

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

**Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

Université Polytechnique
de Bobo-Dioulasso

Institut de Développement Rural (IDR)

Département de Sociologie et
Economie Rurales

Centre National de la Recherche
Scientifique et Technologique
(CNRST)

Institut de Recherche
en Sciences de la Santé
(IRSS)

Mémoire de fin d'études
Présenté en vue de l'obtention du
Diplôme d'ingénieur du développement rural
Option : Sociologie et économie rurales

Thème :

**ANALYSE DE L'IMPACT SOCIOECONOMIQUE DES
PROGRAMMES D'ACTIVITES GENERATRICES DE
REVENUS SUR LES CAPACITES D'ADAPTATION
DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA ET
LEUR FAMILLE**

Directeur de mémoire : Dr Denis OUEDRAOGO

SAWADOGO Réléwindé

Maître de stage : Dr Léon B. G. SAVADOGO

Michel

Juin 2005

Table des matières

DEDICACES	III
REMERCIEMENTS	IV
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	V
SIGLES ET ABREVIATIONS	VI
RESUME	VII
1. INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	1
1.1. CONSEQUENCES SOCIALES ET ECONOMIQUES DU VIH/SIDA.....	2
1.2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	4
1.3. OBJECTIFS DE L'ETUDE	6
1.4. HYPOTHESES DE RECHERCHE	7
2. GENERALITES SUR LES AGR	8
2.1. LA PLACE DES ARG DANS LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH	8
2.2. SOURCE DE FINANCEMENT	9
2.3. LES PROCESSUS ET LES MECANISMES D'ACQUISITION D'UNE AGR.....	10
2.3.1. LES AGR FINANCEES PAR LES FONDS PROPRES DES ASSOCIATIONS.....	10
2.3.2. LES AGR FINANCEES PAR LE FONDS D'APPUI A L'INITIATIVE COMMUNAUTAIRE	10
3. METHODOLOGIE	13
3.1. PRESENTATION DU MILIEU DE L'ETUDE	13
3.2. METHODE DE COLLECTE DES DONNEES	15
3.3. METHODE D'ANALYSE	16
4. RESULTATS	18
4.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	18
4.1.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PRINCIPAUX BENEFICIAIRES.....	18
4.1.2. LA SITUATION SANITAIRE DU PRINCIPAL BENEFICIAIRE	21
4.1.3. CARACTERISTIQUES DES MENAGES.....	21
4.2. APERÇU DU RESEAU SOCIAL DES BENEFICIAIRES	22
4.2.1. PARTAGE DU RESULTAT DU DEPISTAGE VIH	22
4.2.2. RELATION AVEC LA GRANDE FAMILLE ET LES AMIS	22

4.2.3. LA PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH DANS SA COMMUNAUTE	22
4.3. SITUATION ECONOMIQUE DES MENAGES DES BENEFICIAIRES.....	23
4.3.1. CONTRIBUTION DES MEMBRES DU MENAGE AUX DEPENSES COURANTES	23
4.3.2. LES DEPENSES DU MENAGE.....	23
4.3.3. AIDE REÇUE DES PROCHES	25
4.4. DESCRIPTION DES AGR.....	26
4.4.1. LES TYPES D'AGR MENEES ET LEUR LOCALISATION	26
4.4.2. DUREE DE L'ACTIVITE ET TEMPS CONSACRE	27
4.4.3. INTERRUPTION DE L'ACTIVITE	28
4.4.4. SOMMES OBTENUES, PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE ET	28
DIFFICULTES RENCONTREES.....	28
4.5. IMPACT SOCIAL DES AGR SUR LES MENAGES DES BENEFICIAIRES.....	31
4.5.1. MODIFICATION DES RELATIONS	31
4.5.2. LA PVVIH ET LES EVENEMENTS SOCIAUX.....	31
4.6. IMPACT ECONOMIQUE ET SANITAIRE DES AGR SUR LES MENAGES.....	32
DES BENEFICIAIRES.....	32
4.6.1. LES BENEFICES GENERES PAR LES AGR.....	32
4.6.2. CONTRIBUTION DE L'AGR DANS LA FORMATION DU REVENU DE LA PVVIH	32
4.6.3. UTILISATION DES BENEFICES DES AGR	33
4.6.4. DEPENSES POUR LES SOINS DE SANTE PERSONNELS DE LA PVVIH	34
4.6.5. COUT DE LA MAIN D'ŒUVRE EXTRA MENAGE	37
5.1. PROFILS SOCIOECONOMIQUES DES BENEFICIAIRES ET.....	38
LES FORMES DES AGR.....	38
5.2. CONSEQUENCES SOCIALES DU VIH ET IMPACT SOCIAL DES AGR.....	40
5.3. CONSEQUENCES ECONOMIQUES ET SANITAIRES DU VIH, ET L'IMPACT	41
ECONOMIQUE ET SANITAIRE DES AGR	41
6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	43
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXES.....	48

DEDICACE

Je dédie ce travail

A mon père et à ma mère,

vous m'avez donné la vie, et toute la somme des valeurs humaines qui ne se mesurent pas, qui ne se comptent pas, qui ne se pèsent pas. Vous avez fait de moi un homme.

Ça et là j'ouvrirai votre livre de la vie.

A ma sœur Noëlie (in memoriam) et à **mon frère Benjamin** (in memoriam)

A mes frères et sœurs,

vous m'avez indiqué une voie, j'irai jusqu'au bout.

A la famille SANOU

SANOU Léonce et **madame SANOU Bit**a, si vous n'avez pas été là, le cours de l'histoire serait peut être autre.

A SANOU Zéri Hilarion ,

tu es plus qu'un ami pour moi.

A Assitan SOGORE,

regardons toujours dans le même sens.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été effectué grâce au concours de plusieurs personnes. Nous tenons à leur dire merci.

Au début de notre un sentiment de culpabilité nous habitait, comment osons-nous vouloir produire des savoirs avec des personnes en situation de détresse. Ce sentiment va vite laisser la place à l'idée de pouvoir parvenir à des résultats de recherche pouvant entraîner des bénéfiques, auxquels toutes ces personnes pourraient pleinement bénéficier. A toutes ces personnes vivant avec le VIH qui ont accepté nous recevoir, nous leur adressons nos sincères remerciements.

Nos vifs remerciements vont également :

A notre directeur de mémoire, le Dr Denis OUEDRAOGO. Votre simplicité, le sens d'un devoir bien accompli, forcent l'admiration. Vous avez conduit avec intérêt et sincérité ce travail. Puisse notre travail être à la hauteur de votre attente.

A notre maître de stage, le Dr Léon B. SAVADOGO, votre ardeur au travail et l'intérêt que vous portez à la formation des étudiants aspire la confiance.

Au président de AAS, M. Issoufou TIENDREBEOGO,
au directeur de AAS siège, M. Jean Marie BAZIE,
au coordonnateur du centre oasis, M. Halidou Bancé
merci pour la confiance que vous avez placé en moi.

A Pauline KABORE et Maïmouna SAWADOGO,
merci pour votre aide.

A tout le personnel de AAS,
merci pour la collaboration.

A M. KODIO, gestionnaire du Fonds d'appui à l'initiative communautaire (FAIC),
merci pour la franche collaboration.

A Madame KONKOBO au CIRI, merci pour la documentation.

Au personnel de l'ONUSIDA (représentation de Ouagadougou),
merci pour l'orientation et les documents.

Aux gestionnaires de la bibliothèque du Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS/IST), merci simplement.

A mes amis et camarades des universités de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso,
merci pour vos multiples conseils et soutiens. Que l'esprit de solidarité, d'honnêteté
et de combativité restent nos vertus partout où nous nous retrouverons, pour un
avenir radieux de notre peuple.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I : Répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale	19
Tableau II : Professions des conjoints des bénéficiaires	21
Tableau III : Dépense des ménagés au dernier mois	23
Tableau IV : liste des activités réalisées.....	26
Tableau V : répartition des activités dans l'espace	27
Tableau VI : montants des crédits octroyés.....	28
Tableau VII : Sommes investis aux démarrages des activités.....	29
Tableau VIII : Salaires versés aux employés par mois selon le type d'AGR	37
Figure 1 Description schématique du FAIC.....	12
Figure 2 : Répartition des bénéficiaires selon le sexe	18
Figure 3 : Répartition des bénéficiaires selon l'âge	19
Figure 4 : Répartition des bénéficiaires selon le niveau de scolarisation.....	20
Figure 5 : Répartition des bénéficiaires selon la profession antérieure à la maladie	20
Figure 6 : Distribution de la dépense mensuelle des ménages par postes.....	25
Figure 7 : Comparaison des sommes empruntées et des sommes investies au départ des AGR	30
Figure 8 : Contribution de l'AGR dans la formation du revenu de la PVVIH.....	33
Figure 9 : Dépenses de soins du bénéficiaire principal au dernier mois comparés aux montants des bénéfices générés dans le même mois	34
Figure 10 : Proportion des différentes rubriques dans la dépense sanitaires effective des PVVIH.....	36

SIGLES ET ABREVIATIONS

AAS : Association African Solidarité

AGR : Activité génératrice de revenu

ARV : Antirétroviral

ARCAD :

CAAC : Cellule d'accueil, d'accompagnement et de conseil

CG : Comité de gestion

CP : Comité de pilotage

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

FAIC : Fonds d'appui à l'initiative communautaire

FONAPE : Fonds national pour la promotion de l'emploi

FASI : Fonds d'appui au secteur informel

FAARF : Fonds d'appui aux activités rémunératrices des femmes

IEC : Information Education Communication

IDH : Indicateur de développement humain

OEV : Orphelins et enfants vulnérables

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH /SIDA

ONG : Organisation non gouvernementale

PAPME : Projet d'appui à la promotion de petites et moyennes entreprises

PEC : Prise en charge

PIB : produit intérieur brut

PPVVIH : Personne pauvre vivant avec le VIH

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

VIH : Virus de l'immuno déficient humaine

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

SP/CNLS-IST : Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections sexuellement transmissibles

RESUME

Parce qu'elle atteint aussi bien leurs revenus que la structure de consommation du fait de l'accroissement des dépenses de santé, l'infection par le VIH affecte en premier lieu et de façon marquée, les ménages. Les stratégies de ripostes aux effets néfastes du SIDA, s'articulent au tour des axes de prévention, de prise en charge médicale et de soutien de nature socioéconomique. Dans l'optique de renforcer la capacité d'adaptation des familles touchées, certaines structures de luttent contre le SIDA, ont initié des programmes d'activités génératrices de revenus (AGR) au profit des personnes vivant avec le VIH. Notre étude s'est investi à analyser l'efficacité de cette solution alternative.

Le principe de l'étude a consisté à faire une analyse quantitative et qualitative par le biais d'enquête auprès de 25 familles qui ont bénéficié du programme AGR. Quels sont les effets de ces activités génératrices de revenus sur les personnes bénéficiaires et leur famille.

Notre étude a observé les résultats suivants. Sur les 25 bénéficiaires du programme AGR, 19 étaient des femmes. Les principaux bénéficiaires avaient en moyenne 37 ans. Avant de bénéficier du programme AGR, parmi les personnes enquêtées 12 bénéficiaires étaient sans emplois rémunérés, les travailleurs du secteur informel étaient au nombre de 7 et 6 personnes étaient des salariés du secteur privé. Des 25 bénéficiaires observés, 20 personnes soit 4/5 étaient sous traitement ARV. L'ensemble de ces caractéristiques socio-démographiques soutient que les micro-crédits octroyés visent à aider ceux qui sont dans des conditions précaire à créer ou recréer leur propre activité économique.

Parmi les activités visitées, 19, soit plus des 3/5 des cas, étaient des AGR individuelles, dans 5 cas il s'agissait d'AGR collectives. L'analyse des bénéfices générés, du temps d'occupation par type d'activité a permis de conclure que les activités collectives étaient plus bénéfiques pour la personne vivant avec le VIH (PVVIH) et aussi plus stable. La durée moyenne d'interruption du travail chez les patients sous ARV était de 1, 5 semaines, par contre elle était de 2,80 semaines chez les personnes qui ne bénéficient pas encore de ce traitement. Cette différence permet de conclure que la mise sous traitement par les antirétroviraux est un facteur essentiel pour la réussite des micro-projets initiés.

En moyenne, les structures accordent une somme de 192368 FCFA pour l'installation d'une AGR. Ces sommes sont relativement suffisants pour créer des activités d'envergure moyenne. Le bénéfice mensuel moyen généré par les activités était de 24980 F CFA. Nos résultats montrent que les bénéficiaires ont tendance à investir des sommes supérieures aux crédits obtenus lorsque ces derniers atteignent la valeur de 200000 F CFA. Par contre la situation est

inversé lorsque les bénéficiaires obtiennent des crédits dont les montants sont en deçà de 200000 F CFA. Ils ont tendance dans cette situation d'investir moins que les sommes obtenues. L'octroi des sommes élevés comporte des risques de non-recouvrement des prêts, Cependant il favorise un engagement réel de la part de la PVVIH et même de ses proches qui l'aide à investir de manière importante.

Dans 21 cas, soit plus des 4/5 des situations, l'AGR a contribué à plus de 50% à la formation du revenu de la PVVIH. Dans 20 cas soit 4/5 de l'échantillon, les bénéfices engendrés par l'AGR sont supérieurs aux dépenses effectives de soins de santé du mois de la PVVIH. Ces résultats montrent que les bénéfices générés par les activités pourraient couvrir la dépense sanitaire qui constitue le premier souci de la PVVIH. L'amélioration continue du niveau de vie des PVVIH leur redonnera une position acceptable et réduira les rejets, surtout par le biais de l'exercice d'une activité au sein de la société.

Mots-clés : Infection par le VIH, capacité d'adaptation, ménage, analyse socioéconomique, programmes d'activités génératrices de revenus (AGR)

1. INTRODUCTION

En 2003, quarante deux millions de personnes vivaient avec le VIH/SIDA dans le monde et plus de 95 % d'entre elles dans les pays en développement. L'Afrique, avec 26 millions de personnes contaminés, est le continent le plus touché selon le rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA de 2002. Ces chiffres suffisent à décrire l'épidémie du SIDA comme l'une des pires catastrophes sanitaires auxquelles l'humanité ait été confrontée. De problème de santé, le SIDA a acquis le statut de crise majeure de développement.

L'impact du SIDA ne se réduit pas à un simple choc sanitaire brutal, mais il bouleverse durablement et en profondeur de multiples secteurs de la société (SOUTEYRANT, 2004). L'infection par le VIH s'étend et elle déclenche des réactions en chaîne qui s'accroissent avec le temps. Affectant d'abord les individus et les ménages directement concernés, l'impact va se propager dans les différents secteurs de l'économie et de l'activité publique. A terme c'est le développement dans son ensemble qui est compromis. Au Burkina Faso, l'ONUSIDA estimait en 2003 le nombre de personnes infectées par le VIH à 350000 individus de 15 à 49 ans et à 20000 enfants. L'évolution des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH et les familles touchées par la maladie est très peu connue. On ignore particulièrement la portée des réels coûts supportés par les familles, les conséquences de la maladie sur l'organisation familiale, la nature et les modalités des réponses développées par les familles touchées.

Le Burkina Faso est l'un des pays les plus pauvres du monde. Le produit intérieur brut (PIB) par tête est de 220 dollars américains par an. L'indicateur de développement humain est l'un des plus faibles du monde (0.304 en 1997) selon le rapport de développement humain du Burkina Faso (1998). Il n'y a pas de système de protection sociale et sanitaire généralisée. Le système de santé compte de nombreuses failles (SAVADOGO, 2001) et on y observe une couverture insuffisante des infrastructures de santé. Malgré les efforts de prise en charge, l'accès aux soins reste largement insuffisant pour les personnes vivant avec le VIH. C'est dans ce contexte, que la diversification des sources de revenus des personnes touchées par le VIH est entreprise par certaines associations et ONG comme moyen pour atténuer l'impact socioéconomique du VIH/SIDA.

1.1. Conséquences sociales et économiques du VIH/SIDA

Le VIH /SIDA a des effets néfastes dans le monde et particulièrement dans les pays à forte prévalence. Le système de santé, le système éducatif et les capacités productives des entreprises, du monde rural et commercial sont extrêmement affaiblis par les effets de la pandémie que constitue le VIH /SIDA. Au-delà du drame individuel, la maladie ou le décès d'une personne du fait du VIH entraînent d'importants et profonds effets sur la famille au plan social et économique. La maladie ou le décès d'un adulte jeune, de 30-45 ans, laissent dans le désarroi et sans ressources des femmes, des enfants et des personnes âgées.

L'agriculture et le développement rural sont gravement affectés par la perte des personnes actives de ce secteur. L'objectif de « l'éducation pour tous » s'éloigne avec la perte des enseignants et l'incapacité des parents à scolariser leurs enfants ; les systèmes de soins sont fragilisés (UNAIDS, 2004).

Le VIH/SIDA est un problème de développement social et économique on pourrait le qualifier de « maladie de développement » (DOZON et al., 1994). La dégradation des liens sociaux et des économies entrave le développement des pays touchés. L'impact socioéconomique du SIDA est une réalité vécue. Les conséquences du SIDA se révèlent sous plusieurs formes.

En effet, la maladie entraîne une baisse de productivité du fait que les personnes infectées sont le plus souvent bien formées, expérimentées, actives dans leur domaine d'activité. D'autres charges telles que le coût des traitements des malades, les coûts de prévention (Information, Education, Communication), les coûts de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, les coûts de renforcement des compétences et des ressources humaines pour faire face au fléau absorbent une bonne partie des budgets nationaux des pays touchés (COHEN, 1999). On peut aussi évoquer les coûts non mesurables de la douleur et de souffrance des personnes et des familles infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Le SIDA annule le peu de progrès social, économique et sanitaire qui s'observait dans les pays en voie de développement (UNDP, 2003). Dans les pays les plus touchés, l'espérance de vie recule, la pauvreté s'accroît et la crise alimentaire s'accroît. Socialement, les personnes infectées, les familles affectées sont parfois

isolées en raison des préjugés et de la discrimination liés au SIDA (GEHLER et al. 2000).

Au Burkina Faso, dans l'étude menée par BOILY (2001), 18% des personnes enquêtés (des ruraux et des urbains) affirment subir un isolement et un abandon de la part des membres de leur ménage. Les ménages affectés par le SIDA voient leur niveau de vie se dégrader, avec un risque de tomber dans l'extrême pauvreté. Le VIH/SIDA entraîne une perte des revenus avec un accroissement important des besoins. En 2001, le traitement aux ARV coûtait en moyenne 345000 F CFA par mois (GREGOIRE et al. 2000) soit 590 \$US, il faut y ajouter entre autre les frais d'hospitalisation et de transport. L'accord récemment conclu avec les compagnies pharmaceutiques a permis de ramener le coût mensuel du traitement avec les antirétroviraux (ARV) d'environ 100 \$US, soit plus du tiers du revenu annuel moyen d'un ménage burkinabé. Parfois les familles se dépouillent complètement (vente de terre, de bétail) pour faire face aux nouveaux besoins et ceci au détriment des dépenses consacrées à l'éducation, au logement et aux soins des autres membres de la famille.

Le VIH /SIDA a un fort impact sur les relations sociales et les équilibres économiques des individus et des familles. On a observé la fragilisation des réseaux communautaires de solidarité, la disparition des certaines formes de soutien (VALLIN et al., 1994).

Au Burkina Faso, le VIH/SIDA affecte majoritairement les adultes jeunes (30-45 ans) en pleine activité économique et sociale, pourvoyeurs de ressources financières des familles et acteurs sociaux les plus dynamiques (actifs lors des mariages, des baptêmes, des enterrements et des funérailles, etc.). Le SIDA les fragilise à l'acmé de leur capacité de production socio-économique.

Les recherches sur l'impact socio-économique du VIH/SIDA ont une importance capitale dans la définition de politique et de stratégie d'intervention pour une solution à ce problème de développement. Depuis le début de la pandémie plusieurs études sur l'impact socioéconomique du VIH/SIDA ont été conduites dans divers pays et à diverses périodes de l'épidémie. La plupart de ces études ont été réalisées dans les pays pauvres. Au Burkina Faso les études de BOILY (2001) font ressortir les impacts observés du VIH/SIDA sur la pauvreté. Ces impacts sont distingués selon les niveaux micro, méso et macroéconomique. Au niveau microéconomique les impacts

se font sentir sur les plans du capital physique, du capital financier et du capital social. Ces études montrent que 65 à 90 % des familles affectées par le VIH connaissent une diminution de leur revenu, tandis que 17 % des ménages ruraux et 22 % des ménages urbains diminuent les investissements.

Cependant la quasi-totalité des études déjà menées se sont contentées de ressortir les effets néfastes de la maladie. Au Burkina Faso, sur le plan macroéconomique les résultats préliminaires obtenus au moyen d'un modèle élaboré en 2000 estiment que la baisse annuelle de croissance du produit intérieur brut (PIB) par habitant en raison du SIDA pourrait être de 0,8% d'ici 2010 (ONUSIDA, 2000). On estime que les familles dépensent entre 416 et 546 dollars soit deux fois le revenu par habitant en 1993 pour la prise en charge d'un malade du SIDA par an jusqu'à la fin de sa vie. Une étude réalisée en 1997 par la FAO au Sangué et au Bulkiemdé révèle un changement dans les schémas de travail et une baisse généralisée de la production alimentaire pour faire face au SIDA dans les ménages. Cette étude a relevé une baisse de 25 à 50% des revenus nets de la production agricole. Sur le système éducatif du Burkina Faso un modèle élaboré par l'ONUSIDA et l'UNICEF en 2000, montre que, sur environ 700000 élèves du primaire 7400 auraient perdu un enseignant à cause du sida en 1999. Sur le secteur de la santé, on estime entre 37 millions et 57 millions de dollars le coût annuel de l'extension des programmes de lutte contre le SIDA (ONUSIDA, 2000).

1.2. Contexte

En général, les réponses au VIH/SIDA s'articulent autour des axes de prévention, de prise en charge médicale et de soutien de nature socioéconomique. La nécessité et l'importance de renforcer les capacités des ménages touchés par le SIDA se sont fait sentir très tôt. Plusieurs types de soutien ont été proposés et mis en place (aide financière directe, services de soins à domicile, appui alimentaire, suppression des frais de scolarité, etc.). Par la suite, Les programmes de micro-crédits visant la création d'activités génératrices de revenus (AGR) ont été proposés pour apporter une réponse plus adaptée et pérenne. Cette stratégie peut être une solution au besoin de renforcement des capacités d'adaptation des personnes et des familles face au SIDA. Les travaux comme celui de Sonnet (2000) et de UNDP (2002)

mettent en exergue un lien assez étroit entre le VIH/SIDA et la pauvreté. Combattre donc la pauvreté est un moyen de réduire les risques de propagation de la maladie. Le Burkina Faso, dans son cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, a défini l'élargissement des opportunités en matière d'emplois et d'activités génératrices de revenus pour les pauvres comme l'un des axes stratégiques prioritaires. Cependant, la promotion des AGR au profit des plus pauvres se heurte à la méfiance des institutions financières à financer des « personnes sans garantie ».

Malgré la mise en place des institutions de financement telles que le fonds national pour la promotion de l'emploi (FONAPE), le fonds d'appui au secteur informel (FASI), le fonds d'appui aux activités rémunératrices des femmes (FAARF), le projet d'appui à la promotion des petites et moyennes entreprises (PAPME), les projets initiés par des personnes pauvres vivants avec le VIH (PPVIH) restent le plus souvent sans source de financement. Face à cette situation, certaines associations et ONG ont choisi d'intégrer les financements des AGR des PVVIH dans leurs activités. C'est ainsi que les AGR proposées dans ces associations de lutte contre le SIDA apparaissent comme une renaissance d'une économie sociale.

Qu'il s'agisse de coopératives, des mutualités ou d'autres initiatives associatives, l'histoire nous apprend d'abord qu'elles sont le plus souvent nées sous la pression des besoins importants non satisfaits, pour répondre à des difficultés aiguës. En ce sens, on peut parler d'une "condition de nécessité".

Ainsi, les caisses de secours mutuels qui sont apparues un peu partout dans les pays occidentaux au XIX siècle ont été mises sur pied par des populations ouvrières ou paysannes aux conditions de vie précaires qui avaient difficilement accès aux soins de santé. Les coopératives de consommation étaient l'expression des efforts collectifs de personnes dont les moyens de subsistance étaient maigres et qui voulaient acheter leur alimentation à meilleur prix. Quant aux coopératives ouvrières de production (on parle aujourd'hui de coopératives de travail), elles traduisaient une réaction des travailleurs qui voulaient sauver leur métier. Dans toutes les circonstances, c'est poussés dans le dos par une pression économique ou socio-économique que les gens se sont serrés les coudes et ont mis sur pied des entreprises d'économie sociale. La condition de « nécessité » est aujourd'hui bien claire dans la situation des PVVIH qui tentent de développer des AGR pour satisfaire leurs multiples besoins qui ne cessent d'accroître. Si la pression de la nécessité

suffisait à faire naître les initiatives d'économie sociale, l'histoire de l'économie sociale nous apprend qu'un second facteur joue un rôle tout aussi moteur et constitue une condition tout aussi essentielle que la première : l'appartenance à un groupe sociale soudé par une identité collective ou par un destin commun (DEFOURNYET al., 1998).

L'échec des initiatives d'économie sociale résulte en partie du manque de destin commun du groupe. Notre étude cherche à comprendre, si le destin commun des PVVIH donne à cette communauté la possibilité de mieux réussir leur tentative de solidarité. Il importe de comprendre les mécanismes, les formes et d'analyser les impacts réels et les potentiels des AGR afin d'apporter les ajustements nécessaires.

La présente étude cherche à répondre à trois principales questions :

- Les AGR contribuent-elles à réduire la vulnérabilité des personnes et de familles touchées par le VIH/SIDA par le biais de changements sociaux et économiques ?

- Les programmes de micro-crédits peuvent-ils être à la base de la création de sources de revenu stable ?

- Quels sont les atouts et les faiblesses des mécanismes mis en place dans le domaine des AGR menées par les PVVIH ?

Rare sont les études qui se sont investies à analyser l'efficacité des solutions alternatives déjà développées sur le terrain pour atténuer l'impact socioéconomique du SIDA. Il est donc fondamental de réaliser des études en vue d'évaluer l'efficacité des formes de soutien mises en place sur le terrain. Les résultats devraient permettre aux gouvernements et aux autres acteurs du développement de planifier l'allocation de leurs ressources ou de réorienter les efforts de lutte contre le SIDA.

1.3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'analyser l'impact des programmes d'activités génératrices de revenus sur les personnes infectées par le VIH/SIDA et leur famille pour une meilleure définition des stratégies de soutien socio-économique.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont :

1. Identifier les caractéristiques socio-démographiques des PVVIH bénéficiaires d'une AGR.
2. Identifier les types d'AGR et les conditions d'octroi.
3. Evaluer le changement social induit par l'AGR sur la PVVIH et de sa famille.
4. Evaluer l'apport de l'AGR dans la situation économique de la PVVIH et de sa famille.

1.4. Hypothèses de recherche

Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

- Les types d'AGR développés sont adéquats pour la PVVIH.
- La mise en place des programmes d'AGR contribue à couvrir les dépenses de soins engendrés par l'infection à VIH.
- Les AGR réduisent l'affaiblissement des réseaux sociaux ou rétablissent ces réseaux.

2. GENERALITES SUR LES AGR

2.1. La place des AGR dans la prise en charge des PVVIH

Une AGR est une activité reçue en propriété, contrôlée et gérée par les membres d'une association (le groupe cible même), dans le but principal de générer, au cours d'une certaine période, un revenu suffisant, régulier et durable (MARC, 1998).

La prise en charge de la PVVIH nécessite une approche globale incluant l'aspect médical, psychosocial et économique. En effet, avec la mise en place des traitements ARV dont les PVVIH peuvent bénéficier à des coûts relativement réduits, la prise en charge (PEC) au niveau des structures de soutien aux PVVIH doit intégrer l'insertion socioéconomique comme le dernier maillon du processus. Au début de l'épidémie, les structures de prise en charge se contentaient d'accompagner leurs patients, avec des conseils et des médicaments essentiellement contre les infections opportunistes, avec un espoir très réduit de voir un allongement de la vie de ces derniers. Aujourd'hui le traitement par les ARV change cette réalité. Le patient qui bénéficie d'une prise en charge, accompagnée d'un traitement ARV, retrouve le plus souvent une santé plus ou moins stable. Le problème essentiel auquel il faut trouver une solution, est permettre à la PVVIH de retrouver une activité rémunératrice dans la mesure ou le long temps d'arrêt de travail à occasionner le plus souvent, la perte de son emploi, le privant d'une source importante de revenu. Et cela le plus fréquemment chez des travailleurs du secteur informel faute de protection légale et d'un système de sécurité sociale (BOILY et al. 2001).

La réinsertion de la PVVIH passe souvent par la création d'AGR. Ces AGR sont le plus souvent réalisées grâce aux financements directs des associations de luttés contre le VIH/SIDA ou des micro-crédits obtenus auprès des institutions financières. Les répercussions de ces micro-crédits sont à la fois économiques et sociales, bien au-delà des effets financiers. L'AGR contribuerait à donner une satisfaction morale à son bénéficiaire. Outre la satisfaction morale, l'AGR peut être un moyen pour la PVVIH de parvenir à une certaine indépendance financière.

La dépense liée aux soins de la maladie à laquelle doivent faire face la PVVIH et sa famille, malgré la réduction des prix des médicaments, les subventions accordées par les associations auxquelles elles sont liées, reste tout de même non négligeable.

Par exemple, une PVVIH qui est sous ARV soutenue par l'Association African Solidarité doit payer par mois 2 500 F CFA, sans compter les médicaments contre les maladies opportunistes et les examens de laboratoire. L'AGR apparaît comme une source de financement pérenne sur laquelle peut s'appuyer la PVVIH pour faire face à certains de ses besoins croissants. L'AGR proposée à la PVVIH peut se définir comme un moyen de réduire la précarité des personnes atteintes, à travers la création d'une activité qui leur procure des revenus réguliers, pour améliorer leur qualité de vie et faciliter leur accès aux soins.

2.2. Source de financement

La mise en place d'AGR existe depuis de nombreuses années pour aider les personnes démunies dans les pays en développement. A ce titre, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), de même que les organisations financières nationales et internationales financent de nombreux projets pour des individus ou des collectivités. Mais les personnes malades, et particulièrement celles qui sont infectées par le VIH en sont souvent exclues, du fait du peu d'avenir qu'on leur accorde et des risques pour le recouvrement des prêts. Des associations de luttés contre le VIH/SIDA et des organisations non gouvernementales (ONG) grâce à leurs propres ressources ou celles accordées par le fond d'appui à l'initiative communautaire (FAIC) mise en place par le réseau Afrique 2000, sont entrain de montrer que ce type d'activité peut tout à fait s'adresser aux PVVIH, dans la mesure où une partie des revenus est utilisée pour la prise en charge de leur maladie.

L'Association African Solidarité (AAS) grâce à ces propres fonds ou l'appui du projet FAIC, développe un tel programme d'AGR.

2.3. Les processus et les mécanismes d'acquisition d'une AGR

Les AGR sont financées soit par les fonds des associations, soit par le Fonds d'Appui à l'Initiative Communautaire (FAIC) en partenariat avec les caisses de crédits.

2.3.1. Les AGR financées par les fonds propres des associations

L'association de lutte contre le sida, AAS, accorde des crédits à ses patients ou membres, afin qu'ils créent des activités pouvant générer des revenus. Les bénéficiaires peuvent demander un financement collectif ou individuel. Les postulants aux financements doivent monter un projet, qu'ils déposeront auprès de l'association. Les personnes ciblées en priorité sont celles ayant une situation économique très précaire. Un taux d'intérêt de 1,5 % par mois est appliqué aux montants empruntés. Les délais de remboursement sont fixés selon les montants des crédits. Ces délais varient entre 6 mois et 2 ans. En plus de ces micro-crédits, l'association a mis en place des projets-pilotes dont des kiosques café-santé, des téléc centres, des ateliers de coutures et de cybercentres etc. Certains membres de l'association sont employés dans ces projets. Une partie des bénéfices générés est réinvestie dans le fonctionnement de l'association.

2.3.2. Les AGR financées par le Fonds d'appui à l'initiative communautaire

Le FAIC est un projet pilote qui s'inscrit dans le cadre du soutien apporté par AIDES (ONG française) au Réseau Afrique 2000 regroupant quinze associations africaines de lutte contre le sida dans sept pays (Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Mali, Niger, Togo). Le projet FAIC a démarré ses activités à Ouagadougou en juin 2002.

L'objectif global du FAIC est de soutenir par les micro-crédits, des activités génératrices de revenus permettant l'amélioration de la qualité de vie et l'accès aux soins des PVVIH suivies par des associations locales partenaires. Le FAIC vise la constitution d'une épargne santé par les bénéficiaires, qui peut servir au paiement des actes médicaux et à l'achat de médicaments essentiels, voire les ARV dans les pays qui ont mis en place une initiative nationale d'accès aux traitements avec des

mécanismes de subvention. Le compte épargne -santé est un compte unique rémunéré à 2 % par mois ouvert par la caisse de crédit (partenaire) au nom de l'association proposant la prise en charge médicale et psychosociale. Les bénéficiaires d'AGR versent leur épargne directement à l'association gestionnaire qui est chargée du suivi du compte au niveau de la caisse. Ce compte fait l'objet d'un suivi individualisé et l'association gestionnaire a l'obligation d'adresser un état trimestriel du compte à chaque personne qui cotise, faisant apparaître les encaissements et les décaissements. La cotisation est fixée à un montant minimum de 1000 F CFA par mois. Elle peut cependant être augmentée sur une base volontaire selon les possibilités du bénéficiaire. Il s'agit d'une épargne de type prévoyance qui permet à son bénéficiaire et aux ayants droits de prendre en charge ses dépenses de santé ou celles de sa famille.

Les partenaires locaux chargés de la mise en œuvre du projet sont les associations de luttés contre le SIDA réunies au sein d'un comité de gestion (CG) auquel participent un représentant de la caisse d'épargne et de crédit et un représentant du secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (SP/CNLS-IST).

Afin d'assurer la cohérence et une conduite participative du projet, plusieurs organes ont été constitués. Il s'agit notamment d'un comité de pilotage, d'un comité de gestion et d'une cellule d'accueil, d'accompagnement et de conseil.

Le comité de pilotage (CP) basé à Paris, composé de l'initiateur du projet (AIDES) et de son partenaire Solidarité Sida. Le comité veille au bon déroulement du projet et se réunit à Paris au minimum une fois par mois. Il est notamment chargé de la mobilisation des ressources, de la supervision des actions et de la négociation des conventions avec les caisses de crédit sur chaque site.

Le comité de gestion (CG) composé des associations locales et des personnes ressources issues d'institution et d'agences de coopération. Le CG est chargé de la sélection des dossiers de demandes de prêt et veille au respect des critères d'éligibilité des dossiers. Il donne un accord final quant aux dossiers retenus pour être soumis à la caisse de crédit.

La cellule d'accueil, d'accompagnement et de conseil (CAAC) animée par un technicien en développement communautaire. Il est chargé d'accueillir les porteurs

de projets, d'étudier la faisabilité de chaque projet, en terme de pertinence et en terme financier. IL soumet au comité de gestion les dossiers qu'il sélectionne pour un accord final avant de présenter ces dossiers à la caisse d'épargne et de crédit qui octroie le prêt et en assure le recouvrement. Le fonds de crédit sur chaque site est mis à la disposition de la caisse d'épargne et de crédit dans le cadre d'un protocole d'accord précisant les modalités d'accès au crédit par les bénéficiaires, et les obligations de chaque partie.

La figure 1 montre les mécanismes d'action du FAIC.

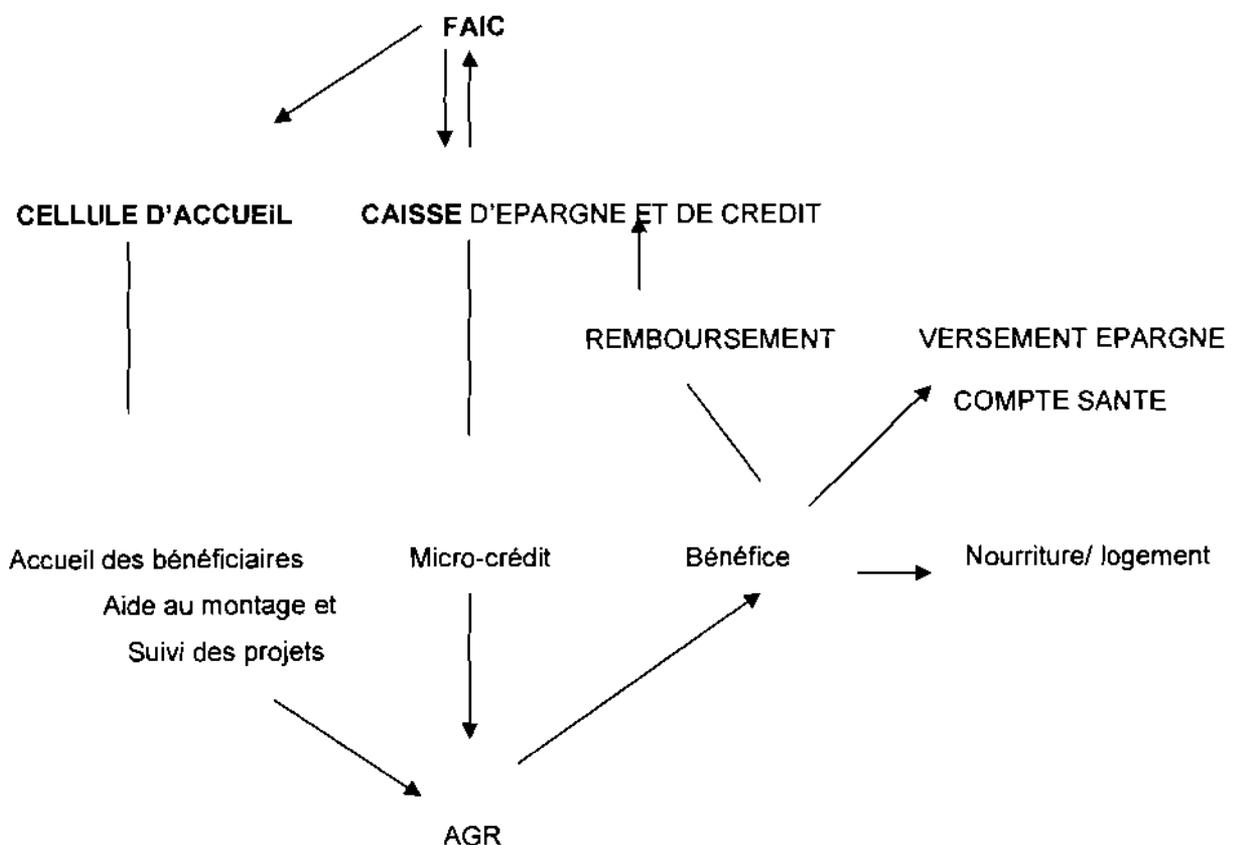


Figure 1 Description schématique du FAIC

Source : Rapport d'activité du FAIC

3. METHODOLOGIE

3.1. Présentation du milieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans la ville de Ouagadougou. C'est la ville qui compte le plus grand nombre d'associations engagées dans la lutte contre le VIH / SIDA. Il est donc probable qu'une grande partie des personnes dépistées positives dans cette ville se trouve affilier à une association. L'association ci-dessous présentée est la structure que nous avons intégré pour mieux être en contact avec la population cible de l'étude. Le choix de cette association se justifie par son engagement dans le domaine des AGR.

En effet parmi les 158 associations répertoriées en 2002 par le CNLS/IST, AAS est citée comme l'une des associations ayant intégré un volet AGR dans ses activités. Nous avons retenu cette dernière du fait qu'elle constitue un partenaire du FAIC et qu'elle développe les AGR il y a au moins 3 ans, ce qui nous permet d'entreprendre une analyse d'impact. En plus de ce critère, Laurent (1994) fait ressortir que plus de 50% des personnes soumises à un sondage à Ouagadougou, citaient AAS bien connue pour ses interventions importantes.

L'Association African Solidarité (AAS) est une ONG née du réseau des clubs UNESCO en 1993 qui axe ses activités autour de la lutte contre le VIH/SIDA. Quatre vingt membres actifs oeuvrent à temps plein pour l'un ou plusieurs projets de l'association. Les buts de l'association sont : sensibiliser et éduquer les populations rurales et urbaines sur les problèmes de santé notamment le SIDA, les IST, l'abus de drogue et d'hygiène.

AAS est basée à Ouagadougou (quartier Ouidi). Des prospectives sont faites pour une éventuelle installation de l'association dans d'autres villes du Burkina. Pour mener à bien ces activités, AAS a mis en place plusieurs services au sein du centre Oasis. On dénombre essentiellement les prestations suivantes :

Les conseils : Une équipe de conseillers reçoit les personnes désireuses de faire le test de dépistage de SIDA. Les conseillers leur donnent toutes les informations relatives au test et s'assurent de leur consentement éclairé et évaluent leurs capacités à affronter le résultat de leur test.

Le dépistage : Le dépistage se fait de la manière permanente et à travers des campagnes. Le prélèvement se fait à l'infirmierie du centre et les analyses au laboratoire du camp de l'unité avec le quel le centre OASIS entretient une convention de partenariat.

Le suivi médical : Le centre assure le traitement des maladies opportunistes chez les PVVIH et le suivi médical des personnes sous antirétroviraux (ARV). Il dispose pour cela d'une équipe de 3 infirmiers et de 3 médecins, un pharmacien, un gestionnaire de pharmacie et une vendeuse.

L'appui en médicament : Le dépôt pharmaceutique permet aux PVVIH de s'approvisionner en médicaments à moindre coût. Ce dépôt offre surtout des génériques. Pour les spécialités, le centre subventionne 50 % du coût pour les hommes, 75% pour les femmes, et 100% pour les enfants. Il en est de même pour les examens médicaux. Le centre collabore avec deux laboratoires d'analyse deux pharmacies de la place.

L'appui alimentaire : L'appui alimentaire se fait de plusieurs manières : les repas communs pour les bénéficiaires (2 fois par semaine) pris au centre, les ateliers culinaires (1 fois par mois) et la dotation en vivres (1 fois par mois.

L'appui juridique : Un juriste volontaire assure 2 permanences par semaine pour orienter les bénéficiaires (les femmes surtout) par rapport à leurs problèmes juridiques tels que le retrait des enfants, les expropriations, etc.

L'insertion socio-économique : Dans le but d'assurer une certaine indépendance financière aux PVVIH, le centre leur accorde des micro -crédits pour la réalisation d'activités génératrices de revenus. En exemple en 2000, A.A.S à lancer le projet « café santé plus » à Ouagadougou avec l'appui financier et technique de Fondation allemande pour la Population Mondiale (DSW). L'un des objectifs du projet est de permettre la réinsertion socioprofessionnelle de 60 personnes infectées ou affectées par le VIH.

L'appui psychologique : L'appui psychologique se fait à travers les groupes d'auto support (groupe de paroles) qui permettent aux PVVIH d'échanger sur leur situation et aussi à travers des consultations psychologique assurées par un psychologue clinicien.

La prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV): La section OEV s'occupe des enfants infectés et affectés par le VIH. Les enfants, en plus des prestations ordinaires du centre citées ci-dessus, bénéficient d'un appui scolaire, d'activités récréatives, etc..

En terme de chiffres, le centre Oasis réalise en moyenne 100 dépistages par mois, plus de 1000 PVVIH sont suivies, environs 100 personnes sont sous traitement ARV, plus de 600 orphelins et enfants vulnérables sont prise en charge.

3.2. Méthode de collecte des données

La recherche a une double dimension, à savoir économique et sociale. Elle a été conduite selon une approche pluridisciplinaire. Il s'agit d'une étude en plusieurs phases. Une association de lutte contre le SIDA et le FAIC ont été les structures concernées par l'étude. Au total 25 familles bénéficiaires de financement d'une AGR, mise en en place, il y a au moins 6 mois, ont été concernées par l'étude. L'infection par le VIH est vue comme un drame individuel et familial. Il n'est pas aisé d'obtenir l'adhésion des personnes ou des familles à participer à des études qui touchent leur vie privée. C'est ainsi que nous avons participé à diverses activités des associations, afin d'acquérir la confiance nécessaire pour entrer en contact avec des PVVIH et être autorisé à visiter les familles et les lieux des activités.

La première phase a consisté à établir la liste des personnes bénéficiaires d'AGR et de les regrouper par type d'AGR. Au cours de cette phase, toutes les informations sur les mécanismes d'attribution, de gestion et de suivi des AGR ont été collectées auprès des structures responsables.

Les bénéficiaires ont été tous recrutés dans une association de lutte contre le VIH/SIDA offrant un programme d'AGR. Ils sont informés de leur statut sérologique par les conseillers de dépistage VIH et ils ont tous une part active et dynamique dans la réponse au problème puisqu'ils participent déjà à un programme de soutien au sein de l'association.

Un premier entretien semi-ouvert avec les bénéficiaires a permis d'établir une première photographie des conditions de vie de la famille, les réseaux sociaux et la

situation économique des familles à partir des caractéristiques socio-démographiques et économiques.

Une seconde phase a consisté en un suivi des activités des PVVIH participant à un programme d'AGR par des entretiens et des visites de terrains pour analyser l'évolution socioéconomique en rapport avec le développement des AGR (condition de vie, évolution des rapports sociaux, de l'organisation familiale etc.).

Le principe de l'étude a consisté à analyser par le biais d'enquêtes, les conditions de vie des familles touchées par le VIH/SIDA et bénéficiant d'un programme d'AGR, à la fois en terme d'organisation familiale, de réseau social et en terme de gestion de ressources économiques.

L'organisation familiale comprenait la répartition des responsabilités dans le ménage, la situation des enfants (scolarisation), les mécanismes de solidarité familiale et communautaire, l'insertion sociale de la famille. L'évolution économique du ménage a été abordée en terme de niveau de vie (modification des dépenses et des revenus, transfert des dépenses, changement dans la nature des besoins, accroissement de certains besoins, capacités d'y faire face, sources financiers) et également en terme d'activités productives (apport, qualité etc.).

Ces évaluations se faisant dans le temps l'évolution tenaient compte du début de l'AGR et de son développement.

3.3. Méthode d'analyse

Des études relatives aux impacts des programmes de santé posent un bon nombre de difficultés aux chercheurs. Cela s'explique par le fait que ces programmes visent à la fois des objectifs de rentabilités économiques et sociales. La difficulté majeure consiste à mettre les données d'ordre démographique, économique, social et épidémiologique en relation. Procéder donc à des appariements particulièrement difficiles à conduire et à interpréter quand on travaille à l'échelle individuelle ou familiale. Dans le but de satisfaire aux règles éthiques élémentaires, notre étude a recruté les PVVIH dans des associations qui ont proposé un dépistage aux patients et qui de ce fait, leur ont communiqué leur statut sérologique et se sont engagées à assurer une prise en charge ultérieure tant au niveau thérapeutique que

psychosocial. Ce type de recrutement induit bien sûr des biais méthodologiques, notamment sur le plan de la représentativité, limitant les possibilités de généralisation des résultats. Il permet malgré tout de recueillir de nombreuses informations, sans doute le compromis idéal entre efficacité méthodologique et respect des règles éthique est-il difficile à atteindre mais l'essentiel est de ne jamais le perdre de vue, et surtout que les confrontations entre chercheurs y fassent en permanence référence, pour tenter de concilier exigences scientifiques et impératives éthiques. Ces confrontations pourraient aboutir à l'élaboration d'un code d'éthique définissant les modalités pratiques de réalisation des enquêtes sur le SIDA.

L'adage populaire dit que "la santé n'a pas de prix", il convient cependant de relever que la santé a un coût. Dès lors, il est important de mesurer les impacts des programmes de santé afin de mieux allouer les financements. Grâce à une analyse quantitative et qualitative, nous avons évalué les avantages économiques (notamment monétaires) et les avantages sociaux 'intangibles' (essentiellement subjectifs et liés aux avantages ressentis par l'individu lui-même quand ce dernier bénéficie d'une AGR).

- Pour juger de l'accessibilité et de la pertinence des AGR nous avons analysé les types et les domaines des AGR, les conditions d'octroi, la durée ainsi que les caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires.

Cette analyse à travers des statistiques simples a permis de confirmer quelle forme d'AGR est la mieux adaptée pour une PVVIH.

- Pour mesurer l'impact social de l'AGR, nous avons cherché à saisir la perception du principal bénéficiaire.

- Pour analyser l'incidence économique des AGR, nous avons comparé les coûts des soins mensuels de la PVVIH et les bénéfices engendrés par l'AGR. Nous avons évalué l'apport de l'activité dans le revenu mensuel du bénéficiaire.

4. RESULTATS

4.1. Description de la population étudiée

Au total 25 familles affectées par le VIH/SIDA ont été visitées. Dans chacune de ces familles, une personne était bénéficiaire du programme AGR comme forme de réponse aux conséquences sociales et économiques engendrées par la maladie. Les caractéristiques individuelles des bénéficiaires et certaines caractéristiques de leur famille sont décrites dans ce chapitre.

4.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des principaux bénéficiaires

La figure 2 donne la répartition des bénéficiaires selon le sexe. Sur les 25 bénéficiaires du programme AGR, 19 étaient des femmes, soit 4/5 des personnes soutenues.

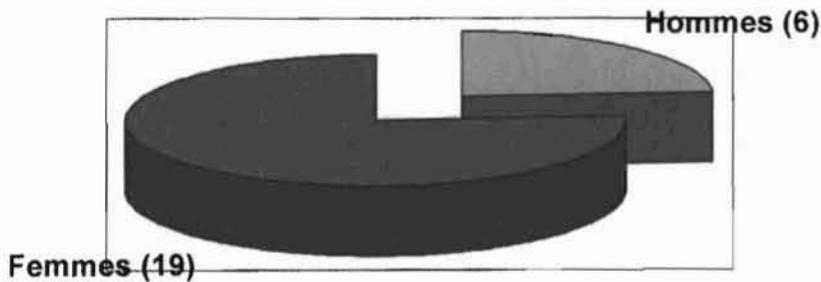


Figure 2 : Répartition des bénéficiaires selon le sexe

Les principaux bénéficiaires avaient en moyenne 37 ans. L'échantillon était constitué d'adultes, acteurs potentiels du développement économique et assumant la responsabilité d'une famille. Au vu de la charge probable que ces personnes doivent supporter, l'AGR aurait des répercussions au-delà de l'individu. La figure 3 donne la répartition selon l'âge.

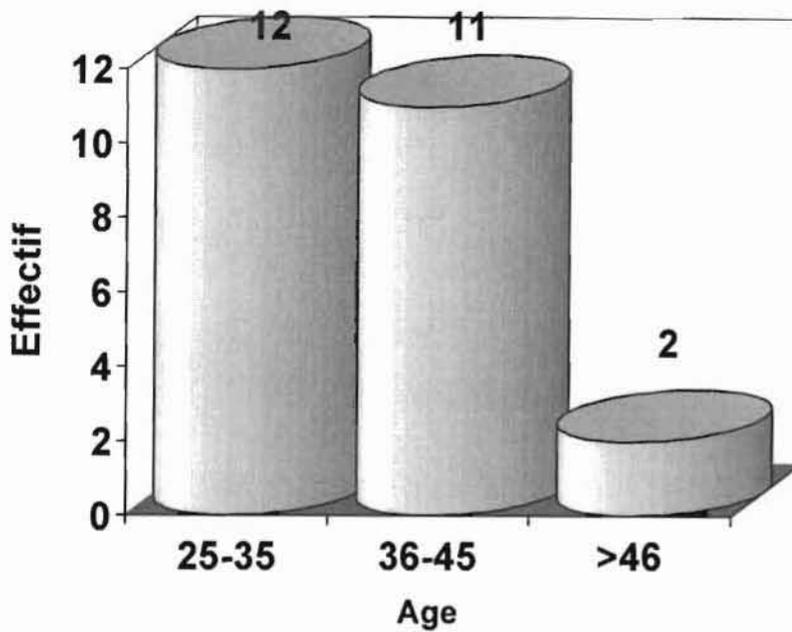


Figure 3 : Répartition des bénéficiaires selon l'âge

Sur les 25 bénéficiaires du programme AGR, plus de la moitié (13/25) était mariée à un seul conjoint (monogame) et le second groupe était constitué par les veufs et veuves (6/25). Le tableau I donne la répartition des bénéficiaires selon le statut matrimonial.

Tableau I : Répartition de l'échantillon selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectifs
monogames	13
polygames	2
divorcés	1
célibataires	3
Veufs et veuves	6

La figure 4 fait ressortir les proportions des bénéficiaires par niveau de scolarisation. On observe que sur 25 bénéficiaires, 11 avaient un niveau scolaire du primaire et 5 n'ont pas été scolarisés. Seulement deux bénéficiaires avaient un niveau de

l'enseignement supérieur. Plus de la moitié des initiateurs des AGR observées n'avaient au plus qu'un niveau de scolarisation primaire. On peut affirmer que les AGR proposées ne nécessitent pas une formation antérieure particulière.

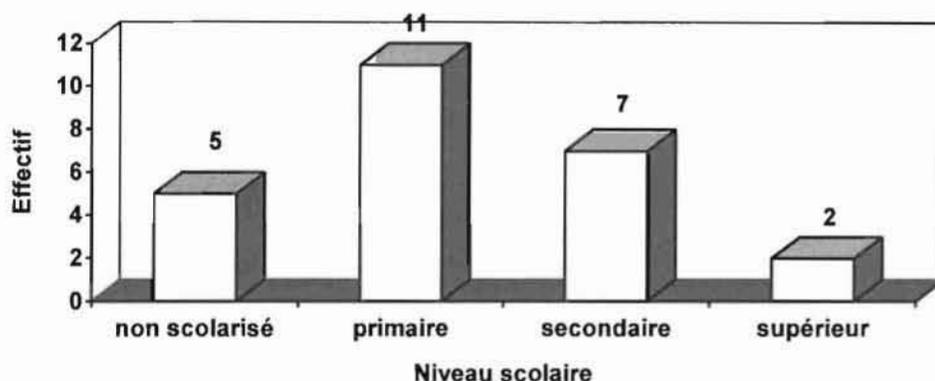


Figure 4 : Répartition des bénéficiaires selon le niveau de scolarisation.

Avant de bénéficier du programme AGR, parmi les personnes enquêtées 12 bénéficiaires étaient sans emplois rémunéré, les travailleurs du secteur informel étaient au nombre de 7 et 6 personnes étaient des salariés du privé (figure 5). Le crédit vise donc à aider ceux qui sont sans rémunération ou ceux qui ont perdu leur emploi à créer ou recréer leur propre activité.

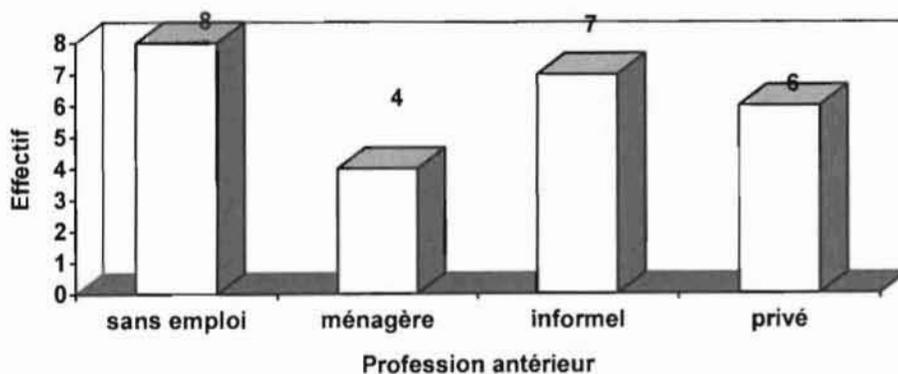


Figure 5 : Répartition des bénéficiaires selon la profession antérieure à la maladie

4.1.2. La situation sanitaire du principal bénéficiaire

Des 25 bénéficiaires observés, 20 personnes soit 4/5 étaient sous traitement ARV. Ces patients mis sous ARV ont une obligation de contribuer à la hauteur de 2500 F CFA à leur prise en charge. Cette réalité pourrait justifier le fait qu'elles soient la majorité à obtenir un financement de leur projet.

4.1.3. Caractéristiques des ménages

Le tableau II indique les professions des conjoints ou conjointes des bénéficiaires principaux des micro-crédits. Les résultats de l'étude montrent que 10 bénéficiaires sur les 25 enquêtées n'ont pas signalé la profession de leurs conjoints, il s'agissait des veuves ou des veufs, des célibataires ou des divorcés. La conjointe ou le conjoint étant le plus souvent la personne qui participe obligatoirement aux dépenses de la famille, son absence rend alors plus vulnérable le ménage.

Tableau II : Professions des conjoints des bénéficiaires

Profession du conjoint ou de la conjointe	Effectifs
ménagère	3
secteur informel	4
salarié secteur privé	5
salarié secteur public	3
❖ Données manquantes	10
Total	25

Les ménages bénéficiaires des AGR étaient constitués en moyenne de 6 personnes avec des extrêmes allant de 2 à 14 personnes. Le nombre des adultes fluctuait entre 1 et 11 dans les familles concernées par l'étude. Des 25 familles observées, 22 avaient des enfants de moins de 15 ans. Une seule famille parmi les 25 étudiées n'avait pas un enfant en scolarisation, les 24 autres scolarisent entre 1 et 5 enfants. Au total 3 arrêts de scolarisation dont la raison évoquée est la maladie ont été signalés.

4.2. Aperçu du réseau social des bénéficiaires

4.2.1. Partage du résultat du dépistage VIH

Le fait de pouvoir parler d'un résultat positif avec le partenaire, un ami ou un membre de la famille en qui on a confiance peut être très bénéfique pour certaines personnes. Le fait d'informer le partenaire sexuel de son statut sérologique VIH est également important et permet de poursuivre une sexualité à moindre risque et envisager ensemble comment développer une réponse à cette situation tragique. Cette information peut être cependant difficile à envisager, notamment pour les femmes, qui craignent l'abandon ou l'exclusion. Le risque de rejet, de stigmatisation et de discrimination retarde l'annonce du statut sérologique.

Dans notre étude, parmi les 25 personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenus 22 ont affirmé avoir informé leurs proches parents et certains amis de leur situation de personne infectée par le VIH.

4.2.2. Relation avec la grande famille et les amis

La totalité des personnes concernées par l'étude disent avoir gardé de bonnes relations avec les amis. Du côté de la famille 1/5 des personnes enquêtées (1 homme et 4 femmes) ont affirmé avoir des relations refroidies avec certains parents depuis qu'ils sont infectés par le VIH. Les raisons qui expliqueraient, entre autres ces mauvaises relations sont le plus souvent la peur d'être contaminé par le VIH, la stigmatisation de « mauvaise conduite », de « malédiction » que les parents et amis ont à l'égard de la PVVIH, estimant qu'elle est responsable de sa situation. Ce résultat n'indique, en partie, que malgré les campagnes de sensibilisation beaucoup de gens ne maîtrisent pas les mécanismes de transmission du VIH ou doute de la véracité de ce que dit les spécialistes.

4.2.3. La personne vivant avec le VIH dans sa communauté

A la question de savoir comment elles se sentaient au sein de leur communauté depuis qu'elles se connaissent infectés par le VIH, 24 des 25 personnes rencontrées

ont répondu qu'ils se sentaient bien dans leur communauté malgré leur statut, mais que dans leur entourage peu de personnes sont informées de leur séropositivité. L'infection par le VIH reste quelque part un secret que l'on ne partage qu'avec des personnes dont on a réellement confiance.

4.3. Situation économique des ménages des bénéficiaires

4.3.1. Contribution des membres du ménage aux dépenses courantes

Dans les 3/5 des ménages visités seule une personne avait un revenu régulier. Dans les 2/5 des ménages, deux personnes apportaient un revenu régulier. Le nombre de personnes contribuant aux dépenses du ménage variait de 1 et 3 personnes. Les bénéficiaires d'AGR enquêtées ont tout déclaré contribuer aux dépenses courantes du ménage. Dans 11 cas, la PVVIH était le chef de ménage et assumait la plus lourde responsabilité de la gestion du ménage.

4.3.2. Les dépenses du ménage

La dépense mensuelle des ménages affectés par le VIH était en moyenne de 59380 F CFA. Le tableau III indique les intervalles des sommes dépensées par les familles pour l'ensemble des besoins du mois précédant notre entretien (déclarations des personnes enquêtées entre février et avril 2005).

Tableau III : Dépense des ménagés au dernier mois

Montant en FCFA	Effectifs
< 43000	4
43000-84000	17
>840000	4

L'analyse des dépenses par postes indique que, pour les ménages visités, les dépenses alimentaires varient entre 20000 et 70000 F CFA et étaient en moyenne de 36200 F CFA. Les dépenses sanitaires se situaient entre 2000 et 25000 FCFA et sont en moyenne de 9240 F CFA. Parmi les enquêtés, 11 sur les 25 ne payaient

pas de loyer. Ces derniers vivaient dans leur propre cour. Les quatorze autres payaient entre 5000 et 20000 F CFA pour loger et en moyenne 8000 F CFA.

Les dépenses de déplacement est un poste de dépense parfois mal comptabilisé. En effet 2/5 des enquêtés ne pouvaient estimer cette dépense. Pour ceux qui ont donné des chiffres, cette dépense était dans une fourchette de 1000 à 30000 F CFA, avec une moyenne de 5940 F CFA.

La figure 6 qui présente la distribution du revenu dans les différents postes, montre que la dépense alimentaire est la plus importante. En effet 21 ménages soit plus des 4/5 de l'échantillon, utilisent plus de 50% de la somme totale dépensée dans le mois pour la satisfaction des besoins alimentaires. La dépense sanitaire apparaît dans le budget mensuel de tous les ménages affectés.

Cependant la variation des dépenses par postes est tout autre. En effet à la question de savoir quels étaient les postes de dépenses qui ont augmenté depuis la maladie, 22 sur les 25 soit plus des 4/5 de l'échantillon, ont déclaré que les dépenses de santé ont augmenté dans leur ménage. Quinze personnes soit 3/5 de l'échantillon, ont affirmé que les dépenses de déplacement ont augmenté. Quatorze personnes ont constaté une augmentation dans la dépense alimentaire de leur ménage et un seul ménage a vu la dépense de logement s'augmenter.

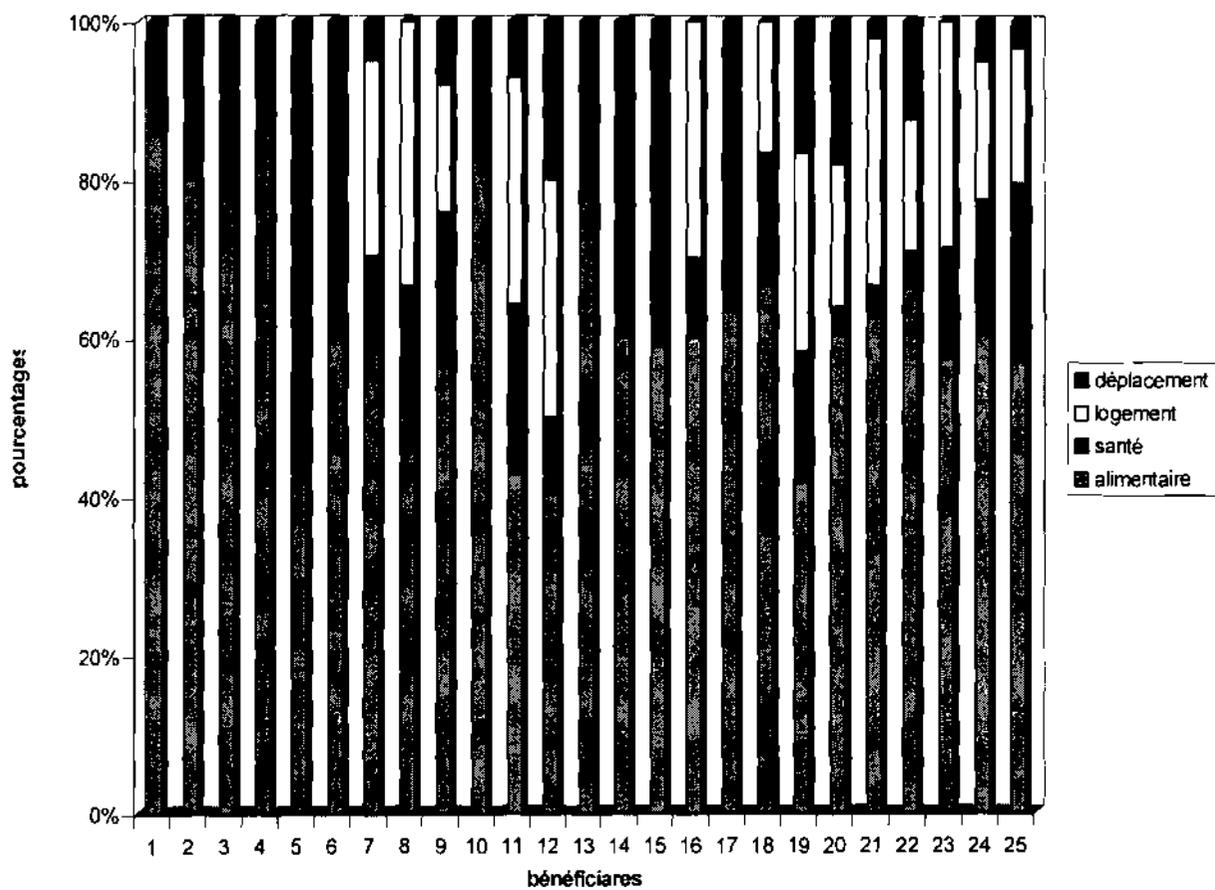


Figure 6 : Distribution de la dépense mensuelle des ménages par postes

4.3.3. Aide reçue des proches

Parmi les 25 principaux bénéficiaires, 21 personnes ont déclaré être soutenues par leurs proches. Ce soutien est soit moral ou financier. Treize personnes ont reçu une aide financière le mois précédant l'interview. Le montant moyen reçu était de 25230 F CFA et variait entre 2000 et 100000 F CFA. Dans la plupart des familles, le soutien financier est ponctuel. Un seul cas d'organisation familiale pour un financement continue des dépenses de la personne infectée a été rencontré. Il apparaît que l'aide reçue des parents est loin de pouvoir couvrir les besoins de la PVVIH.

4.4. Description des AGR

4.4.1. Les types d'AGR menées et leur localisation

Les activités individuelles étaient les plus rencontrées. Parmi les activités visitées 19 soit plus des 3/5 des cas étaient des AGR individuelles, dans 5 cas il s'agissait d'AGR collectives. Dans un seul cas il s'agissait d'une AGR au bénéfice d'un couple. Le tableau IV donne la liste des activités créées grâce aux micro-crédits par les PVVIH enquêtées. La diversité des activités témoigne qu'aucun secteur économique n'est exclu lors de la sélection des micro-projets.

Tableau IV : liste des activités réalisées

Activités	Effectif
Vente de prêt-à-porter	1
Vente du bois	3
Fabrication de jus local	1
Vente de boisson	2
Vente de légumes	2
Atelier de couture	1
Gestion d'une ferme avicole	1
Gestion d'un télécentre	2
employé de cybercafé	3
employé de café santé	2
élevage porcs	1
Kiosque de café	1
librairie (+ télé centre)	2
Vente friperie	2
Gestion cybercafé	1

Plus de la moitié, 17/25 des activités menées se déroulaient en hors des domiciles et des marchés, 7 activités étaient localisées dans les domiciles et 4 autres étaient dans un marché. La localisation spatiale des activités était évoquée par certains bénéficiaires comme une difficulté particulière qui entrave le déroulement des activités. Il souhaitable que le lieu d'habitation soit pris en compte quand il s'agirait de regrouper des demandeurs pour un projet collectif.

Tableau V : répartition des activités dans l'espace

Localisation activité	Effectif
domicile	7
Hors des domiciles et des marchés	14
marché	4

4.4.2. Durée de l'activité et temps consacré

Toutes les activités concernées par l'étude avaient une durée d'exécution supérieure à 6 mois. Nous avons observé que 17 d'entre elles sont fonctionnelles il y'a plus de 12 mois. Les PVVIH consacrent en moyenne 6 heures par jour au travail, travaillent en moyenne 29 jours par mois. Parmi les enquêtées 22 ont affirmé qu'en dehors des interruptions involontaires, ils consacrent toute l'année à leur activité. Ces résultats confirment que la PVVIH reste un agent économique actif auquel il faudra donner les moyens pour qu'il soit productif.

A la question de savoir quel était l'état de leur force de travail depuis qu'elles exercent l'activité, 17 PVVIH ont affirmé avoir une force de travail moyenne par rapport à celle qu'ils avaient avant qu'elles ne soient infectées par le VIH, 8 personnes ont dit n'avoir pas constaté une variation de leur force de travail depuis qu'elles sont infectées. Ces résultats pourraient se justifier par le fait que les 4/5 de l'échantillon sont constitués des personnes sous traitements antirétroviraux. La mise sous traitement ARV des personnes infectées assure un certain succès aux projets initiés par ces dernières, dans la mesure où elles retrouvent une force de travail acceptable.

4.4.3. Interruption de l'activité

Parmi les enquêtées, 16 personnes ont connu des interruptions de leur activité à des durées variant entre 1 à 7 semaines. Ces interruptions ont sans doute des effets néfastes sur le fonctionnement du micro-projet. C'est donc dire que les AGR individuelles surtout celles animées uniquement par la PVVIH sans employés connaîtront plus de perturbation que celles animées par une collectivité.

La durée moyenne d'interruption du travail était environ de deux fois moins longue chez les patients sous ARV (1,5 semaines) par rapport aux personnes qui ne bénéficient pas encore du traitement qui était de 2,80 semaines. Cette différence n'est pas statistiquement significative, $p=0,15$ (test t de comparaison des moyennes).

4.4.4. Sommes obtenues, processus de mise en œuvre et difficultés rencontrées

Le tableau VI fait ressortir les intervalles des sommes accordées comme crédit aux différents porteurs de projets. En moyenne, les structures accordent une somme de 192368 FCA pour l'installation d'une AGR. Ces sommes sont relativement suffisantes pour créer des activités d'envergure moyenne. Cependant ces sommes se trouvent très élevés pour certaines personnes qui désirent réaliser des activités de petite envergure. Il est donc nécessaire de définir une autre catégorie de crédit avec des montants compris entre 10000 et 25000 F CFA. Cette catégorie pourrait bien intéresser certaines personnes qui ont des projets modestes.

Tableau VI : Montants des crédits octroyés

Somme obtenue	Effectifs
50000 -150000	9
151000 - 250000	7
251000-350000	0
351000 - 450000	2
>450000	1

La plupart des bénéficiaires ont obtenu leur activité suite à une demande d'emploi ou une demande de financement d'un micro-projet adresser au FAIC ou à AAS. Les sommes investis pour le démarrage des activités sont indiqués dans le tableau VII. Les premiers investissements étaient essentiellement consacrés à l'équipement en matériel de travail, à la réhabilitation des locaux, à l'achat du premier lot de marchandises ou les abonnements aux sociétés comme l'ONATEL ou la SONABEL. Des contraintes prioritaires ont été relevées par les bénéficiaires. Ils évoquent pour une grande part les difficultés de monter les projets, les taux de remboursement élevés et les délais de remboursement réduit.

Les programmes AGR présentent certaines limites. Le manque de suivi régulier des activités par les promoteurs et le manque de formation en comptabilité et en gestion de crédits occasionnent des retards ou des difficultés de remboursement des crédits. Les structures promotrices des AGR sont obligées de rembourser les crédits si ces derniers ont été négociés aux près des institutions financières.

Tableau VII : Sommes investis aux démarrages des activités

Investissement de départ	Effectifs
(F CFA)	
<50000	4
50000-200000	6
201000-500000	7
501000 - 1000000	2

La figure 7 fait ressortir les différences entre les sommes empruntées et celles investi au démarrage des AGR. Deux groupes apparaissent. Un premier groupe constitué des bénéficiaires qui ont investi des sommes supérieures aux montants des crédits obtenus. Cela signifierait qu'ils n'ont pas obtenu les montants demandés dans le dossier du micro-projet ou encore qu'ils ont sous estimé les moyens qu'il fallait effectivement pour démarrer leur activité. On dénombre 6 personnes dans cette situation. Un second groupe est composé des bénéficiaires qui ont investi des sommes inférieures aux montants des crédits reçus. Ces derniers n'ont pas investi les crédits obtenus conformément à la planification de leurs micro-projets. Treize bénéficiaires se trouvent dans ce cas.

De manière générale, la figure 7 montre que les bénéficiaires ont tendance à investir des sommes supérieures aux crédits obtenus lorsque ces derniers atteignent la valeur de 200000 F CFA. Par contre la situation est l'inverse lors que les bénéficiaires obtiennent des crédits dont les montants sont en deça de 200000 F CFA. Ils ont tendance dans cette situation d'investir moins que les sommes qu'ils ont obtenues. Si l'octroi des sommes élevés comporte des risques de non-recouvrement des prêts, il est à noter qu'il favorise un engagement réel de la part de la PVVIH et même de ses proches qui l'aide à investir de manière importante.

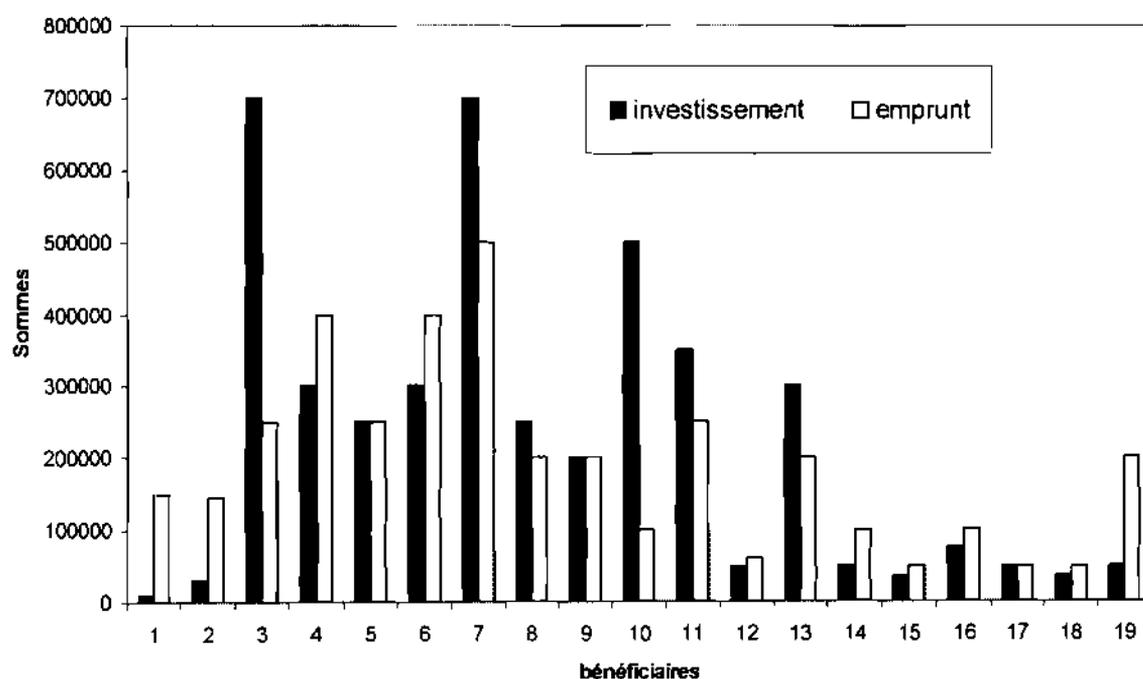


Figure 7 : Comparaison des sommes empruntées et des sommes investies au départ des AGR

4.5. Impact social des AGR sur les ménages des bénéficiaires

4.5.1. Modification des relations

Parmi les 25 principaux bénéficiaires interviewés, 17 ont signalé une modification des relations et cela principalement à l'intérieur de la famille. L'AGR procure à ces personnes une nouvelle existence sociale. Des sentiments de considération, d'estime naissent au tour de nous, confiaient certains bénéficiaires. Au cours de nos entretiens, 7 personnes ont déclaré que sur la base de leur AGR, ils espèrent réaliser des projets tels avoir des enfants ou construire une maison ou encore fonder un foyer. Les témoignages suivants convainquent de l'impact social des AGR :

Un bénéficiaire de 41 ans, de sexe féminin déclare "depuis que je mène l'AGR, les membres de ma famille sollicitent parfois mon aide financière, ce qui n'était pas le cas lorsque j'étais au chômage". Un homme de 38 ans déclare, "depuis le début de l'AGR je suis plus considéré dans ma famille et beaucoup de personnes admirent mon courage". "Mon entourage admire ma combativité" affirme une femme de 34 ans, "mes parents sont contents du fait que je sois plus indépendante financièrement" renchérit cet autre bénéficiaire de 28 ans.

4.5.2. La PVVIH et les événements sociaux

La quasi-totalité des PVVIH concernées par l'étude affirment être informées des événements sociaux tels que les mariages, les baptêmes et les funérailles, concernant leur entourage. Mais 20 sur les 25 des personnes enquêtées affirment qu'elles sont invitées. Enfin, 17 personnes disent être impliquées dans ces événements. Ces résultats permettent de conclure que les AGR favorisent une insertion des PVVIH dans leur communauté. On ne peut pas ignorer que la possibilité d'une personne de pouvoir participer financièrement à un événement, est une raison qui justifie son implication. L'AGR donne quelque part ce pouvoir à la PVVIH. L'amélioration continue du niveau de vie des PVVIH leur redonnera une position acceptable et réduira les rejets, surtout par le biais de l'exercice d'une activité au sein de la société.

4.6. Impact économique et sanitaire des AGR sur les ménages des bénéficiaires

4.6.1. Les bénéfices générés par les AGR

A la question de savoir, si leurs activités leur rapportaient des bénéfices monétaires la réponse était à 100% affirmative. Dans le mois qui a précédé l'entretien, le bénéfice moyen rapporté par les AGR était de 24980F CFA avec des extrêmes de 10000 à 60000 F CFA.

Soixante pour cent des enquêtés ont déclaré constater une augmentation du bénéfice des activités au cours du temps.

4.6.2. Contribution de l'AGR dans la formation du revenu de la PVVIH

Les sources de revenus de la PVVIH sont essentiellement l'aide des proches (parents et amis), le revenu provenant de l'AGR et celles des autres activités. Dans 21 cas soit plus des 4/5 des situations, l'AGR a contribué à plus de 50% à la formation du revenu. Dans 12 cas, soit plus des 2/5 des principaux bénéficiaires enquêtés, l'AGR contribuait à 100% à la formation du revenu. La figure 8 montre l'apport de l'AGR dans la formation du revenu de la PVVIH.

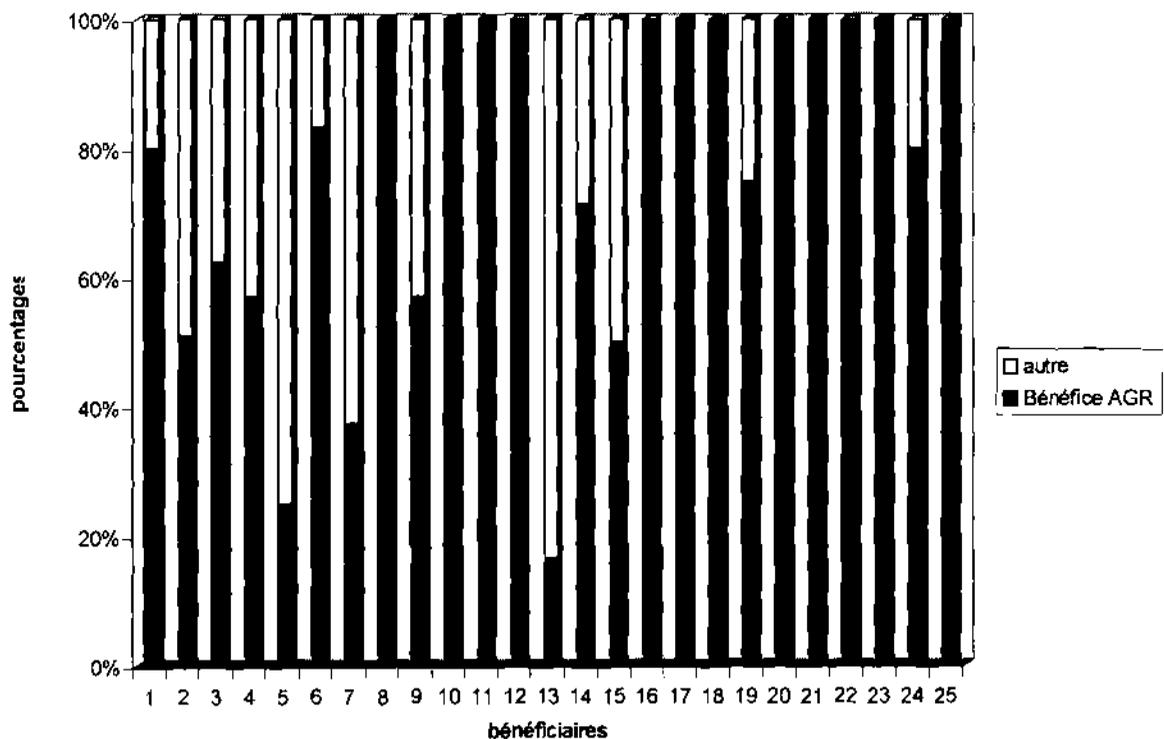


Figure 8 : Contribution de l'AGR dans la formation du revenu de la PVVIH

4.6.3. Utilisation des bénéfices des AGR

En matière de loyer, 19 des 25 enquêtés ne contribuaient pas au paiement de loyer. Cela s'expliquerait par le fait que la majorité des bénéficiaires sont des femmes (19 sur 25). Une seule personne a déclaré n'être pas concernée par la dépense alimentaire de son ménage. Les frais de scolarisation incombent à au moins 14 sur les 25 des bénéficiaires d'AGR. Les autres avaient pour la plupart des enfants pris en charge par des associations de soutien aux enfants vulnérables. Vingt quatre des bénéficiaires payaient eux-même leurs soins. Une seule personne a déclaré que sa famille s'est organisée pour payer les médicaments dont il a besoin chaque mois et de manière régulière. Plus de la moitié, soit 15 des bénéficiaires d'AGR contribuaient à payer les soins de santé des autres membres de leur famille.

Bien que 22 sur 25 bénéficiaires aient affirmé que les bénéfices engendrés par l'AGR ne suffisent pas à couvrir leurs besoins, les résultats suivants témoignent de l'importance de l'AGR. La figure 9 montre que seulement 5 bénéficiaires du programme AGR ont connu des dépenses de soins personnels, dont les bénéfices seuls de L' AGR ne suffisaient pas à couvrir. Dans les 20 autres cas soit 4/5 de l'échantillon, les bénéfices engendrés par l'AGR sont supérieurs aux dépenses effectives de soins de santé du mois.

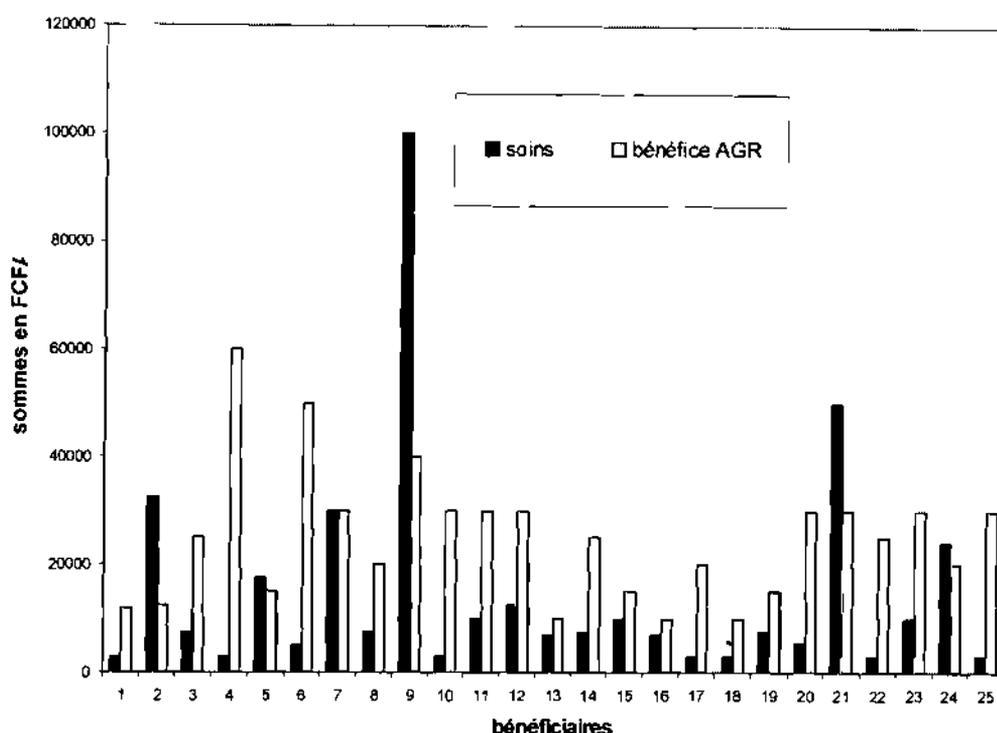


Figure 9 : Dépenses de soins du bénéficiaire principal au dernier mois comparés aux montants des bénéfices générés dans le même mois

4.6.4. Dépenses pour les soins de santé personnels de la PVVIH

En moyenne, les PVVIH (malades au début et malades avec un état avancé) ont dépensé une somme de 14880 F CFA pour se soigner le mois qui a précédé notre entretien, ces montants variaient entre 3000 et 100000 F CFA. Ces sommes sont nettement en deçà des frais réels qu'une personne infectée par le VIH devrait dépenser pour ses soins sanitaires. Ces dépenses sont relativement basses du fait que tous les bénéficiaires sont affiliés à des associations qui subventionnent les

actes médicaux. Les dépenses par rubriques de la prise en charge sanitaire se décomposent comme suit : Seulement 8 sur les 25, ont payé dans le dernier mois qui a précédé l'enquête une consultation médicale qui variait entre 500 et 5 000 F CFA. Une seule personne a été hospitalisée et a payé 25 000 F CFA. L'achat de médicaments a concerné toutes les PVVIH, les montants dépensés variaient entre 2 500 et 50 000 F CFA. Quant aux examens biologiques elles ont été réalisées par 17 bénéficiaires pour des montants variant de 500 et 25 000 F CFA. La figure 10 montre que l'achat des médicaments constitue la charge la plus importante dans la dépense sanitaire de la PVVIH. Dans les 25 cas étudiés, chez 23 PVVIH du groupe, on a constaté que ces dernières consacrent plus de 50% de la somme allouée aux soins, à l'achat des médicaments. Douze personnes ont utilisé au moins 80% des sommes allouées aux soins pour acheter des médicaments. Ces résultats montrent que l'accès aux médicaments constitue le premier souci de la PVVIH. Les examens biologiques constituent la seconde charge la plus importante. Dans 13 cas soit plus des 2/5 des observations, les examens biologiques ont absorbé plus de 20 % des budgets sanitaires personnels des PVVIH. Ces examens sont souvent incontournables pour un bon suivi des traitements.

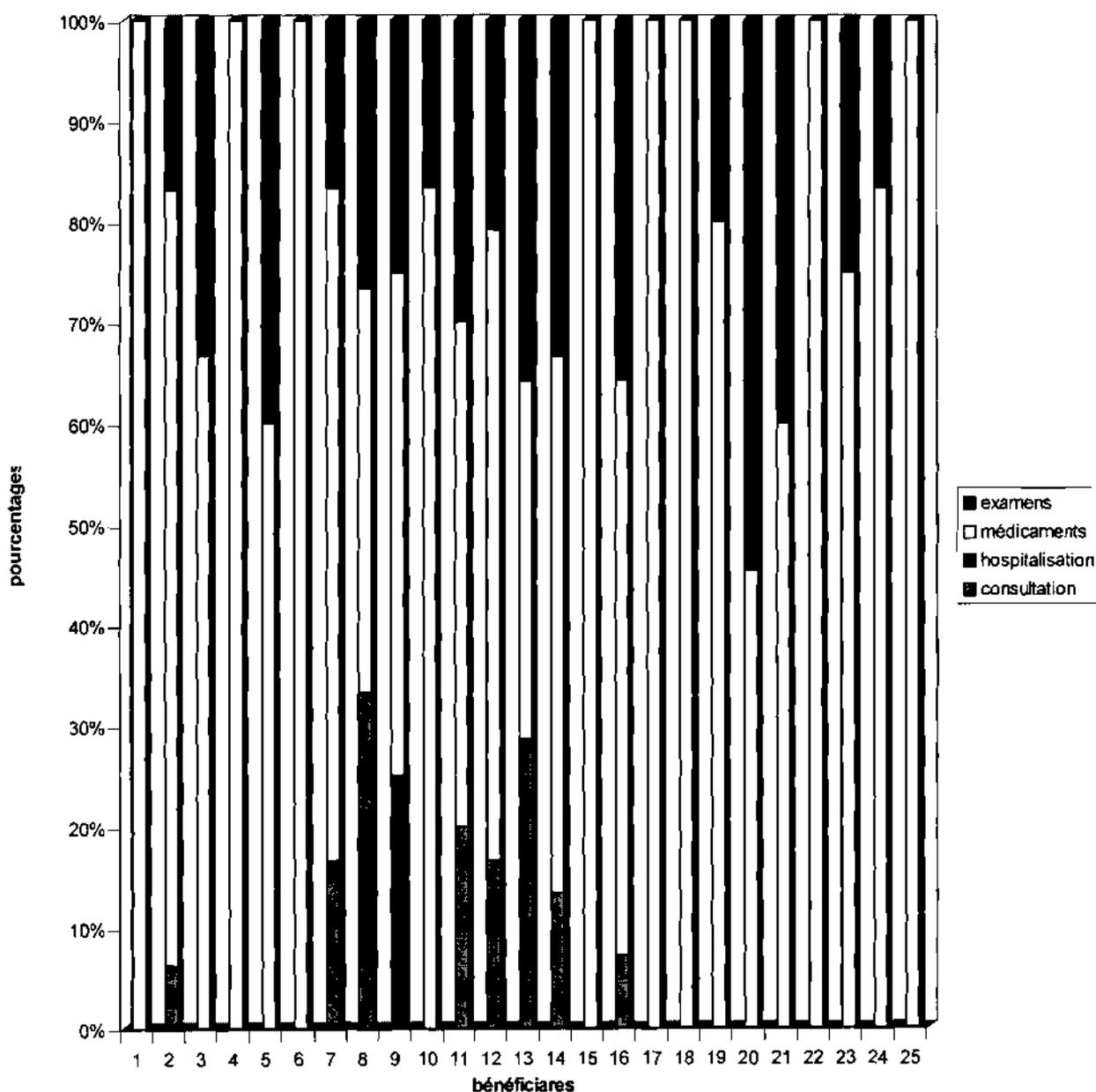


Figure 10 : Proportion des différentes rubriques dans la dépense sanitaire effective des PVVIH

Un compte épargne santé a été initié par le FAIC pour faciliter la prise en charge médicale rapide des PVVIH. Cependant cette initiative connaît une défaillance dans son fonctionnement. Seulement 10 personnes ont affirmé avoir ouvert un compte épargne santé, ils signalent par ailleurs n'avoir pas déposé régulièrement la somme minimale exigée.

4.6.5. Coût de la main d'œuvre extra ménage

En dehors de l'aide que certains membres du ménage peuvent apporter à l'exécution de l'AGR, des personnes non-membre de la famille sont souvent employées. En effet 13 AGR que nous avons visitées emploient au moins une personne. En moyenne les employés reçoivent 15 692 F CFA par mois, avec des extrêmes variant être 2 000 et 40 000 F CFA. Le tableau VIII donne les intervalles de coûts payés à cette main d'œuvre.

Tableau VIII : Salaires versés aux employés par mois selon le type d'AGR

Intervalle (F CFA)	Effectif des AGR
2000-20000	7
20000 - 50000	4
>50000	2

5. DISCUSSION

Dans ce chapitre nous discuterons des caractéristiques socioéconomiques des principaux bénéficiaires, des formes d'AGR observées, des avantages sociaux et économiques que ces dernières peuvent engendrer.

5.1. Profils socioéconomiques des bénéficiaires et les formes des AGR

La majorité des bénéficiaires des AGR étaient de sexe féminin. Vingt trois sur les 25 bénéficiaires avaient un âge qui variait entre 25 et 45 ans. La plupart des principaux bénéficiaires étaient des sans emplois ou des employés du secteur informel, avant d'être des animateurs des différentes AGR. Ces caractéristiques des principaux bénéficiaires montrent que les programmes d'AGR ciblent les PVVIH ayant une situation économique précaire et probablement responsable d'un ménage au vu de leur âge. Le fort taux (19/25) de femmes bénéficiaires des programmes AGR pourrait se justifier par le fait qu'une discrimination positive est appliquée par les cellules de sélection des projets. Cet état de fait trouvera aussi son explication dans la volonté des structures d'appui d'orienter les micro-crédits vers les femmes, plus vulnérable et plus crédibles que les hommes.

Notre étude a montré que 4/5 des bénéficiaires sont sous traitement ARV. Il apparaît que la mise sous traitement d'une PVVIH, doit être précédé de la mise en place d'une AGR au profit de cette dernière. Dans la mesure où elle doit contribuer et sans interruption aux paiements des ARV et au suivi du traitement. On assiste à un accès aux ARV de manière croissant au Burkina Faso. Il conviendrait que les structures de soutien aux PVVIH accompagnent l'arrivée des ARV par la création de source de revenu plus ou moins stables.

Dans notre étude, nous n'avons pas observé une corrélation significative entre la mise sous traitement par les ARV et des durées d'interruption des AGR probablement du fait de la taille de l'échantillon. On a observé une différence entre les moyennes de temps d'interruption de travail du groupe des PVVIH sous

traitement ARV et celles qui ne bénéficient pas de ce traitement. Cette différence indique clairement l'importance voire la nécessité du traitement par les ARV.

Des études (ONUSIDA, 2004) ont montré que le traitement permet aux personnes séropositives de continuer à contribuer à leur propre bien-être, à celui de leur famille, de leur communauté, et de la société dans son ensemble. Dans notre étude, nous avons observé une moyenne de temps d'interruption de travail de 2,8 semaines chez les PVVIH qui n'étaient pas sous traitement ARV. Par contre chez les PVVIH qui étaient sous traitement ARV, la moyenne d'interruption de travail était de 1,5 semaines. Ces résultats attestent que les ARV donnent un certain dynamisme à la PVVIH. Pourtant à la fin de 2002, seulement 1% de la population de l'Afrique subsaharienne ayant besoin d'un traitement antirétroviral était à mesure d'avoir accès à ces médicaments salvateurs, selon le rapport de l'ONUSIDA de 2004.

L'étude a montré que les AGR collectives génèrent plus de revenu, occupent moins les principaux bénéficiaires, et connaissent moins d'interruption que les AGR individuelles. Les AGR collectives seraient plus stables que les AGR individuelles. Nos résultats sont conformes à ceux rapportés par un sondage fait à Bamako au Mali par ARCAD-SIDA qui montre que sur 23 AGR pour des PVVIH (18 individuelles et 5 collectives) créées en 1997, une seule AGR individuelle était encore fonctionnelle en 1999. Par contre les 5 AGR collectives sont restées toutes fonctionnelles. Cependant, 19 bénéficiaires sur les 25 cas observés dans notre étude, sont concernés par les micro-projets individuels. Plusieurs raisons expliquent cette situation. Premièrement les difficultés de monter un projet commun qui exige que la distribution des rôles soit bien définie, ainsi que celle des revenus. Deuxièmement, le manque de cellule chargée de proposer des regroupements des micro-projets aux différents initiateurs de projet. La troisième raison qui entrave la mise en place des AGR collectives est financière. En effet les sommes nécessaires au démarrage d'une activité collective sont rarement inférieures à 1500000 F CFA (Rapport d'activité du centre Oasis, 2003).

Nos travaux ont aussi révélé que plus de 2/5 des bénéficiaires des AGR investissent une partie seulement des sommes obtenues pour démarrer l'activité. Ce comportement des acteurs pourrait s'expliquer par une volonté de minimiser les risques de faillite. Cependant il pourrait aussi être cause d'échec de l'activité

planifiée, dans la mesure où les crédits octroyés sont bien ajustés aux besoins réels pour le démarrage de l'AGR. Une retenue quelconque de la somme accordée pourrait également très vite être détournée vers les besoins tels l'alimentation ou l'achat des médicaments. Au vu de ces résultats, nous pouvons affirmer que les AGR proposées sont plus ou moins adaptées à la situation de la PVVIH. Cependant, la promotion des AGR collectives sera plus profitable aux PVVIH. Les suivi-évaluations de terrain seront plus faciles pour les structures promotrices. Il serait important que des personnes bien spécialisées en montage de micro-projet, soient impliquées dans des cellules d'accueil des demandeurs de crédits, afin de mieux les guider dans la mise en commun des différentes propositions d'activités.

5.2. Conséquences sociales du VIH et impact social des AGR

L'infection à VIH engendre des conséquences néfastes sur le capital social. Notre étude fait ressortir que parmi les 25 personnes interviewées, 20 personnes soient les 4/5 de l'échantillon gardent de bonnes relations avec leur grande famille. Par contre 5 personnes dont 4 femmes parmi les enquêtés signalent une dégradation de leur relation avec la famille, depuis qu'elles sont infectées. Nos résultats se rallient à ceux de l'ONUSIDA qui signalent une diminution des obstacles que constituent la stigmatisation, la discrimination, le déni et la honte, responsables de la lenteur de l'action contre le SIDA au cours des premières années de l'épidémie. Les raisons qui expliquent l'acceptation des PVVIH dans les ménages observés, se trouvent liées à la caractéristique de l'échantillon. En effet, la fréquentation de ces PPVIH à une structure de lutte contre le SIDA, leur donne un certain équilibre psychologique. Aussi leurs parents qui les accompagnent dans ces structures sont plus ou moins sensibilisés des modes de transmission VIH, réduisant du même coup la crainte de se faire contaminer. Ces résultats montrent quelque part, le rôle important que jouent les associations de lutte contre le SIDA. Nos résultats font ressortir que sur les 5 personnes qui déclarent subir une stigmatisation au sein de leur famille, 4 étaient des femmes. Ces résultats s'accordent avec ceux de l'ONUSIDA (rapport 2004) qui rapporte que les femmes sont souvent rejetées et peuvent voir leur propriété saisie à la mort de leur mari.

Quel est, en partie, l'impact des AGR proposées sur les conséquences nées de l'infection à VIH ? Notre étude montre que la totalité des bénéficiaires des AGR enquêtés affirment avoir une satisfaction morale du fait même qu'ils soient occupés. Ce sentiment va au-delà du principal bénéficiaire, et concerne son entourage immédiat. L'AGR procure une certaine indépendance financière à la PVVIH, instaure ou rétabli certaine relations.

En effet cette indépendance financière va estomper les refroidissements des relations entre le malade et les personnes qui supportent sa charge qui naissent souvent à la suite des longs traitements. Certains bénéficiaires retrouvent une certaine considération dans leur propre famille, puisqu'ils sont dorénavant sollicités à contribuer à certaines dépenses. Si la finalité de la conduite d'une activité lucrative est de se procurer des revenus reste vraie pour tout agent économique en général, il faudra la nuancer dans le cas des AGR pour PVVIH. L'AGR développée par une personne infectée par le VIH peut en dehors de la création des revenus, être un moyen de réaffirmation de l'existence de ce dernier.

5.3. Conséquences économiques et sanitaires du VIH, et l'impact économique et sanitaire des AGR

Il est essentiel de noter que la relation VIH/SIDA-économie joue dans les deux sens : le VIH affecte l'économie et e retour l'économie influe sur la propagation et la distribution de l'infection dans la société. L'incidence de la maladie sur les ménages permet d'entrevoir comment les collectivités pourraient faire face au VIH.

Les résultats de notre étude montrent que la présence d'une personne infectée dans un ménage, entraîne l'augmentation globale des dépenses, mais principalement du côté de la dépense de santé et de déplacement. D'autres travaux rapportent l'augmentation des mêmes dépenses (WYSS et al. 2001).

En effet, les postes de dépense de santé et de déplacement sont fortement influencés par l'infection à VIH, les soins liés aux maladies opportunistes et les déplacements fréquents vers les formations sanitaires justifient cette variation. Les ménages sont peu aptes à supporter ces augmentations. En réalité, le profil économique des ménages visités indique une fragilité et une précarité même en

situation habituelle. Le contexte économique que vivent ces ménages visités était relativement instable. Huit principaux bénéficiaires parmi les enquêtés étaient sans emploi avant d'exercer l'AGR. Ces derniers étaient dépourvus de revenus, ne disposent pas d'une quelconque épargne pour faire face aux nouvelles dépenses occasionnées par l'infection par le VIH. La taille moyenne des ménages était de 6 personnes, comptant dans 50% des cas une seule personne ayant un revenu plus ou moins régulier. Les coûts ressortis ici ne représentent d'ailleurs qu'une fraction de ce que les individus et les familles ont à supporter quant ils sont touchés par le VIH. Les résultats auxquels nos travaux ont abouti, témoignent que les AGR, même si elles ne sont pas pour la plupart à mesure de générer suffisamment de revenus pour couvrir la totalité des suppléments de dépense que cause l'infection à VIH, restent bien importantes. En effet, dans 21 cas soit plus de 4/5 des observations, les AGR apportent plus de 50% des revenus de la PVVIH. La comparaison des bénéfices mensuels de l'AGR et des dépenses effectives engagées pour les soins personnels de la PVVIH dans le même mois montre que pour les 4/5 des bénéficiaires, les bénéfices couvriraient les dépenses s'ils convergeaient uniquement dans ce poste. Au vu de ces impacts économiques pour la PVVIH et des retombées monétaires collatérales (frais de la main d'œuvre hors famille), les programmes d'AGR peuvent être vus, comme étant des stratégies de riposte essentielles à la maladie du SIDA.

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La prise en charge globale de la PVVIH doit allier les aspects médicaux et économiques. A travers des aides, des subventions et diverses activités, les gouvernements, les ONG les associations de luttés contre le SIDA et les projets de développement rural, tentent d'atténuer les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes infectées par le VIH et leur famille. Les programmes d'AGR constituent l'un des volets de prise en charge des PVVIH, récemment initiés par certaines structures. Nos résultats ont permis de confirmer la pertinence de ces programmes. Ils peuvent être de bonnes stratégies à même de favoriser l'autofinancement (individuel) des soins liés au VIH. Dans les stratégies de lutte conjointe contre le VIH et la pauvreté, les AGR présentent un intérêt sur le plan individuel comme sur le plan collectif.

Du point de vue de la personne infectée, elles permettent une amélioration de la qualité de vie, l'intégration ou la réintégration dans la cellule familiale et contribuent en définitive à réduire la dépendance financière du bénéficiaire vis à vis de sa famille. Sur le plan collectif, les AGR participent à la promotion du rôle social des PVVIH dans la communauté en leur reconnaissant le droit d'exercer un savoir-faire utile.

Cependant les contraintes dans la mise en œuvre d'un programme AGR sont fortes, et nécessite l'engagement des plusieurs acteurs.

En terme de perspective, il serait important que des études de même ordre que la nôtre mais beaucoup plus vaste soit faite en vu de vérifier l'effet des AGR dans d'autres associations.

En terme de recommandation nous proposons :

Au niveau du FAIC et de AAS,

Le renforcement des cellules chargées de l'accueil et de suivi-évaluations de terrain par le recrutement de personnel bien qualifié.

Pour réduire les difficultés rencontrées lors des montages des micro-projets, il faudra rédiger des fiches de demande de financement, qui seront mises à la disposition des PVVIH. Il est aussi nécessaire d'élargir l'accès du programme AGR à des familles affectées par le VIH où la personne infectée est décédée.

Il est important que les ONG et des projets de développement intègrent le volet AGR pour les PVVIH dans leur activité de lutte contre le SIDA que la plupart d'entre eux initient.

Pour mieux réussir les actions, il est important que les ONG ou les projets de développement qui souhaitent initier les programmes d'AGR, développent des partenariats avec les associations de lutte contre le SIDA qui assurent déjà un suivi psychosocial des PVVIH. Nous leur proposons un canevas donnant les étapes essentielles de la mise en place d'un programme AGR dans le but de leur faciliter la mise en œuvre du processus.

L'organisation du soutien socio-économique des PVVIH à travers l'ensemble du pays doit être une priorité pour l'ensemble des acteurs du développement.

Au CNLS/IST

Nous recommandons un renforcement de l'axe 3 du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST qui véhicule l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes infectées et affectées, en définissant 9 domaines d'action prioritaires dont le domaine n°1 prône l'organisation du soutien psycho-socio-économique aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. L'une des voies pour garantir un sentiment d'estime de soi, d'espoir et de respect des PVVIH, est d'améliorer leur auto-promotion et leur indépendance financière. Une cellule chargée de la promotion et de la vulgarisation des AGR pour PVVIH pourrait utilement être créée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AVENTIN L. 1994. Etude des associations auto-promues et des mouvements de Solidarité de lutte contre le SIDA à Ouagadougou. Mémoire de DESS / Institut d'étude du développement économique et social.52p.

BOILY M. 2001. VIH-SIDA et comportement socio-économique des ménages.Rapport d'étude quantitative CNLS /PNUD/DANIDA/IDEA International In GRÉGOIRE L et SABA M. 2001. VIH-SIDA et développement au Burkina Faso.pp162-167

COHEN D.1999. L'impact économique de l'épidémie d'infection par le VIH.
New York : PNUD .33 p.

DEFOURNY J, DEVELTERE P, FONTENEAU B. 1999. L'économie sociale au Nord et au Sud. Paris : Ed. Ouvertures économiques. 278 p.

DOZON P et GUILLAUME A. 1994. Contextes, conséquences socioéconomique et coûts du SIDA en Afrique. In : VALLIN J, AUVERT B, DOZON JP, GUILLAUME A. 1994. Population africaine et sida, collection " recherches " Paris : Ed. la Découverte /CEPED .pp179-218

GEHLER M. 2000. Un continent se meurt la tragédie du SIDA en Afrique.
Paris : Ed. Stock. 249p.

KANKWENDA M, GRÉGOIRE L, LEGROS H, OUÉDRAOGO H. 1999. La lutte contre la pauvreté en Afrique subsaharienne. Paris: Ed. Economica. 473 p.

MARC H. 1998. Pauvreté et SIDA. In : SONNET, R. 2000. Des micro-crédits contre le SIDA. N'Djaména : Centre de support en santé internationale de l'IST. p22.

Ministère de l'économie et des finances. 1997. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Ouagadougou : Ministère de l'économie et des finances. 75p

ONUSIDA. 2000 <http://www.unaids.org>

Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA. 2002. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA.

Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. pp17-24

ONUSIDA. 2003. Accélérer l'action contre le sida en Afrique. 74 p.

ONUSIDA. Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de SIDA 4° rapport.

Résumé d'orientation, Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. 18 p.

PUND. 1998. Rapport de développement humain durable Burkina Faso. Programme des Nations Unies pour le Développement. 250 p.

SAVADOGO A. 2001. Etude de la continuité de la pratique des examens d'analyse biomédicaux au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). Thèse de Pharmacie. Unité de formation et de recherche des sciences de la santé (UFR/SDS), Université de Ouagadougou. 56 p.

SONNET R. 2000. Des micro-crédits contre le SIDA. N'Djaména : Centre de support en santé internationale de l'IST. 33 p.

SOUTEYRANT Y, COMITI C. 2004. Impact démographique et socio-économique du SIDA dans les pays en développement in GIRARD PM, KATLAMA C, PIALOUX,G. 2004VIH. Ed. Doin . 6^eédition. pp 477-517

UNDP. 2002. VIH/AIDS and poverty reduction strategies. 20 p.

VALLIN J, AUVERT B, BROUARD N, CHIEZE F, DOZON P et GUILLAUME A. 1994. Population africaine et Sida. Paris : Ed. la Découverte/CEPED . 223 p.

WYSS K, HUTTON G, YEMADJI N. Mai 2001. Impacts socio-économiques du VIH/SIDA au Tchad. Rapport d'étude, version préliminaire. N'Djaména : Centre de support en santé internationale. pp. 27-38

ANNEXES

LES ETAPES ESSENTIELLES EN MATIERE DE MISE EN PLACE D'ACTIVITES GENERATRICES DE REVENUS (AGR)

PHASE 1 : L'IDENTIFICATION DES BENEFICIAIRES

LE RECUEIL DES PROJETS

- Rédiger une grille de présentation des projets et définir un cadre fonctionnel pour le programme : identification des interlocuteurs, délai de dépôt et délai de réponse ...
- Lancer un appel d'offres pour les activités génératrices de revenus auprès des usagers des centres de soins et des associations partenaires et diffuser la grille de présentation.
- Organiser une réunion d'information en direction des initiateurs de projets et au besoin proposer des entretiens individuels d'information et de conseil pour la formulation des projets.
- Faire étudier les projets déposés par une cellule d'accueil, d'accompagnement et de conseil, choisir ceux qui feront l'objet d'un examen plus approfondi (étude de faisabilité).

LES DOSSIERS DE CANDIDATURE

Une enquête sociale doit être effectuée au préalable. Elle servira à déterminer la situation de départ, sociale et économique du ou des demandeurs d'une AGR.

Cette enquête doit avoir les objectifs suivants :

- Vérifier que le porteur du projet peut bénéficier du soutien associatif.
- Rassembler les informations qui permettent de vérifier l'adéquation entre le projet, la situation de vie et les capacités du porteur de ce projet.
- Identifier les préalables à mettre en place avant le démarrage de l'activité (formation, accompagnement social, médical...).

Il en ressort un état des lieux de la situation de vie des candidats, qui pourra être mis en regard avec la situation (début de remboursement à 6 mois ou 1 an après le démarrage de l'activité). Pour l'association ou l'ONG, l'enquête sociale est donc le premier temps de l'évaluation du programme d'AGR.

L'enquête peut avoir un côté inquisiteur. Il faut bien expliquer aux candidats son utilité, leur garantir la confidentialité des données recueillies et obtenir leur consentement. Ainsi, les données sur le projet et sur l'évaluation transmises à l'extérieur seront toujours codifiées.

Thèmes à explorer lors de l'enquête :

- Situation économique du porteur de projet (niveau de revenus, de dépenses et d'endettement).
- Situation familiale et matrimoniale, nombre de personnes à charge.
- Lieu de résidence et caractéristiques de son habitat.
- Niveau de formation, profession(s) exercée(s), compétences et expérience.
- Rapport entre l'expérience antérieure et les compétences requises pour le projet.
- Etat de santé et adéquation avec l'activité, type de suivi médical et thérapeutique, état nutritionnel de la personne et de son entourage.
- Evaluation du soutien mobilisable dans l'entourage familial et social.
- Niveau de revenus espéré et objectifs d'utilisation de ces revenus

PHASE 2 : LA SELECTION DES PROJETS

L'étude de faisabilité

Une étude de faisabilité doit être faite.

Quand les compétences et les moyens financiers ne sont pas disponibles dans la structure qui veut initier le programme AGR, il vaut mieux faire appel à des ressources extérieures (consultants, élèves d'écoles de commerce,...). Les

expériences antérieures ou un projet similaire mené dans une autre association permettent parfois de conclure sans faire d'étude particulière.

Points à étudier :

- Réalisation d'une étude de marché : connaissance de l'état de la concurrence, des prix pratiqués, des fournisseurs, de la clientèle potentielle.
- Etude des aspects techniques de l'activité (location, opportunités économiques, contraintes juridiques et professionnelles, investissement nécessaire, charge de travail, main d'œuvre, saisonnalité, délais de mise en œuvre,...).
- Compétences du porteur de projet au regard de l'ensemble de ces données.
- Besoins en formation du porteur de projet.

L'ANALYSE FINANCIERE

- Calcul de la rentabilité, évaluation du coût de l'investissement, des coûts de fonctionnement, estimation des recettes et du bénéfice prévisionnel.
- Calcul du besoin de financement du projet.
- Détermination du montant du prêt.
- Analyse de la capacité de remboursement.
- Analyse de la capacité à constituer une épargne-santé (essentielle)

L'INSTRUCTION ET LA SELECTION PAR UN COMITE

Un comité de gestion et de sélection doit être installé et il doit assurer les tâches suivantes :

- Examiner les projets et les résultats des études de faisabilité et financières.
- Prioriser les projets et décider des financements.
- Notifier la décision et des recommandations à chaque initiateur de projet

PHASE 3 : LA DEFINITION DES CONDITIONS D'ENGAGEMENT

- Mise en œuvre du plan de formation prévu dans le projet.
- Définition du plan de remboursement du crédit et calendrier de mise en place du versement des fonds. Il vaut mieux quand c'est possible fractionner les versements, et proposer un remboursement toutes les semaines plutôt que tous les mois.
- Définition des conditions de versement de fonds dans une caisse d'épargne-santé
- Elaboration et signature du contrat de prêt.

PHASE 4 : LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI

Un gestionnaire au niveau de la cellule d'accueil, d'accompagnement et de conseil sera chargé du suivi des projets. C'est lui qui rendrait compte des résultats des différentes AGR au comité de sélection et de gestion.

LES VISITES DE SUPERVISION

Des visites de supervision doivent être bien organisées. Elles servent de moments de contrôle, qui permettent de vérifier si les choses se passent comme prévu et si les initiateurs du projet utilisent les outils de suivi comptables et de gestion adéquats. Ces visites sont aussi des occasions pour les porteurs de projet de signaler leurs difficultés. Il faut donc qu'elles soient assez fréquentes au démarrage et dans les premiers mois de l'activité (jusqu'à une par semaine si nécessaire).

Il peut être utile de prévoir la possibilité de rencontrer le superviseur, à la demande des porteurs de projet, pour des entretiens individuels.

LES DISCUSSIONS DE GROUPES

Des discussions de groupes doivent être initiées.

Elles constitueront un temps régulier de rencontre des différents initiateurs de projets, qui leur permettront d'échanger sur l'état d'avancement des projets, les difficultés rencontrées et de chercher ensemble des solutions à y apporter.

LES RAPPORTS D'ACTIVITE

Les porteurs de projets devront produire régulièrement un recueil de données sur leur activité. Le défaut de production de ces rapports d'activité sera un signe d'alerte pour les responsables du suivi des AGR.

Phase 5 : l'évaluation du programme de mise en place d'AGR

Une évaluation, quantitative et qualitative doit être réalisée par la structure qui a initié le programme de mise en place d'AGR. Un ensemble d'indicateurs a été définie. Ces indicateurs cherchent à mesurer :

L'ACTIVITE DU PROGRAMME DE MISE EN PLACE D'AGR

- nombre de projets proposés, de projets financés ;
- typologie des projets financés : proportion de projets individuels et collectifs, répartition par secteur d'activité ;
- nombre de porteurs de projets, d'emplois créés, de personnes bénéficiant indirectement de l'activité (entourage), rapport homme/femmes ;
- nombre de bailleurs approchés, de demandes de subventions, d'obtention de crédits, montant du financement mobilisé ;
- nombre de réunions de groupe, de rencontres avec les responsables de suivi, de visites de contrôle ;
- participation des porteurs de projet aux rencontres proposées par la structure promotrice.
- proportion de personnes satisfaites par l'accompagnement des projets ;

- nombre de bénéficiaires formés en gestion, proportion d'utilisation des acquis de la formation et d'utilisation des documents comptables et de gestion ;
- taux de survie à 6 mois, à 1an, à 2ans...

Les résultats sur la santé et la qualité de vie

- nombre de personnes ayant pu améliorer leur suivi médical, biologique et leur traitement ;
- nombre de personnes déclarant constater une amélioration de leur état de santé ;
- nombre de personnes déclarant constater une amélioration de leur qualité de vie ;
- proportion des revenus consacrés aux besoins de santé, d'alimentation et de vie sociale ;
- nombre de personnes déclarant constater une amélioration de leurs relations avec leur entourage ;
- nombre de personnes déclarant constater une amélioration de leur état psychologique et de l'estime de soi.