA et de la Syphilis en Côte d'Ivoire. Rapport d'activités. Ministère de la Santé Publique/Projet RETRO CI 2000. 59 p.
- NOBA V.L. SANGARÉ A.I. KOUAMÉ N.Z. 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. In : *Livre des résumés de la Xè CISMA, Résumé n° A1069. p. 374. Abidjan, Côte-d'Ivoire. 475 p.*
- PÉGATÉLAN J.H., BLIBOLO AD. 2001. *Impact socio-économique à long terme du VIH/SIDA sur les enfants et les politiques de réponse. Le cas de la Côte d'Ivoire.* Abidjan, UNICEF, 104 p.
- Recensement Général de la population humaine de Côte d'Ivoire de 1998. Institut National de statistique (INS) Abidjan. 90 p.

ANNEXE : Liste des acronymes

| | |
|-------|--|
| AES | : Accidents exposant au sang |
| AMU | : Assurance Maladie Universelle |
| ANRS | : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA |
| ARV | : Antirétroviraux |
| BCC | : Bureau Central de Coordination |
| CAA | : Caisse Autonome d'Amortissement |
| CASM | : Centre d'Assistance Médico-Sociale |
| CAT | : Centre antituberculeux |
| CDC | : Center for Disease Control |
| CESAM | : Cellule Estudiantine et Scolaire anti-MST/SIDA |
| CHU | : Centre Hospitalo-Universitaire |
| CIDEF | : Centre International de la Famille et de l'Enfance |
| CIDV | : Centre Ivoirien de Dépistage Volontaire |

| | |
|--------------|--|
| CIE | : Centre International de l'Enfance |
| CIPS | : Centre d'Information et de Prévention du SIDA |
| CIRBA | : Centre Intégré de Recherche Biomédicale d'Abidjan |
| CISMA | : Conférence Internationale sur le SIDA et IST en Afrique |
| CNTS | : Centre National de Transfusion Sanguine |
| COS-CI | : Collectif des ONG de lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire |
| CPN | : Consultation Périnatale |
| CRISE | : Cellule de Recherche et d'Information en milieu Scolaire et Etudiantin |
| DITRAME | : Diminution de la Transmission Mère-Enfant du VIH |
| ENSEA | : École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée |
| FIS | : Fonds ivoirien de Solidarité |
| FSTI | : Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale |
| FSU COM | : Formation Sanitaire Urbaine Communautaire |
| IEC | : Information, Éducation, Communication |
| INFS | : Institut National de Formation Sociale |
| INS | : Institut National de Statistique |
| IRA | : Infections Respiratoires Aiguës |
| IST | : Infections Sexuellement Transmises |
| MLS | : Ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé de la Lutte contre le SIDA |
| MUGEFCI | : Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire |
| OBC | : Organisation à Base Communautaire |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | : Programme commun des Nations Unies sur le SIDA |
| PDSSI | : Projet de Développement des Services de Santé Intégrés (PDSSI) |
| PMI | : Protection Maternelle et Infantile |
| PMT | : Plan à Moyen Terme |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PNLS/IST/TUB | : Programme National de Lutte contre le SIDA les IST et la Tuberculose |
| PPH | : Pneumo Phtisiologie |
| PSI | : Population Service International |
| PSP | : Pharmacie de la Santé Publique |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| RETRO-CI | : Rétrovirus Côte d'Ivoire |
| RGPH | : Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| RSB | : Renaissance Santé Bouaké |
| SAS | : Solidarité Action Sociale |
| SMIT | : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Treichville |
| SRO | : Solution de Réhydratation Orale |
| SSP | : Soins de Santé Primaire |
| TARV | : Traitements antirétroviraux |
| UE | : Union européenne |
| UNAIDS | : Programme commun des Nations Unies sur le SIDA |
| UNESCO | : Organisation des Nations Unies pour la Science, l'Éducation et la Culture |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| USAC | : Unité de Soins ambulatoires et de Conseils |