

463162

RECU LE 3. JUIN. 2003

Elisabetta  
Aline pour Alois

2773810

## SIDA ET PAUVRETE AU MALI

PROPOSE PAR :

OPALS/MALI  
CNAM

Dr. Abdel Kader TRAORE  
Dr. Akory Ag IKNANE  
Dr. Mohamed Ag BAZET

septembre 1997

## CONTEXTE

Au Mali, les efforts nationaux de lutte contre le SIDA ont porté essentiellement sur la prévention de cette infection via des campagnes d'information, de formation et d'éducation.

Les quelques données portant sur la **prévalence de l'infection par le VIH** au Mali (enquêtes de 1987 et 1994) ne permettent peut-être pas d'avoir un portrait précis et actuel de l'ampleur de cette épidémie. En 1987, la prévalence de l'infection par le VIH dans les capitales régionales et dans le district de Bamako était de 1 %; ce taux pouvait atteindre 7 % ailleurs dans le pays. À cette même époque, un taux de prévalence de 39 % avait été documenté parmi les prostituées<sup>1</sup>.

Les résultats de la deuxième enquête nationale menée en 1994 indiquaient que le taux de prévalence parmi la population sexuellement active était de 3,1 %, et variable d'une région à l'autre; elle était de 3,4 % à Bamako et atteignait 5,2 % à Sikasso. Il a également été noté que les femmes étaient plus touchées que les hommes par le VIH; la prévalence était de 3,4 % parmi les femmes (incluant les prostituées) et de 2,5 % parmi les hommes. Le tableau suivant indique la répartition des cas d'infection par le VIH selon le sexe et la région<sup>2</sup>.

*Enquête séroépidémiologique, 1994*  
*Répartition du VIH selon différentes régions administratives au Mali*

RÉGIONS	n	prévalence (pour 100)	% hommes	% femmes
Sikasso	684	5,2	5,4	5,1
Koulikoro	840	3,9	2,9	4,3
Bamako	612	3,4	1,9	3,7
Mopti	984	3,0	2,4	3,5
Kayes	970	2,4	1,3	3,2
Segou	766	1,8	1,7	1,8
Gao	222	1,6	1,3	2,0
Tombouctou	248	1,2	0,8	1,5
TOTAL	5326	3,1	2,5	3,4

*source: Maiga YI, PNLS, juin 1994*

Dans cette même enquête de 1994<sup>3</sup>, la prévalence du VIH était de 3,8 % chez les femmes enceintes, elle atteignait 51,9 % parmi les prostituées et 8,9 % parmi les camionneurs.

Malheureusement, cette deuxième enquête nationale n'a été réalisée qu'auprès de populations ciblées soient: les femmes enceintes, un groupe de prostituées et un groupe de camionneurs et apprentis fréquentant les grands axes routiers nationaux et internationaux. L'étude s'est également limitée à certains sites: Bamako, Koutiala, Sikasso et Mopti. Ainsi, les chiffres avancés ne sont le reflet que de certaines situations. Il ne faut pas en déduire que le VIH n'affecte pas la population générale. D'ailleurs, lorsque la prévalence chez les prostituées dépasse 50 %, l'incidence augmente fortement dans la population<sup>4</sup>.

De plus, depuis cette étude, le risque d'augmentation de prévalence de l'infection par le VIH est très élevé compte tenu de la proximité de la Côte d'Ivoire qui accuse un haut taux de prévalence du VIH et compte tenu d'importants mouvements migratoires de la population malienne. Ainsi, en 1997, il semble y avoir beaucoup de malades du SIDA et certaines régions géographiques, dont Sikasso, Koulikoro, Bamako et Mopti semblent très touchées.

### Contexte socio-économique

Les causes d'une plus grande vulnérabilité reliée au VIH/SIDA en Afrique sont la **migration de travail**, l'**urbanisation rapide** et la **précarité économique** qui y est associée<sup>5,6</sup>. La littérature sur le SIDA identifie généralement trois grands groupes mobiles, lesquels sont associés au risque de propagation de l'infection par le VIH. Il s'agit des migrants, des transporteurs routiers et des militaires. Il apparaît assez clairement que la migration, qu'elle soit de travail ou de refuge, saisonnières ou de longue durée ou qu'ils s'agissent de déplacement de nature commerciale ou touristique favorise la propagation du VIH associée à la vulnérabilité des individus<sup>7</sup>.

L'urbanisation accélérée produit de la misère des campagnes est également reliée à une intense mobilité intérieure et à une migration de travail importante amenant de jeunes adultes à la recherche d'emploi. Tous ces mouvements migratoires entraînent des taux de masculinité augmentés en milieu urbain et diminués en zone de départ. Ce déséquilibre affecte les structures familiales (séparation des ménages) autant dans la zone de départ que dans la zone d'accueil entraînant une modification du rôle traditionnel de la femme et de la nuptialité. Il est facile d'imaginer que cette situation particulière affecte les comportements sexuels dans les régions touchées par ces phénomènes et a un impact direct sur la propagation du VIH et d'autres maladies transmises sexuellement. Ces migrations entretiennent la précarité sociale et économique des ménages. Ainsi, dans un contexte de grande vulnérabilité, les individus et les communautés touchés par la pauvreté sont davantage exposés au risque d'infection par le VIH.

### Populations particulièrement vulnérables

Ainsi, la vulnérabilité des **migrants** et de leur famille est préoccupante. Les migrants internes se déplacent à l'intérieur du pays en fonction des saisons ou du travail. Essentiellement, ils quittent les zones rurales pour se retrouver dans les villes ou villages importants. Ces hommes travaillent comme ouvriers agricoles ou d'usines. Ils sont généralement peu scolarisés et proviennent d'un milieu socio-économique faible. Ces migrations sont provoquées principalement par des besoins économiques. Sans avoir de données précises sur la prévalence de l'infection par le VIH dans ce groupe particulier, une étude a démontré qu'une grande partie des migrants à Bamako avaient déclaré avoir des problèmes de santé<sup>8</sup>.

Les **transporteurs routiers** font partie également d'un groupe vulnérable. Ils sont estimés à près de 25,000. Le nombre de partenaires au cours des voyages est important augmentant autant le risque d'infection que le risque de diffusion du VIH. La prévalence du VIH dans ce sous-groupe était de 8,9 % (27/302) tel que mentionné dans l'étude de prévalence des maladies sexuellement transmissibles et des infections à VIH au Mali<sup>9</sup>.

Lorsque les migrants et les transporteurs routiers retournent dans leurs familles, ils deviennent des vecteurs de l'infection par le VIH; ainsi, des femmes, des femmes enceintes et éventuellement des enfants risquent d'être infectés par le VIH.

D'ailleurs, dans ce même rapport d'étude<sup>10</sup>, les femmes enceintes ont retenu l'attention. La prévalence globale du VIH était de 3,8 %. Ce taux est largement supérieur à ceux rapportés dans certains pays industrialisés. La prévalence du VIH par site est présentée dans le tableau suivant:

*Prévalence du VIH chez les femmes enceintes par site*

RÉGIONS	# testées	# infectées	%
Sikasso	155	7	4,5
Bamako	205	9	4,4
Mopti	143	3	2,1

Dans la mesure où l'infection par le VIH est, en Afrique, transmise principalement par les relations hétérosexuelles, la femme est particulièrement vulnérable. On sait que l'infection par le VIH est plus facilement transmissible de l'homme à la femme que de la femme à l'homme. À cette vulnérabilité biologique s'ajoute une vulnérabilité économique et sociale et à l'extrême, force est de constater que les prostituées, dont les rapports sexuels ne sont que rarement protégés, constituent un groupe particulièrement touché. La prostitution est répandue au Mali et le nombre de prostituées est évalué à plus de 3,500<sup>11</sup>.

La prostitution peut prendre différentes formes. Une première catégorie de prostituées inclus celles qui sont "déclarées ou fichées"; elles sont tolérées par les autorités. Elles travaillent dans des maisons closes, sont considérées comme des professionnelles, proviennent d'un milieu socio-économique défavorisé et leur niveau de scolarisation est faible. Elles sont généralement regroupées et le taux d'infection par le VIH est très élevé. En 1987, le portrait épidémiologique était le suivant:

*Enquête séroépidémiologique dans les chefs-lieux de régions  
dans le sous-groupe des prostituées<sup>12</sup>  
(août-septembre 1987)*

RÉGIONS	# testées	# infectées	%
Bamako <sup>1</sup>	230	90	39,1
Ségou	46	18	39,1
Mopti	50	18	36,0
Sikasso	38	12	31,6
Koulikoro	32	5	15,6
Kayes	37	5	13,5
Gao	45	1	2,2
Tombouctou	7	0	0

<sup>1</sup> période d'enquête : mars-avril 1987.

Dans le rapport final de l'étude de prévalence des maladies sexuellement transmissibles et des infections à VIH au Mali réalisée par le PNLS (enquête 1994)<sup>13</sup>, il a été noté que le taux de prévalence total parmi les prostituées étudiées était de 51,9 %; la distribution du VIH est représentée dans le tableau suivant:

*Prévalence du VIH chez les prostituées par site<sup>2</sup>*

RÉGIONS	# testées	# infectées	%
Sikasso	96	69	71,9
Bamako	146	81	55,5
Mopti	80	17	21,3

On constate que la prévalence du VIH parmi les prostituées a augmenté considérablement à Sikasso et à Bamako depuis la première enquête. Il faut considérer ces données pour elles-mêmes, mais également comme un baromètre de l'incidence dans la population générale.

La deuxième catégorie de prostituées est formée par les non-déclarées. Elles pratiquent la prostitution occasionnellement. Leur niveau socio-économique et leur scolarisation sont variables. Il est très difficile d'évaluer leur nombre ainsi que le taux d'infection par le VIH dans ce groupe. Par contre, le niveau d'exposition au VIH est très élevé.

Sans être considérées comme des prostituées, les jeunes filles pour lesquelles la sexualité est une source de revenus occasionnelle sont particulièrement vulnérables<sup>14</sup>.

Ainsi, la prostitution est favorisée par la pauvreté et constitue, pour certaines femmes, le seul moyen de survie pour elles-mêmes et leurs enfants. La prostitution peut également avoir des objectifs liés davantage à l'acquisition de biens de luxe.

À cette vulnérabilité des individus et des communautés s'ajoute une situation sanitaire précaire.

### **La situation sanitaire**

La situation sanitaire de la population malienne est le reflet du niveau actuel de développement socio-économique et est loin d'être satisfaisante. La part des dépenses de santé dans le PIB ne cesse de diminuer; elle est passée de 8,5 % en 1968 à 4 % en 1990<sup>15</sup>. Tel que décrit dans l'Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-II)<sup>16</sup>, la morbidité et la mortalité sont très élevées au Mali et s'expliqueraient par:

- une faible couverture sanitaire;
- une insuffisance notoire des ressources allouées au secteur de la santé;

<sup>2</sup> Cette enquête n'a pas été menée dans tout le pays compte tenu de certaines limites logistiques et financières. Les régions enquêtées étaient Bamako, Koutiala, Sikasso et Mopti. La sélection des sites était basée sur la situation géographique, l'accessibilité aux équipes de recherche, l'acceptation de l'étude par les autorités locales et l'existence d'un nombre important de personnes appartenant aux groupes de population sélectionnées.

- un environnement naturel propice à la transmission de plusieurs maladies infectieuses et parasitaires;
- un accès difficile à l'eau potable;
- une hygiène défectueuse et des comportements inadéquats face à l'insalubrité;
- des apports nutritionnels déficients;
- la persistance de coutume et traditions peu recommandées pour la santé;
- le faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population;
- la moindre participation et responsabilisation des communautés de base à l'action sanitaire;
- l'insuffisance en quantité du personnel sanitaire.

L'impact de la morbidité reliée à l'infection par le VIH sur le budget de santé risque d'avoir des répercussions économiques et sanitaires importantes.

### **Répercussions sur le développement économique**

Les effets d'une santé précaire se font sentir bien au-delà de la souffrance physique. L'éducation est compromise, le rendement du capital humain diminue et les possibilités d'exercer des activités productives sont limitées. La morbidité liée à un mauvais état de santé impose des coûts économiques immenses aux individus, aux ménages et à la société toute entière.

Dans un pays en développement touché de plus en plus par le VIH/SIDA et dans un contexte particulier où l'infection par le VIH a des conséquences humaines dramatiques, on peut s'attendre à un impact non négligeable sur la paupérisation des individus et des communautés touchées. En effet, le SIDA a et aura des conséquences économiques importantes parce qu'il frappe principalement les adultes pendant leurs années les plus productives. Le décès de parents atteints de SIDA a pour effet, non seulement de réduire le revenu et le bien-être de leur ménage mais abaisse le niveau de consommation des survivants<sup>17</sup>. Les ménages doivent liquider leurs biens ou s'endetter pour payer les soins médicaux et les funérailles. Les enfants seront souvent forcés d'abandonner leurs études pour travailler trop souvent dans des conditions défavorables, compromettant leur avenir social et économique. Ainsi la main d'oeuvre sera de plus en plus jeune et de moins en moins qualifiée. Le SIDA menace donc de créer d'importants foyers de pauvreté<sup>18</sup>. De plus, il ne faut pas négliger le problème de la prise en charge des survivants des personnes infectées par le VIH, notamment, les jeunes enfants et les personnes âgées seront laissés à leur sort. Il est à noter que dans les pays où les programmes de sécurité sociale sont peu développés, les personnes sur le marché du travail sont souvent appelées à subvenir aux besoins des parents âgés, remplaçant ainsi l'absence de pension de vieillesse. Alors, la morbidité et la mortalité associées à l'infection par le VIH, touchant généralement la population active et productive, risque d'avoir des répercussions économiques néfastes sur l'ensemble de la structure sociale.

Les données suivantes sur la situation socio-économique du Mali ont été tirées du plan stratégique 1994-1998, produit par la Direction Nationale de la Santé Publique en février 1994<sup>19</sup>.

Le Mali est un pays pauvre dont le revenu annuel, per capita, est d'un peu plus de 300 \$ US (1992). Dans un document de la Banque Mondiale<sup>20</sup>, une étude citée (Lachaud : Le marché du travail au Mali: analyse et politiques, février 1990) indiquait que les salaires journaliers ruraux varieraient de 500 Francs CFA pendant la saison morte à 800 Francs CFA pendant la haute saison.

L'agriculture compte pour 47 % de l'activité économique alors que les services comptent pour 40

% et l'industrie pour 13 %. La population malienne est jeune: près de 50 % de la population a moins de 15 ans. La scolarité est faible; 30 % des hommes et 17 % des femmes ont un niveau scolaire primaire; 9 % des hommes et 4 % des femmes ont un niveau secondaire. Le chômage se généralise même parmi les diplômés, ce qui incite les jeunes maliens à migrer à la recherche de travail impliquant une migration extérieure et migration intérieure vers les centres urbains.

À ces quelques données s'ajoutent certains indicateurs portant sur le revenu et la pauvreté au Mali publiés par la Banque Mondiale en 1994<sup>21</sup>. Le tableau suivant reproduit ces données:

taux de croissance annuel moyen du PIB (%)		taux d'inflation annuel moyen		PNB par habitant (\$ US)		Rapport de dépendance économique <sup>3</sup>		% de la population sous le seuil de pauvreté absolue, 1985 <sup>4</sup>	
1970-80	1980-91	1970-80	1980-91	1991	taux croissance annuel 1980-91	1970	1990	urbaine	rurale
4,9	2,5	9,7	4,4	280	-0,1	93	98	27	48

On constate une diminution du taux de croissance annuel moyen du PIB depuis 1970-80 et un rapport de dépendance économique très important. Ce rapport ne pourra que s'accroître si la population active et productive est touchée par le SIDA. Le pourcentage de la population sous le seuil de pauvreté absolue étant, pour l'ensemble de l'Afrique de 36 % et 57 % respectivement pour les zones urbaines et rurales, indique que près de la moitié des maliens vivant en zones rurales ne peuvent subvenir à leurs besoins de base.

À notre connaissance, les informations sur l'impact économique du VIH/SIDA au Mali sont très fragmentées et difficiles d'accès. Par contre, certaines études menées en Afrique indiquent un impact considérable autant sur le statut socio-économique des familles directement touchées par cette infection que sur la croissance à long terme de l'économie. Certains auteurs<sup>22</sup> rapportent des coûts directs du traitement, par personne et par année, variant de 64 \$ US au Zimbabwe, à 631 \$ US en Tanzanie, à 1,585 \$ US au Zaïre et à 11,800 \$ US en Afrique du sud. L'impact macro-économique a été estimé dans le cadre d'une simulation sur la croissance économique à long terme<sup>23</sup>. Les résultats indiquent, par exemple, que pour la période de 1985 à 2012, le Malawi perdrait entre 0,2 et 1,5 % dans le taux de croissance de son PIB potentiel, ce qui mènerait à une réduction de l'économie de l'ordre de 5 milliards \$ US en 2010.

### La prise en charge des patients infectés par le VIH

La prise en charge des patients infectés par le VIH, quoique particulièrement difficile dans les pays en développement où la situation sanitaire est fragile, devient une préoccupation de plus en plus pressante. Au Mali, certaines actions auprès des personnes atteintes de SIDA commencent à

<sup>3</sup> Le rapport de dépendance économique donne une indication approximative du nombre de personnes qui doivent être prises en charge pour 100 personnes actives.

<sup>4</sup> le seuil de pauvreté absolue est défini, pour chaque pays, par le niveau de revenu en dessous duquel il n'est plus possible d'assurer une nutrition, un abri et des services personnels adéquats.

voir le jour. Le CESAC crée en collaboration avec la coopération française est limité par l'absence de stratégies de réponse aux conséquences socio-économiques du VIH/SIDA sur la population. Aussi, le CESAC n'a pas su développer de cadre de collaboration avec les différentes structures de services sociaux. Avant d'élaborer des modèles de prise en charge pour ces patients, *il faudrait définir au préalable le contexte social et économique dans lequel pourrait s'inscrire cette action*. On sait que le coût économique du suivi des patients infectés par le VIH et des traitements s'y rattachant est souvent très élevé alors que les ressources financières sont de plus en plus limitées. Ainsi, compte tenu du besoin de prise en charge des patients infectés par le VIH au Mali et compte tenu de l'impact social, culturel et économique du SIDA, l'évaluation de certains déterminants reliés à la pauvreté constituera la toile de fond de la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

### L'évaluation économique

L'évaluation économique d'une maladie repose essentiellement sur la capacité que nous avons de bien caractériser la maladie étudiée, sur l'accessibilité des données quantitatives de consommation des ressources impliquées et sur la qualité du modèle théorique permettant de mesurer efficacement ce que nous voulons mesurer.

Les différentes équipes de chercheurs concernés par l'impact économique de l'infection par le VIH et du SIDA s'accordent à reconnaître les limites des outils utilisés lors de l'évaluation des coûts ainsi que de la difficulté à comparer les résultats d'une étude à l'autre. Bien que les économistes endossent facilement l'idée que les coûts induits par cette pandémie risquent d'être particulièrement lourds et ce, dans la plupart des pays du monde, il n'en demeure pas moins que la capacité de les mesurer, d'en expliquer les causes et surtout d'en maîtriser l'évolution est beaucoup moins évidente.

L'évaluation des coûts économiques demeure toujours un exercice difficile et aride et les réponses obtenues ne sont pas nécessairement complètes. Très peu d'étude portent sur l'évaluation des coûts économiques du SIDA dans les pays en développement. Dans ce sens, une étude très intéressante<sup>21</sup> a permis de caractériser certains éléments de l'impact du SIDA pour le développement en Afrique. Mais, les difficultés sont nombreuses et les moyens pour établir une mesure des coûts sont faibles compte tenu des contraintes techniques. Quoiqu'il en soit, un modèle d'évaluation simple à l'intérieur duquel les limites sont clairement énoncées peut permettre d'envisager au moins l'ampleur des coûts reliés à l'infection par le VIH et au SIDA. Un portrait précis des personnes finançant ces coûts et des mécanismes par lesquels ils les financent apportera une information précieuse sur l'impact du VIH sur la paupérisation des ménages. En fait, cette information s'avère essentielle pour guider les décideurs politiques lors de la mise en place des programmes et d'actions qui non seulement seront efficaces dans la lutte contre le VIH/SIDA mais qui respecteront aussi les principes d'une allocation optimale des ressources toujours rares.

En terme de limites de l'évaluation des coûts économiques reliés à l'infection par le VIH au Mali, il sera ardu de connaître de façon précise les dépenses engendrées par la maladie sachant que les dépenses en nature sont fréquentes et difficilement chiffrables. De plus, le temps consacré par la famille à la prise en charge du malade et qui devrait être comptabilisé et traduit en monnaie deviendra difficile à évaluer compte tenu du manque d'habitude à situer des événements dans un cadre temporel. Dans le contexte d'évaluation économique, il ne faut pas négliger la représentation de la maladie qui varie grandement d'une culture à l'autre et d'une région à l'autre.



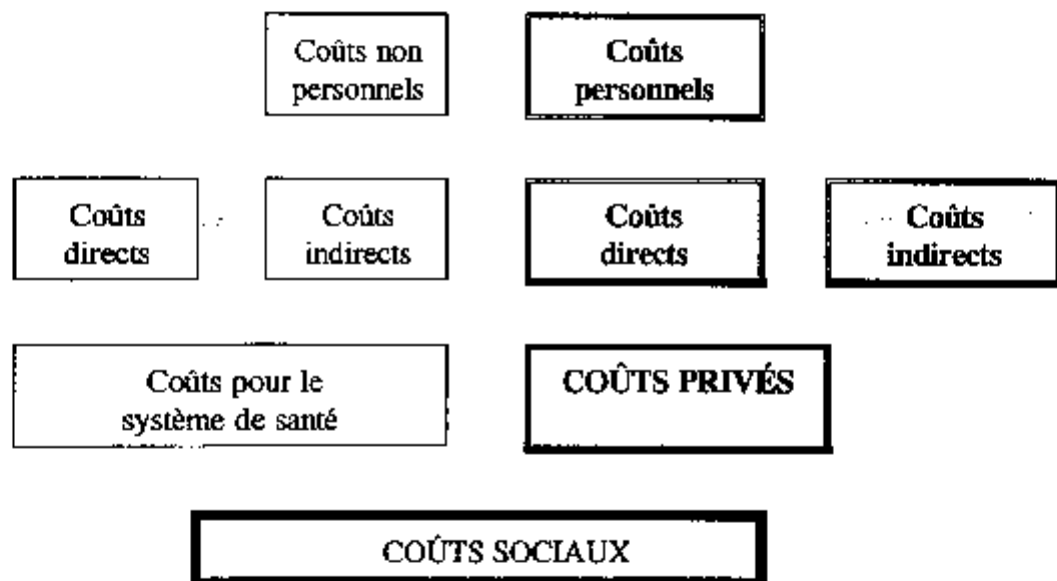
et qui a un impact sur les ressources à mobiliser pour traiter cette maladie. Dans le cas du SIDA, ceci pose une difficulté majeure parce que la représentation du SIDA et les connaissances reliées à ce syndrome sont variables et souvent la perception est négative. Finalement, il n'est pas toujours évident d'identifier la façon par laquelle les familles assument autant les coûts du traitement que les pertes de productivité des malades ou encore, la prise en charge des survivants. La place du malade dans la structure familiale déterminera en bonne partie l'ampleur de l'engagement des ressources pour assumer les coûts de l'infection.

Compte tenu des limites précédentes, le modèle d'évaluation que nous proposons est exploratoire, il tentera de faire ressortir certaines conséquences, économiques et sociales, de l'infection par le VIH et le SIDA pour le patient et sa famille. Il s'agit, dans un premier temps, de prendre la perspective des patients. Ceci n'empêchera pas pour autant de faire des projections de l'impact de l'épidémie sur l'économie et sur la croissance à long terme (la fiabilité de ces projections dépendra de la qualité des données recueillies sur le terrain).

Avant d'aborder de façon précise l'évaluation économique que nous voulons faire, il est important de revoir la perspective globale d'une évaluation des coûts.

De manière générale, les coûts d'une maladie se définissent par les coûts sociaux totaux incluant les coûts assumés par le système de santé et les coûts privés (assumés par le patient et son entourage). Dans un pays comme le Mali, où les jeunes adultes actifs et productifs se trouvent parmi les plus touchés par le VIH/SIDA, l'ampleur des coûts sociaux totaux risque d'affecter de manière très importante à la fois le niveau de vie des personnes infectées par le VIH ainsi que leur entourage et la capacité de l'économie à maintenir un taux de croissance positif à long terme<sup>24,25</sup>.

La figure suivante permet de décomposer les différents éléments des coûts sociaux totaux.



Les coûts pour le système de santé et les coûts privés se divisent en coûts directs et indirects.

## Les coûts pour le système de santé

Les coûts directs pour le système de santé regroupent les ressources consacrées aux traitements et à la prise en charge de la maladie. Ils comprennent les coûts personnels, engendrés par le traitement et les soins attribués directement à la personne. Ces coûts personnels sont généralement les coûts des:

☐ services hospitaliers	☐ services d'hébergement ou de famille d'accueil
☐ services ambulatoires	☐ services de maintien à domicile
☐ services psychosociaux	☐ services médicaux professionnels
☐ médicaments	

Les coûts directs comprennent également des **coûts non personnels**. Ces coûts sont généralement ceux reliés au dépistage, à la prévention, à la surveillance, à l'éducation et la formation, à la recherche ainsi que l'aide financière aux établissements et organisations. Pour les estimer il faut les recueillir à partir des données des hôpitaux, des centres de santé communautaire, des tiers payants (assurance, gouvernement...), etc.

Les **coûts indirects** pour le système de santé correspondent au coût d'opportunité des ressources investies dans la provision des soins de santé. Il s'agit principalement du coût d'opportunité de la main-d'œuvre et du capital. La notion du coût d'opportunité consiste à évaluer le prix d'une ressource quelconque en fonction de la meilleure alternative selon laquelle elle aurait pu être utilisée. Ces coûts s'estiment à l'aide de prix de référence implicites selon le type de marché en place. La forme appropriée d'estimation dépend alors des caractéristiques propres à chaque environnement (marché libre, marché monopolistique, marché protégé, présence de contraintes institutionnelles, syndicats, salaire minimum, etc.) et exigent une analyse très complexe des conditions dans lesquelles les ressources à évaluer évoluent.

Dans la plupart des pays en développement, l'État ne défraye qu'une mince fraction des coûts de santé. Conséquemment, le poids économique retombe principalement sur les patients et leur entourage et c'est pourquoi, dans le schéma précédent, les coûts directs personnels apparaissent du côté des coûts privés.

### Les coûts privés

Les coûts privés correspondent à l'ensemble des coûts assumés par les patients et leur entourage. Ils peuvent être directs ou indirects et entraînent des conséquences non négligeables autant pour les patients et leurs familles que pour la société entière. Dans les pays en développement, la valeur que le malade représente pour le chef de famille déterminera en bonne partie comment et combien de ressources seront investies par la famille (au sens large) pour la santé du malade. De plus, la densité des relations sociales de la famille (en quelque sorte, le *capital social* que la famille possède) déterminera éventuellement la capacité à emprunter (en argent ou en espèce) pour financer les coûts de la maladie.

Ainsi, les **coûts privés directs** correspondent aux dépenses effectivement encourues par le patient et sa famille incluant la partie des coûts personnels non couverts par le système de santé ou par un tiers payant, s'il y a lieu. Dans la plupart des pays d'Afrique, la participation de l'État au financement de la provision des soins est très faible.

Les dépenses peuvent être financées, en tout ou en partie, par un programme d'assurance quelconque (de type centralisé, mutuelle, coopérative, marché privé, etc.), ou bien, directement à partir du revenu familial, par emprunt, par troc ou à même les épargnes des patients et leurs familles. Des exemples de ce type de coûts sont les dépenses directes pour des soins reçus, le coût des médicaments, le coût du transport, le coût de l'hébergement, le coût du gardiennage ainsi que les dépenses extraordinaires associées à la maladie. La manière la plus indiquée pour estimer ce type des coûts est à travers le questionnement direct des patients et leurs familles par différentes techniques d'entrevue.

Les **coûts privés indirects** sont les coûts associés à la morbidité et à la mortalité. Il s'agit des coûts reliés à la perte de productivité, au manque à gagner (salaires non-perçus); il s'agit également des coûts associés à la souffrance, à la détresse psychologique, au stress, etc.. La complexité associée à l'opérationnalisation de ces concepts et l'absence d'une méthodologie standardisée alourdissent énormément leur évaluation. Dans le contexte des pays en développement, ces difficultés méthodologiques sont exacerbées. La disponibilité et l'accessibilité des données déterminera en bonne partie la réussite de l'exercice. Les principales méthodes d'estimation peuvent se regrouper autour de deux grandes approches : celle du *capital humain* et celle de la *volonté à payer*<sup>26,27</sup>. Ces méthodes mesurent de manière indirecte la valeur du travail, du temps et de la vie humaine. De manière simpliste, la méthode du capital humain définit la valeur de la vie humaine comme la valeur présente des revenus futurs qui auraient dû être perçus par l'individu s'il n'était pas mort ou s'il n'était malade<sup>28</sup>. La méthode de la volonté à payer prétend, à son tour, que la vie humaine peut s'évaluer en fonction du montant maximal que l'individu serait prêt à payer pour ne pas avoir à subir une maladie, un état morbide donné ou encore un décès prématuré. Cette dernière approche semble supérieure puisqu'elle considère les coûts psychologiques et ceux associés à la douleur, la détresse, l'anxiété, etc.

Il faut souligner que les implications macro-économiques des coûts privés indirects peuvent être considérables, surtout lorsque l'infection par le VIH touche autant les travailleurs spécialisés que les non spécialisés, comme c'est le cas pour la plupart des pays africains (Phillipson 95).

### **Perspective de l'évaluation des coûts**

Dans cette étude nous tenterons d'appliquer une mesure des coûts au contexte Malien en abordant l'évaluation des **coûts privés** afin d'estimer l'impact du SIDA sur la vulnérabilité économique des ménages et d'explorer les avenues permettant de minimiser cet impact. Nous n'aborderons donc pas, dans le cadre de cette étude, l'évaluation des coûts assumés par le système de santé. Par contre, nous estimerons, de la façon la plus précise possible, la capacité des patients et de leurs familles à assumer les coûts privés, en identifiant: les composantes des coûts et les principales sources de financement (revenu familial, troc, endettement, aide communautaire, mutuelles, coopératives ou ONG...).

Les **coûts privés directs** seront estimés selon les dépenses directes reliées aux soins reçus (par exemple, coûts des services médicaux hospitaliers et ambulatoires, coûts des médicaments (incluant les tisanes), coûts de transport pour se rendre à la clinique ou au centre hospitalier, coûts d'hébergement, coûts de gardiennage, dépenses extraordinaires associées à la maladie, etc.). La manière la plus indiquée pour estimer ce type de coûts est par l'administration de questionnaires lors d'entrevues avec le patient.

En ce qui a trait aux **coûts privés indirects** nous évaluerons les changements d'activités depuis le

début de la maladie, les raisons qui ont motivé ces changements (causes de la cessation du travail), les pertes de productivité, les absences au travail ou à des activités génératrices de revenus sans négliger les conséquences de la maladie sur les relations familiales notamment sur l'éducation des enfants.

Pour ce faire, il faut explorer la représentation que les gens se font de la maladie et voir si des ressources (humaines, financières et/ou matérielles) sont engagées en conséquence. Ensuite, il s'agit de caractériser soigneusement non seulement les particularités socio-démographiques des personnes atteintes d'infection par le VIH mais également de reconstituer le tableau de leur réseau social dans une perspective anthropologique en identifiant leur position dans la famille étendue. Les données socio-démographiques permettront de connaître comment la maladie touche les différentes catégories de la population selon l'âge, le sexe, l'occupation et la scolarité. La connaissance du réseau social du malade permettra d'explorer la capacité et la volonté de la famille à mobiliser des ressources pour le malade.

## **LA RECHERCHE**

Cette recherche instrumentale permettra non seulement de connaître les conditions de vie des familles atteintes par le VIH mais fournira l'information de base nécessaire à la planification des services de soins et de santé à l'intérieur de CTA. Elle analysera les rapports entre le développement économique et social du Mali et la plitique de lutte contre le SIDA. L'enquête prendra en compte les représentations du SIDA et les pratiques du changement social au Mali et déterminera les conséquences sociales et économiques du VIH/SIDA dans les efforts de développement de ce pays.

Dans cette étude, nous tenterons donc de répondre aux questions suivantes:

**Quel est l'impact du SIDA sur la vulnérabilité économique des ménages et sur l'économie nationale?**

**Comment réduire cet impact à travers des stratégies nationales qui s'inscriront dans un programme à long terme de lutte contre la paupérisation occasionnée par le SIDA?**

## **OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

L'objectif général de cette recherche est d'élaborer une réponse efficace à la problématique SIDA et pauvreté qui puisse guider les actions des autorités sanitaires maliennes. Il s'agira également d'évaluer l'impact du SIDA sur les conditions de vie des familles et sur leur appauvrissement pour pouvoir renforcer les capacités des personnes infectées par le VIH et de leur entourage à faire face aux conséquences socio-économiques liées à la paupérisation.

Très peu d'études ont été réalisées sur l'ampleur de l'effort financier, individuel ou collectif, mis en œuvre pour prendre en charge les soins de santé au Mali. Partant de l'hypothèse que le SIDA joue un rôle important dans l'appauvrissement des familles touchées, la présente étude permettra, d'une part, d'analyser les coûts économiques et sociaux des soins de santé reliés à la prise en charge et au traitement de ces patients et, d'autre part, d'explorer la capacité de ces familles à mobiliser des ressources leur permettant d'accéder aux soins de santé. Il sera aussi possible d'explorer le rôle du secteur communautaire dans le financement et dans la provision des soins de santé. Enfin, ces résultats serviront, dans un deuxième temps, à évaluer l'impact macro-

De façon plus spécifique, les objectifs particuliers sont:

- **Déterminer des indicateurs de la pauvreté au Mali et ses liens avec l'infection par le VIH et le SIDA.**

En plus de signifier une baisse de revenus, l'appauvrissement résulte aussi en une modification des rapports avec le reste de la société. Ainsi, même si l'on y recourt souvent pour définir la pauvreté, le revenu ou la capacité à payer ne dit pas tout. Le revenu ne peut pas traduire ce qu'implique concrètement vivre dans la pauvreté. Il ne révèle rien à propos des diverses formes qu'elle peut prendre, des conditions qui l'accompagnent et des facteurs susceptibles de l'engendrer ou de l'aggraver - toutes choses dont on ne peut faire abstraction si l'on souhaite se faire une idée relativement juste du phénomène de la pauvreté. C'est dans ce cadre plus large que nous situerons l'impact du VIH/SIDA sur la paupérisation.

- **Estimer les coûts économiques privés (directs et indirects) reliés à la prise en charge des patients infectés par le VIH.**

Il s'agira de dresser un portrait détaillé des ressources mobilisées par les personnes atteintes du SIDA et leur entourage en relation à la prise en charge de la maladie afin d'explorer les déterminants de leur capacité à investir dans leur santé. Ainsi, avant tout, il est nécessaire de connaître la représentation que les individus et leurs familles se font de maladie, quelle est la composition de la famille de l'individu atteint par le SIDA et surtout quelle place occupe l'individu dans sa famille (chef de famille, épouse, fils/fille de la première épouse, etc.) De façon plus spécifique, nous voulons cerner le profil d'utilisation et les charges financières des médicaments prescrits et de l'ensemble des ressources mobilisées pour lutter contre les différentes infections inhérentes au VIH. Ainsi, nous pourrions mieux évaluer dans quelle mesure les coûts des médicaments et des autres soins reçus grèvent non seulement les revenus des individus et des ménages mais aussi les familles au sens large (frères, soeurs, parents, etc.)

- **Estimer les effets du VIH/SIDA sur l'économie malienne.**

Il s'agira d'analyser les données sur les caractéristiques socio-économiques des individus infectés et de leur entourage (famille, réseau social, etc.) pour comprendre la façon dont le VIH/SIDA affecte la productivité, les processus d'accumulation du capital et la croissance à long terme de l'économie.

- **Évaluer la volonté et la capacité de regroupements communautaires à mobiliser des ressources.**

L'analyse des données recueillies permettra de savoir comment financer efficacement la prise en charge et le traitement des patients infectés par le VIH dans un contexte général de pauvreté exacerbé par le SIDA.

En fait, il existe, en Afrique, des expériences très positives de financements

communautaires sous forme de mutuelles à but traditionnellement agricole, commercial ou non lucratif. Au Mali, au Centre de santé communautaire de Banconi (ASACOB), la politique de tarification des services de santé s'approche d'une forme d'assurance-santé où les patients cotisent pour leurs soins de santé. Cette participation financière des adhérents garantit des soins de qualité et la dynamique enclenchée fait de cette structure de santé un modèle très efficace en terme économique. Une telle démarche s'inscrit dans la pratique du changement social au Mali. Reste à savoir si, pour les patients infectés par le VIH suivis à l'intérieur de CTA, ce modèle d'assurance collective ou de mutuelle est réalisable sachant que cette infection a un impact sur la vulnérabilité économique des patients.

- **Améliorer la qualité de vie des personnes infectées par le VIH via la mise en oeuvre de Centres de traitement ambulatoire qui associent des programmes de prise en charge médicale et psychosociale, d'action communautaire et de recherche.**

Il s'agira d'évaluer les besoins en informations, conseil et soins des personnes infectées par le VIH afin de les intégrer dans la stratégie de prise en charge élaborée à l'intérieur des CTA.

L'objectif complémentaire est:

- **Soutenir cette action par des programmes de formation et d'information conçus et réalisés dans et autour des CTA.**

Ainsi, de façon générale, cette étude permettra de mieux définir, pour les patients infectés par le VIH (et indirectement pour leur familles et leur entourage), le ou les modèles de prise charge et d'en modéliser les coûts économiques afin de préciser les enjeux sociaux liés à l'allocation optimale des ressources (financières, humaines et matérielles) et aux conséquences sur la pauvreté.

## **COLLABORATION**

L'encadrement scientifique de la recherche est assuré par la participation de deux chercheurs internationaux de l'OPALS-International du Canada et de France et de deux chercheurs nationaux de l'OPALS-Mali, choisis pour leurs qualifications et leur aptitude à assurer la coordination technique de l'étude.

Les chercheurs internationaux ont été choisis pour leur compétence dans le domaine de la santé publique, de l'économie et de l'administration de la santé ayant une expérience dans la prise en charge et le suivi des malades du SIDA au Canada. Les chercheurs nationaux de l'OPALS-Mali ont également été choisis pour leur implication dans la recherche sur le SIDA et sur la pauvreté en général, en plus de leur implication locale dans le suivi des malades du SIDA. Ils sont des médecins spécialistes en santé publique, dont l'un est membre du panel d'experts africains en pauvreté urbaine depuis 1995 de l'organisation des nations unies, le Programme de Gestion Urbaine. D'autres chercheurs dont des médecins affiliés à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie et des chercheurs des sciences sociales de l'INRSP, associés pour leur expertise dans le domaine de la recherche en sciences sociales au Mali participeront à cette

recherche. Pour faciliter l'accès aux malades du SIDA dans les différentes localités concernées par l'étude, le concours des praticiens locaux dans les différentes structures de santé concernées sera demandée. Ils travailleront en binôme avec les chercheurs nationaux pour faciliter le recrutement et la mise en confiance des patients.

## MÉTHODOLOGIE

L'approche méthodologique fait appel à la combinaison de données qualitatives et quantitatives afin d'élaborer une stratégie qui réponde efficacement à la problématique SIDA et pauvreté. Cette approche permettra de comprendre l'impact au Mali du VIH/SIDA sur la pauvreté et le niveau de vie de l'individu malade, de sa famille et de son entourage immédiat. A partir des résultats obtenus, il sera possible, d'une part, de mieux comprendre les conséquences économiques et sociales du VIH/SIDA ainsi que son impact sur le niveau de vie des populations, et, d'autre part, d'esquisser les conséquences de cette infection sur l'économie malienne et sur la croissance à long terme de celle-ci.

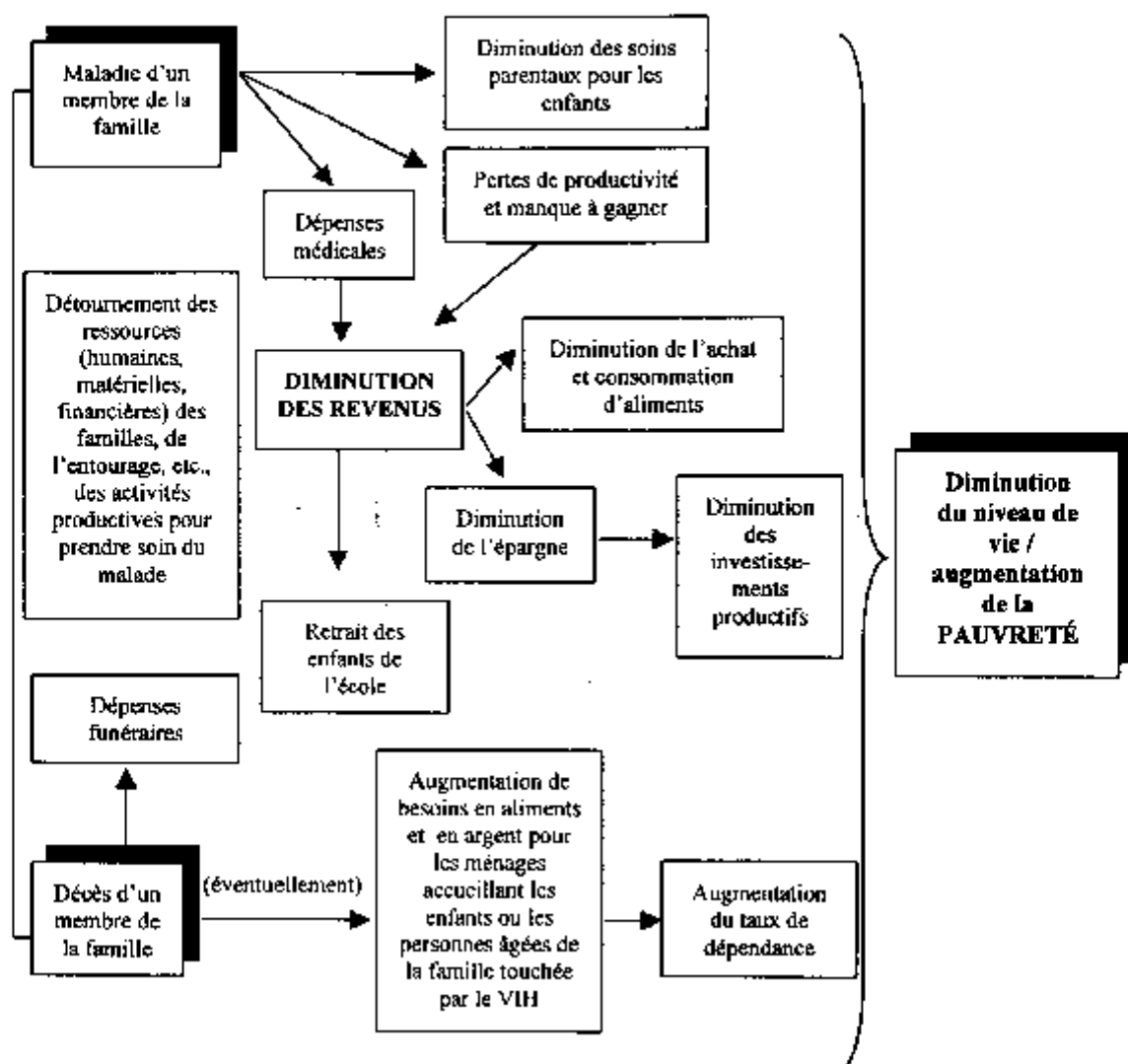
### 1. Le type d'étude et la méthode:

Cette étude est transversale de type descriptive corrélationnelle. Elle se réalisera sous forme d'entrevues semi-directifs auprès:

- ☐ **des informateurs clefs** qui seront représentés par le personnel soignant impliqué dans la prise en charge des malades du SIDA faisant partie des zones d'études choisies, certaines personnes ressources des associations ou ONG impliquées dans la lutte contre l'infection par le VIH (ex. CESAC, groupe PIVOT survie de l'enfance, etc.). Ces informateurs clefs participeront à différentes étapes de l'étude dont la validation des questionnaires. De plus, des contacts seront pris avec les médecins prenant en charge les patients infectés par le VIH dans les hôpitaux, les centres de santé communautaires, les hôpitaux secondaires des chefs lieux des régions, les services socio-sanitaires des cercles inclus dans l'étude et certains centres spécialisés. Leur collaboration à la réalisation de cette étude est essentielle puisqu'ils devront solliciter leurs patients pour participer à cette étude. Des rencontres préalables avec ces informateurs clefs seront réalisées dans la phase de pré-enquête afin de s'assurer de leur entière collaboration.
- ☐ **des malades vivant avec le VIH/SIDA.** Les buts et objectifs de l'étude seront clairement expliqués aux patients. Après l'obtention de leur avis motivé, ils seront interrogés sur les aspects socio-culturels de la prise en charge de l'infection par le VIH et du SIDA, les recours aux soins, les différents itinéraires thérapeutiques suivis au cours de leur processus morbide ainsi que certains aspects d'ordre économique. Différents questionnaires retrouvés en annexe permettront de répondre aux objectifs spécifiques de l'étude. Nous demanderons aux patients infectés par le VIH inclus dans l'étude l'autorisation d'interroger certains membres de sa famille.
- ☐ **de certains membres de la famille (immédiate ou élargie) désignés par le malade du SIDA** afin de déterminer les mécanismes mis en jeu pour parvenir à la prise en charge médicale, psychosociale, économique et financière du malade vivant avec le VIH/SIDA.

Les données de ces enquêtes s'intégreront dans le modèle théorique inspiré du travail réalisé par Barnett et al (1995) en Uganda, Tanzanie et Zambie. Ce schéma, adapté à la problématique du

VIH/SIDA au Mali, servira de toile de fond pour comprendre l'impact du VIH/SIDA sur la pauvreté et ses différentes implications non seulement vis-à-vis de l'individu, de sa famille et de son entourage immédiat, mais aussi vis-à-vis de la société toute entière.



## 2. La population à l'étude

Pourront être inclus dans cette étude tous les sujets infectés par le VIH et pris en charge dans l'une des formations sanitaires ou structures spécialisées appartenant à l'une des zones retenue pour l'enquête pendant toute la durée de l'étude.



### 3. Le lieu de l'étude

L'enquête sera réalisée dans cinq capitales régionales: district de Bamako, Kayes, Sikasso, Segou, Mopti et dans deux chefs lieux de cercle (Koutiala et Niono) appartenant à des zones de forte prévalence de l'infection par le VIH. La sélection de ces différents sites est motivée non seulement par une prévalence importante de l'infection par le VIH, mais aussi par le risque qu'elles constituent sur le plan géographique compte tenu de la proximité avec la Côte d'Ivoire et du Burkina Faso. Ces localités, par leur caractère commercial attirent une population à haut risque tel que les transporteurs routiers et le lot de prostitution lié à cette activité.

### 4. La taille de l'échantillon

Afin de permettre la généralisation des résultats obtenus, un échantillon suffisamment représentatif sera sélectionné dans chacune des régions.

Pour calculer la taille de l'échantillon, il faut connaître la prévalence de l'infection par le VIH dans la population générale, et spécifier le risque de première espèce, l'écart réduit ainsi que la précision souhaitée. En ne connaissant pas la prévalence réelle des cas de SIDA dans la population générale, le calcul de la taille de l'échantillon par la formule suivante devient imprécis. Cependant, à titre indicatif, en utilisant un taux de prévalence de 3,1 % (tel que déterminé dans l'enquête séroépidémiologique de 1994), en prenant un risque de première espèce alpha de 5 %, soit un écart réduit de 1,96 et une précision de 2,5 %, l'équation suivante

$$n = (Z\alpha^2 pq) / i^2$$

où

$Z\alpha = 1.96$  si  $\alpha = 0,05$

$p$  = prévalence de l'infection par le VIH dans la population générale (estimé à 3,1 %)

$q = 1 - p$

$i$  = précision (2,5 %)

indiquerait une taille minimale d'échantillon de 94.

Dans le cadre de cette étude descriptive, nous avons choisi d'inclure 100 patients infectés par le VIH soit 20 patients par zone choisie.

### 5. Durée de l'étude

L'étude comprend plusieurs étapes dont le développement des instruments, la validation des instruments de mesure, la préparation de l'enquête terrain, la réalisation de l'enquête terrain, le traitement, l'analyse et la restitution des données. La durée prévue de cette démarche est de 6 mois. L'échancier décrivant chacune des activités se retrouve à l'annexe 1.

La phase de terrain proprement dite durera 4 à 6 semaines allant de novembre à la mi-décembre 1997. La phase préliminaire d'analyse des résultats se déroulera courant janvier de l'année suivante.

## 6. Recueil des données : questionnaires

Le recueil des données se fera sur support papier au moyen de questionnaires qui seront administrés par un personnel qualifié et habitué aux enquêtes socio-économiques.

Les premières versions des questionnaires seront soumises aux informateurs clefs, prétestées auprès de quelques personnes vivant avec le VIH (dans le district de Bamako) puis révisées à la lumière des commentaires recueillis. Les questionnaires seront adaptés à la réalité malienne et traduit en Bambara. La version définitive des questionnaires sera proposée aux enquêteurs et enquêteuses lors de leur formation.

Afin de réaliser les différents objectifs de cette recherche, nous utiliserons deux types de questionnaires:

### ☐ questionnaire *ménage*

Le questionnaire *ménage* permettra de caractériser les données socio-démographiques des participants dans l'étude mais aussi de caractériser la place de l'individu malade dans la famille au sens plus large. Les données suivantes seront alors recueillies: sexe et âge des patients, statut matrimonial, nombre de personnes à charge (enfants, personnes âgées, etc.), niveau de scolarisation, situation socio-professionnelle ou occupationnelle.

### ☐ questionnaire *déterminants de la pauvreté*

Ce questionnaire inclura les aspects économiques et sociaux suivants:

*au niveau économique:*

- la perte de revenus;
- le réaménagement des budgets;
- la baisse de l'épargne et/ou l'endettement familial;
- la modification de l'investissement productif;
- les coûts privés reliés à la perte de la santé; etc.

*au niveau social:*

- l'impact sur le réseaux de relations, connaissances etc;
- la perte d'emploi;
- la séparation ou divorce;
- l'éducation des enfants;
- l'augmentation du ratio de dépendance;
- le pouvoir de décision;
- le milieu de vie, etc.,

Une section comportant des questions ouvertes abordera les représentations que se font les individus de la maladie ainsi que les besoins des personnes infectées par le VIH.

*représentations de la maladie:*

- indicateurs de santé et de maladie;
- le niveau d'handicap relié à la maladie;
- la capacité de fonctionnement; etc.

*besoins des personnes infectées par le VIH:*

- information;
- communication;
- services;
- activités sociales;
- de support; etc.

## **7. Contrôle de la qualité des données**

La qualité des données recueillies sera assurée par le choix d'enquêteurs expérimentés qui assisteront, avec toute l'équipe impliquée dans la réalisation de l'étude, à une formation préalable. Ceci permettra de minimiser les biais interpersonnels et d'harmoniser la qualité du recueil des données.

La validité interne de la recherche sera assurée par le suivi strict d'un protocole d'entrevue et par un traitement et une analyse objective des résultats des enquêtes; et, la validité externe sera garantie par la représentativité des individus et des ménages enquêtés. Ainsi, la généralisation des résultats pourra se faire aisément, des politiques finement ciblées pourront se concevoir et des actions efficaces pourront être mises en place pour les autorités sanitaires afin de contrer les effets néfastes du VIH/SIDA sur la population malienne.

## **8. Déroulement de l'étude**

Le déroulement de la recherche se fera selon la chronologie respectant la séquence suivante:

### **□ Développement des questionnaires**

Nous utiliserons des questionnaires de base, dont certains ont été développés au Mali (questionnaire *ménage*) et d'autres à Montréal (questionnaire *évaluation des coûts privés*) que nous adapterons à la réalité malienne. Ces questionnaires devront être traduits en Bambara. Cette étape nécessite la collaboration d'autres chercheurs nationaux et d'organisations impliquées dans le suivi et la prise en charge des malades du SIDA.

### **□ validation des instruments de mesure et codification**

Un pré-test effectué à Bamako, auprès de quelques personnes infectées par le VIH permettra de valider les différents questionnaires. Suite à l'exercice de terrain issu du pré-test, la consultation d'autres professionnels et d'informateurs clés permettra de construire l'instrument le plus adéquat possible en terme de maniabilité et d'adaptation aux réalités des zones d'étude.

Ainsi les chercheurs impliqués dans la réalisation de l'étude ainsi que les enquêteurs principaux

participeront à cette première étape de validation soit:

- ☐ les chercheurs de l'OPALS-International (2);
- ☐ des membres de l'OPALS-Mali (3);
- ☐ les enquêteurs principaux (7);

Lors d'une deuxième étape de validation, les questionnaires finaux seront présentés en consultation élargie aux:

- ☐ responsables des services impliqués dans la lutte anti-SIDA à Bamako (4);
- ☐ représentant de CESAC (1);
- ☐ représentant du PNLS (1);

Les différentes modifications seront apportées et la codification sera complétée avant de procéder à la multiplication des questionnaires prêts à l'utilisation. Une analyse sommaire des résultats du pré-test permettra de mieux adapter le plan d'analyse de la recherche.

#### ☐ *préparation de l'enquête terrain*

Une phase de formation des enquêteurs à l'utilisation des instruments de mesure est nécessaire pour uniformiser la démarche. La formation sera assurée par les chercheurs principaux nationaux.

#### ☐ *réalisation de l'enquête sur le terrain*

La phase de réalisation de l'enquête de terrain prendra 4 semaines. Les 5 équipes constituées sont:

- 1) Bamako;
- 2) Sikasso et Koutiala;
- 3) Ségou et Niono;
- 4) Kayes;
- 5) Mopti.

À chacune de ces zones correspond un superviseur choisi pour ses connaissances du terrain et son expérience dans le domaine des enquêtes parmi les membres de l'OPALS-Mali. Chaque zone d'enquête sera effectuée par un binôme comprenant un enquêteur du service des sciences sociales de l'INRSP et un responsable des structures de soins intéressé par notre étude. Les enquêteurs du service des sciences sociales de l'INRSP sont choisis pour leur grande expérience dans le domaine des enquêtes socio-économiques.

Chaque équipe se compose d'un superviseur, d'un enquêteur principal et d'un enquêteur local soit au total une équipe de 3 personnes par zone d'enquête à l'exception des 2 zones Sikasso-Koutiala et Ségou-Niono qui dispose chacune de 5 personnes (1 superviseur, 2 enquêteurs principaux et 2 enquêteurs locaux).

Ainsi, le personnel nécessaire pour la phase de terrain est au nombre de 19 dont 14 enquêteurs et 5 superviseurs.

#### ☐ *traitement et analyse des données*

Les données sont saisies à l'aide du logiciel Excel, puis analysées à l'aide du logiciel SPSS sous windows. La saisie des données sera effectuée par une secrétaire, le contrôle de cohérence sera

effectué par 2 superviseurs nationaux. L'analyse et l'interprétation des données se fera à partir d'un plan d'analyse préalablement établie avant la phase de saisie de données en collaboration avec les chercheurs internationaux et nationaux. Le rapport final d'enquête sera rédigé par le coordonnateur de l'enquête de terrain en collaboration avec l'équipe de l'OPALS-International.

#### □ *restitution des résultats de l'étude*

Après la rédaction du rapport final d'enquête, une réunion de restitution des données sera organisée avec le partenaire technique et financier (PNUD) ainsi que les différents acteurs et partenaires impliqués dans la lutte contre le SIDA à savoir les différentes structures impliquées dans l'étude de terrain, des représentants de l'OPALS-International et national, le Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées, le Programme national de lutte contre le SIDA, le CESAC et le Groupe coparainant de l'Onusida. Au cours de cette réunion, seront discutées les résultats et les stratégies identifiées qui tiennent compte des contraintes à la fois administratives, politiques que financières.

### **RÉSULTATS ATTENDUS**

Suite à la connaissance des déterminants de la pauvreté dans le contexte du SIDA, des actions pourront être développées pour diminuer l'impact du SIDA sur les conditions de vie des familles. Le développement d'une stratégie de prise en charge des personnes infectées par le VIH partira des besoins identifiés en informations, en conseil et en soins et se réalisera à travers des solutions qui permettent d'améliorer les problèmes économiques, sociaux et juridiques des personnes infectées ou vivants avec le VIH/SIDA.

Ainsi, les résultats de cette enquête permettront de définir les stratégies les mieux adaptées au contexte et les moins contraignantes aux populations notamment la mise en place de CTA au Mali.

### **BIBLIOGRAPHIE**

1. Vezinet B et al. VIH-1 et VIH-2 au Mali, IVe conférence internationale sur le SIDA, Stockholm, juin 1988.
2. Kodio B, Rapport sur : Prise en charge du SIDA et des autre MST dans les villes de Bamako (commune VI) et de Koutiala, Mali, Institut National de Recherche en Santé publique, Mali et Université de Montréal; Bamako, août 1995.
3. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées, *Étude de prévalence des maladies sexuellement transmissibles et des infections à VIH au Mali*, Rapport final, Bamako, 1995, pages 35-38.
4. Kane F, Santé et soins des prostituées à Abidjan, Centre de coopération internationale en santé et développement, 1995, page 18.
5. Sanders D, Sambo A. AIDS in Africa: the implications of economic recession and structural adjustment, *Health Policy and Planning*, 1991, 2: 157-65.

6. Packard RM, Epstein P. Medical research on AIDS in Africa: a historical perspective in *AIDS, The Making of a Chronic Disease*, ed by E Fee and DM Fox, University of California Press, 1992: 346-76.
7. Lalou R et Piché V. *Migration et SIDA en Afrique de l'Ouest; un état des connaissances*. Département de démographie, Université de Montréal, avril 1994.
8. Ouédraogo D, Piché V, L'insertion urbaine à Bamako, programme population et développement au Sahel, août 1994, page 153.
9. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées, Étude de Prévalence des Maladies sexuellement transmissibles et des infections à VIH au Mali, Rapport final, Bamako, août 1995, page 29.
10. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées, Étude de prévalence des maladies sexuellement transmissibles et des infections à VIH au Mali, rapport final, Bamako, août 1995, pages 8-16.
11. PNLS, Mali. Direction National de la Santé Publique, Plan stratégique 1994-98, Février 1994.
12. Pichard E et al, L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Mali, *Med Trop*, 1988; 48 (4): 345-9.
13. Ministère de la Santé, de la solidarité et des personnes âgées, Étude de prévalence des maladies sexuellement transmissibles et des infections à VIH au Mali, Rapport final, Bamako, août 1995, page 20.
14. Bardem I et al, Maux d'amour, vies de femmes: sexualité et prévention du SIDA en milieu urbain africain. Paris: L'Harmattan, 1995, 174p
15. Coulibaly SO et al, Économie de la santé au Mali, *Cahiers Santé*, 1996; 6: 353-9.
16. Coulibaly S, Dicko F, Traoré SM et al, Enquête Démographique et de Santé, Mali, 1995-1996, Cellule de planification et de Statistique, Ministère de la Santé, de la solidarité et des personnes âgées et Direction Nationale de la Statistique et de l'informatique, Bamako, et DHS, décembre 1996.
17. Over M et al, HIV Infection and sexually Transmitted disease, dans Jamison et Mosely eds, 1993, Disease Control priorities in developing countries, New York, Oxford University Press.
18. La Banque Mondiale. *Le développement à l'oeuvre pour une meilleure santé en Afrique*, Washington, 1994, pages 30-31.
19. PNLS, Mali, Direction Nationale de la Santé Publique, Plan stratégique 1994-98, février 1994, page 10.
20. La banque Mondiale, Rapport d'évaluation, République du Mali, Deuxième projet santé, population et hydraulique rurale, 22 février 1991, rapport no 8683-MLI, page 88.

21. Banque Mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique*, Washington, 1994, pages 225-62.
22. Ainsworth M, AIDS and African Development, *The World Bank Research Observer*, 1994; 9(2): 203-40.
23. Cuddington JT et al, Assessing the impact of AIDS on the growth path of the Malawian economy, *J Develop Economics*, 1994; 43: 363-8.
24. Cuddington JT, Further Results on the Macroeconomic Effects of AIDS: The Dualistic, Labor-Surplus Economy, *The World Bank Economic Review*, 1993; 7(3): 403-17.
25. Philipson T et al, The Microeconomics of the AIDS Epidemic in Africa, *Population and Development Review*, 1995; 21(4): 835-48.
26. Koompanschap M et al, Towards a New Approach for Estimating Indirect Costs of Disease, *Social Science and Medicine*, 1992; 34(9): 1005-10.
27. Johannesson M, The Concept of Cost in the Economic Evaluation of Health Care, *Intern J Techno Assess*, 1994; 10(4): 675-82.
28. Hay J et al, The economic costs of Alzheimer's Disease, *Am J Public Health*, 1986; 77(9): 1261-9.